

Faculté de santé publique

État des lieux des programmes de suivi du diabète en Belgique

Comment implanter et coordonner le « trajet de démarrage » en Wallonie picarde ?
Rôle du médecin traitant

Mémoire réalisé par
Moerman Loïc

Promoteur
Macq Jean

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

État des lieux des programmes de suivi du diabète en Belgique

Comment implanter et coordonner le « trajet de démarrage » en Wallonie picarde ?
Rôle du médecin traitant

Mémoire réalisé par
Moerman Loïc

Promoteur
Macq Jean

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, le Professeur Jean Macq pour son accompagnement et ses conseils et avis tout au long de l'écriture et la progression de ce mémoire.

Je remercie également madame Anne-Sophie Lambert d'avoir acceptée d'être la lectrice de ce mémoire.

Je voudrais remercier ma famille et en particulier mes parents, mes sœurs pour leur soutien durant l'écriture de ce travail.

A mon cercle d'amis proches qui m'a soutenu et épaulé lors de cette rédaction.

Un grand merci à mes collègues d'avoir pris de mes nouvelles sur l'avancé de mon cursus de Master en sciences de la santé publique et de ce mémoire.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Glossaire.....	9
Introduction.....	14
1. Cadre théorique.....	15
1.1. Le Chronic Care Model	15
1.1.1. L'autogestion	17
1.1.2. L'aide à la décision	17
1.1.3. Les systèmes d'information	17
1.1.4. Les systèmes de prestation	18
1.1.5. Le système de santé.....	18
1.1.6. L'action communautaire et des environnements favorables	18
1.1.7. Une politique publique.....	18
1.2. Les programmes de suivi du diabète en Belgique.....	20
1.2.1. La convention d'autogestion	20
1.2.2. Le trajet de soins diabète de type 2	22
1.2.3. Le modèle de soins « Suivi d'un patient diabétique de type 2 ».....	23
1.2.4. Le programme restreint d'éducation et d'autogestion	24
1.3. Les programmes de suivi du diabète en Belgique en lien avec le Chronic Care Model 24	
1.4. Le financement et l'organisation des programmes	25
1.5. Programmes de suivi du diabète en Europe, au Royaume-Uni et au Canada.....	27
1.5.1. En France	27
1.5.2. Aux Pays-Bas.....	28
1.5.3. En Autriche	28
1.5.4. En Allemagne.....	28
1.5.5. Au Royaume-Uni	28
1.5.6. Au Canada.....	29
1.6. Du « pré-trajet » vers le « trajet de démarrage ».....	30
2. Méthodologie	33
2.1. Procédure d'échantillonnage	33
2.2. Méthode de récolte des données.....	34
2.2.1. Questions génériques	34
2.2.2. Développer le système de prestations/réorienter les services de santé	35
2.2.3. Aide à la décision.....	35
2.2.4. Système d'informations	35

2.2.5. Autogestion/développement des compétences personnelles	35
2.2.6. Construire une politique publique/système de santé	35
2.2.7. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire	36
2.2.8. Conclusion	36
2.3. Phase de test du guide d'entretien	36
2.4. Analyse des données	37
2.4.1. Au regard du Chronic Care Model élargi	37
2.4.2. Les connaissances et rôles des médecins généralistes par rapport au « trajet de démarrage »	37
2.4.3. L'implantation du « trajet de démarrage » sur le territoire de Wallonie picarde	38
3. Résultats	39
3.1. Au regard du Chronic Care Model élargi	40
3.1.1. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé	40
3.1.1.1. Les acteurs du programme	40
3.1.1.2. Un travail multidisciplinaire	41
3.1.1.3. Une coordination des soins	41
3.1.2. Aide à la décision.....	42
3.1.2.1. Les informations sur le diabète	42
3.1.2.2. Durant le cursus de médecine générale.....	42
3.1.2.3. Les informations sur le « trajet de démarrage »	43
3.1.3. Système d'information.....	43
3.1.3.1. L'utilisation d'un Dossier Médical Informatisé.....	43
3.1.3.2. L'utilisation des réseaux d'e-santé.....	44
3.1.4. Autogestion/développement des compétences personnelles	44
3.1.4.1. L'autogestion de la maladie	44
3.1.4.2. Les freins à l'autogestion	45
3.1.5. Construire une politique publique/système de santé	45
3.1.5.1. Une initiative de l'INAMI.....	46
3.1.5.2. Les incitants financiers.....	46
3.1.5.3. Les avantages pour le patients	46
3.1.5.4. Les règles et aspects administratifs du « trajet de démarrage »	47
3.1.5.5. Le soutien du niveau politique à la médecine générale	47
3.1.6. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire	47
3.1.6.1. Au niveau « micro ».....	47
3.1.6.2. Au niveau « méso ».....	48
3.1.6.3. Au niveau « macro »	48
3.2. Les connaissances et rôles des médecins généralistes par rapport au « trajet de démarrage »	48

3.3. L'implantation du « trajet de démarrage » sur le territoire de Wallonie Picarde	49
4. Discussion	51
4.1. Constats	51
4.1.1. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé	51
4.1.2. Aide à la décision.....	52
4.1.3. Système d'information.....	52
4.1.4. Autogestion/développement des compétences personnelles	52
4.1.5. Construire une politique publique/système de santé	53
4.1.6. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire	53
4.2. Apprentissages.....	54
4.2.1. Le « trajet de démarrage » et le Chronic Care Model.....	54
4.2.2. Le parallèle avec les autres parcours en Belgique	55
4.2.3. Le financement du « trajet de démarrage »	56
4.2.4. Le « trajet de démarrage » et prise en charge du diabète dans le monde	57
4.2.5. La dimension « programme » dans un territoire.....	58
4.2.6. Le rôle du médecin traitant	59
4.2.7. Apports personnels	60
4.3. Pistes.....	60
4.4. Limites.....	63
Conclusion et perspectives	65
Bibliographie.....	67
Annexes.....	75

Glossaire

-C-

-Code de nomenclature : « *La nomenclature des prestations de santé est une liste reprenant par code les prestations faisant l'objet d'un remboursement (total ou partiel) par l'assurance soins de santé* . » (INAMI, 2024)

-Continuité des soins : « *La notion de continuité des soins fait référence à la capacité du système à garantir que les soins prodigués à un patient donné sont organisés de manière fluide, coordonnés (au fil du temps, mais aussi entre prestataires, institutions et régions) et couvrent l'ensemble de sa trajectoire. Un manque de coordination des soins ou de communication peut être à l'origine de toute une série de problèmes, comme par exemple des examens réalisés en double, des traitements qui se contrecarrent ou présentent des interactions indésirables, un suivi insuffisant (en particulier après une hospitalisation), etc. Il est donc essentiel que tous les prestataires de soins travaillant autour d'un patient sachent ce que font les autres et veillent à ce que leurs interventions se complètent.* » (KCE, 2024).

-Coordination des soins : « *Contandriopoulos et al. (2001) définissent trois types de coordination dans le domaine de la santé : la coordination séquentielle, qui est celle qui existe quand un patient rencontre successivement les professionnels de santé, la coordination réciproque, lorsque le patient est traité de manière simultanée par plusieurs professionnels et enfin la coordination collective quand c'est une équipe de professionnels qui assume conjointement la responsabilité de la prise en charge. Les auteurs précisent que plus le niveau de l'interdépendance est élevé, plus la coordination est élevée. Il existerait ainsi une gradation dans la coordination, liée à la complexité de la prise en charge.* » (Cité par Cargnello-Charles et al., 2019).

-D-

-Diabète de type 1 : « Le diabète de type 1 est une **maladie auto-immune** dans laquelle notre système immunitaire produit des anticorps qui détruisent les cellules bêta du pancréas productrices de l'insuline. » (Association du diabète, 2024)

-Diabète de type 2 : « Le diabète de type 2 résulte de la conjonction de deux phénomènes étroitement liés :

- une **diminution de la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline**, comme si celles-ci "résistaient" à son action. Le mécanisme de l'insulino-résistance a une origine complexe et multifactorielle. Une prédisposition génétique ou familiale n'est pas à exclure mais le surpoids et l'obésité sont des facteurs aggravants reconnus de ce phénomène.
- une **hyperinsulinémie réactionnelle** : pour compenser et maintenir un état de glycémie normale, le pancréas fabrique davantage d'insuline. Mais après une évolution plus ou moins longue, il s'épuise et la sécrétion diminue avec pour conséquence un taux de glucose sanguin qui reste anormalement élevé. » (Association du diabète, 2024)

-Dossier Médical Global (DMG) : « Votre dossier médical global (DMG) contient toutes vos données médicales (opérations, maladies chroniques, traitements en cours, etc.) » (INAMI, 2023)

-E-

-Éducateur en diabétologie : « Il est **a.** infirmier et doit pouvoir se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie, conformément aux règles fixées en application de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé, ou **b.** infirmier, podologue, diététicien ou kinésithérapeute et a suivi avec fruit une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie qui permet l'acquisition de 20 crédits ou qui comprend au moins 150 heures de formation, et comprend dans les 2 cas au moins 100 heures effectives d'enseignement théorique ; il détient une attestation de réussite délivrée par un Institut de formation reconnu par une autorité compétente en matière d'enseignement. » (Arrêté Royal du 1^e mars 2018)

-Empowerment : « Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'empowerment du patient est un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé » (Cité par Fayn et al., 2017)

-H-

-Hémoglobine glyquée (HbA1c) : « *Le dosage de l'hémoglobine glyquée, et principalement de sa fraction majeure appelée HbA1c, constitue un outil séduisant dans la prise en charge des patients diabétiques. En effet, il offre une appréciation globale du niveau d'équilibre glycémique au cours des 8 à 12 dernières semaines.* » (Sepulchre et al., 2014).

-I-

-Incrétinomimétique ou GLP-1 : « *Le glucagon-like peptide-1 (GLP-1) est une hormone intestinale sécrétée en réponse au repas et rapidement dégradée par une enzyme spécifique, la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4). Le GLP-1 stimule la sécrétion d'insuline de façon glucose-dépendante, inhibe la sécrétion de glucagon et ralentit la vidange gastrique, notamment. Deux approches thérapeutiques ont été développées pour augmenter le taux de GLP-1 déficitaire chez le patient diabétique de type 2 : soit injecter, par voie sous-cutanée, une substance proche structurellement du GLP-1 (exénatide) et résistant à l'action de la DPP-4, soit administrer per os un inhibiteur spécifique de la DPP-4 (sitagliptine, ...). Ces nouveaux médicaments améliorent le contrôle glycémique du patient diabétique de type 2, sans induire d'hypoglycémie et sans effet péjoratif sur l'évolution pondérale.* » (Scheen et al., 2007).

-Intégration des soins : « *Leutz (1999) y adjoint la notion d'intégration lorsque la coordination permet l'interconnexion du système de santé avec d'autres services (soins de long terme, services d'aides à domicile, éducation et prévention) en vue d'améliorer le devenir clinique, la satisfaction des patients et des professionnels de santé, ou l'efficience de l'organisation.* » (Cité par Cargnello-Charles et al., 2019).

-M-

-Médecin généraliste / Médecin traitant / Médecine générale : « *La médecine générale est la spécialité dédiée aux soins de santé primaires ou soins de premier recours, qui ont été positionnés par l'OMS comme des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus* » (OMS, 1978 cité par Gay, 2013). Selon l'Institut of Medicine : « *prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté* » (cité par Gay, 2013).

-P-

-Première ligne de soins : *« l'ensemble des acteurs et des institutions de la première ligne d'accompagnement et de soins »* (Décret wallon du 24 avril 2024).

-Prestataire de soins : *« le praticien professionnel visé dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et le praticien d'une pratique non conventionnelle visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales »* (Décret wallon du 24 avril 2024).

-Prévention : *« Les soins préventifs désignent les interventions de santé qui visent soit à éviter la survenue d'une maladie (prévention primaire, p.ex. vaccination), soit à l'identifier le plus tôt possible afin de prendre des mesures pour en atténuer les effets négatifs (prévention secondaire, p.ex. dépistage du cancer). Contrairement aux soins curatifs, qui sont mis en œuvre une fois que la maladie est présente, les soins préventifs ciblent généralement des personnes non -symptomatiques et souvent en bonne santé, dans le but de les maintenir le plus possible en bonne santé. »* (KCE, 2024).

-Programme de soins : *« Les programmes de soins* ont été mis en place afin de fournir aux patients les soins appropriés au moment opportun. Ces soins sont dispensés dans un ensemble structuré de services : par admission à l'hôpital, en polyclinique ou en hospitalisation de jour. Les programmes de soins sont organisés de façon multidisciplinaire et transversale. Cela signifie qu'il existe une collaboration entre plusieurs prestataires de soins et plusieurs disciplines, au-delà des limites de l'hôpital et entre différents établissements de soins. »* (SPF santé publique, 2016).

-Promotion de la santé : *« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand control sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »* (Charte d'Ottawa cité par Agence de la santé publique du Canada, 2001).

-S-

-Soins de santé primaire : *« les soins qui consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsables de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s’accomplir dans un partenariat durable avec les personnes, usagers des services de santé ou non, et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale »* (Décret wallon du 24 avril 2024).

-Soins intégrés : *« l’approche coordonnée des soins qui implique une collaboration entre les acteurs et les institutions de la première ligne d’accompagnement et de soins, qui comprend le diagnostic, le traitement, les soins, la promotion de la santé, l’éducation à la santé et le rétablissement de la santé »* (Décret wallon du 24 avril 2024).

Introduction

Dans ce mémoire nous allons parcourir l'une des maladies chroniques les plus répandue dans le monde, le diabète. Cette pathologie touchait en 2014 selon l'OMS¹, 8,5% des personnes âgées de plus de 18 ans dans le monde causant directement 1,5 millions de décès en 2019.

En Belgique, pays d'intérêt de ce travail, la part des diabétiques était supérieure à 800 000 personnes en 2022 pour représenter plus de sept belges sur cent d'après l'Agence Inter-Mutualiste.

Dans la première partie, nous allons aborder les aspects théoriques en lien avec ce sujet avec dans un premier temps, la présentation du modèle théorique qui va servir de fil-conducteur pour l'analyse des programmes, le Chronic Care Model. Ensuite, nous allons détailler l'ensemble des modalités de suivi du diabète sur le territoire belge avec un lien avec le CCM et ses dimensions présentes au sein des différents programmes. Nous allons, aussi identifier les moyens de financements et d'organisation de ces divers parcours de soins. Le cas belge n'étant pas unique dans la mise en œuvre d'initiatives concernant cette maladie chronique, d'autres pays l'ont incluse dans leur politique de santé comme : la France, les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Autriche, le Royaume-Uni ou encore le Canada qui vont servir de comparatif. Nous terminerons par évoquer le « trajet de démarrage », objet de ce mémoire et de son projet de structuration et de coordination sur le territoire particulier, la Wallonie picarde et du rôle du médecin traitant.

Dans un seconde temps, nous allons développer une méthodologie qualitative avec la construction d'un guide d'entretien destiné aux médecins généralistes. Pour celui-ci, nous allons le structurer sur base du CCM. Les généralistes vont être sélectionnés selon la zone géographique d'intérêt et pour leur rôle dans ce programme.

Dans la troisième partie, nous allons analyser les résultats obtenus auprès des médecins traitants lors des entretiens sur base du guide d'entretien semi-dirigé construit selon les dimensions du Chronic Care Model élargi.

Nous terminerons par discuter des résultats obtenus et des enseignements qu'ils vont nous apporter. Nous pourrions apprendre de certains éléments en lien avec le cadre théorique et les réponses des généralistes. Cela nous amènera à aborder certaines pistes d'amélioration et de réflexion sur l'implantation, la coordination du « trajet de démarrage » en Wallonie picarde et le rôle du médecin généraliste dans ce cadre. Découlerons certaines limites en lien avec le mémoire, sa méthodologie et les résultats obtenus.

¹ Organisation Mondiale de la Santé

1. Cadre théorique

1.1. Le Chronic Care Model ²

Parmi les modèles à la base de la conception de certains programmes belges, un en particulier émerge dans les rapports du KCE³, le Chronic Care Model. La Belgique s'en est inspiré pour la création du « trajet de soins diabète de type 2 » (De Brouckère et al., 2017). Il peut être appelé « modèle des soins de longue durée » et a servi de base à bon nombre de projets de suivi d'une maladie chronique (Belche et al., 2015) ou « modèle de soins des maladies chroniques ou MSMC » (Clément et al., 2013).

Déjà en 2006, le KCE dans son rapport sur la « qualité et organisations des soins au diabète de type 2 » avait utilisé le Chronic Care Model pour classer les interventions intervenantes dans le traitement d'une maladie chronique. Cela a permis d'identifier six modalités de prise en charge : 1) Le médecin généraliste en soins de santé primaires ; 2) Les soins partagés avec rôle central du médecin généraliste en soins de santé primaires ; 3) Les soins partagés avec rôle central de l'infirmier éducateur en soins de santé primaires ; 4) Le rôle central du spécialiste en soins de santé primaires ; 5) Les soins partagés en milieu hospitalier ; 6) Le rôle central du pharmacien. L'utilisation du CCM avait alors permis de mettre au jour 19 interventions concernant le traitement chronique.

Le Chronic Care Model a pour objectif d'améliorer la qualité des soins aux personnes vivants avec une maladie chronique grâce à des données probantes. Il permet de faciliter la planification et la coordination des soins de la part des prestataires et d'aider le patient à jouer un rôle dans la gestion de ses soins (Coleman et al., 2009). De nombreuses évidences tendent à penser que ce modèle permet de cadrer le traitement de manière optimale pour les diabétiques dépassant ainsi la dimension « patient » et « professionnelle » (Coleman et al., 2009 ; Valentijn et al., 2013). Par ailleurs, le CCM comportent les différentes dimensions qui ont déjà été utilisées pour les programmes de lutte contre les maladies (OMS, 2008).

Selon De Brouckère et al. (2017), les caractéristiques principales sont :

- L'autogestion de la maladie
- Les aides à la décision
- Le travail d'équipe
- Une coordination des soins

² Wagner, 2000

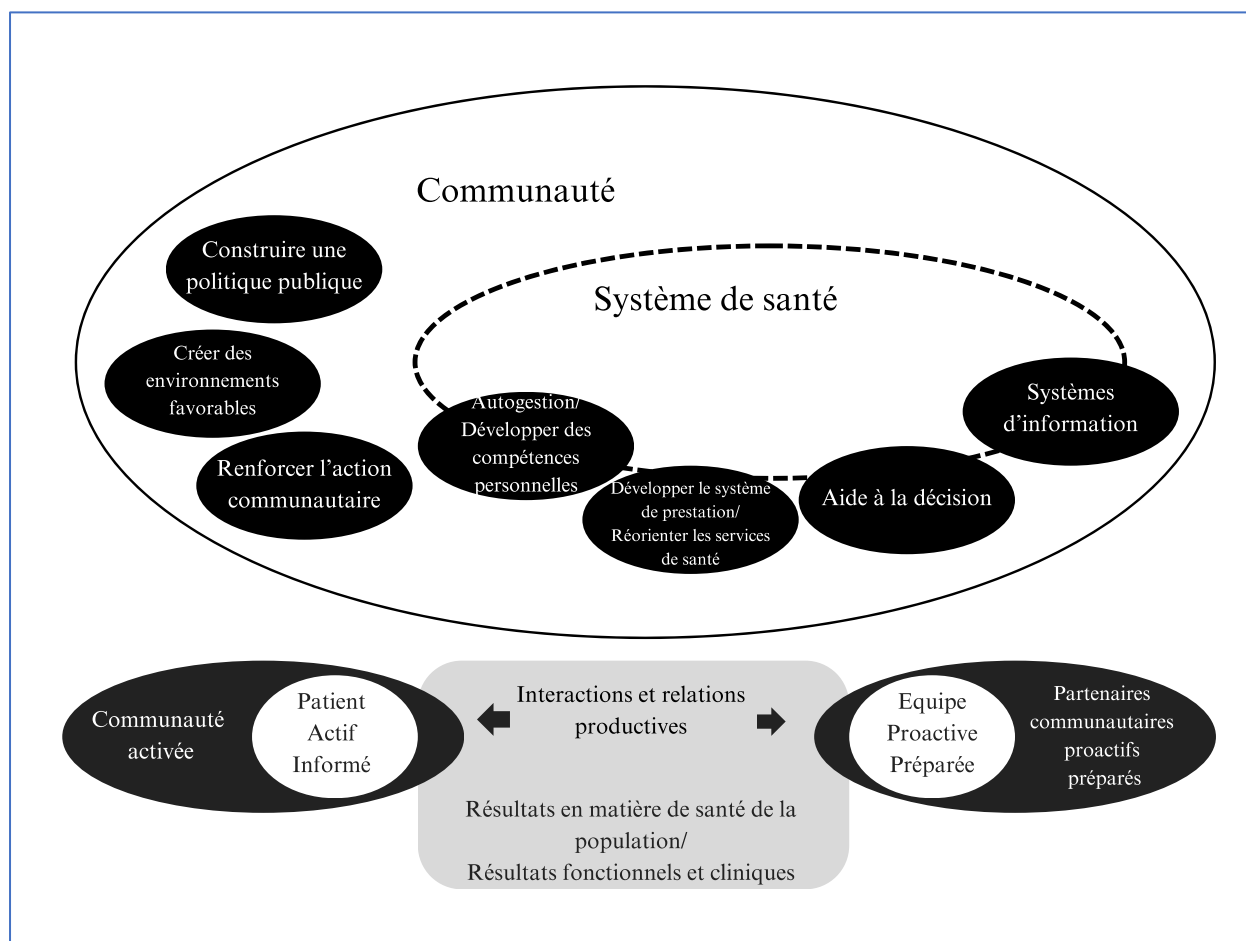
³ centre fédéral d'expertise des soins de santé

- Les systèmes d'informations cliniques
- Les ressources collectives
- La définition d'objectifs thérapeutiques.

Une version élargie de ce modèle qui se compose d'une dimension de promotion de la santé populationnelle de prévention et de gestion des maladies chroniques a été proposée par Barr et al. en 2003 dans le but de réduire la charge de l'affection pour l'individu ainsi que la communauté. Elle est à la base de l'« organisation des soins au diabète » au niveau canadien par sa traduction en « modèle de soins des maladies chroniques » en français (Clément et al., 2013). L'élargissement de ce modèle de soins permet d'inscrire les soins aux individus dans la communauté et d'établir un lien entre le système de santé et la communauté via la promotion de la santé de la population (Barr et al., 2003).

Pour décrire cet élargissement, il nous paraît important d'illustrer ces changements majeurs et pour cela, nous avons traduit le Chronic Care Model élargi de Barr et al. (2003) (**Figure 1**).

Figure 1 : Le Chronic Care Model élargi : intégration de la promotion de la santé de la population (traduit de Barr et al., 2003)



Cette traduction que nous avons effectuée, nous permet de mettre en évidence les éléments qui sont indispensables au niveau du système de santé, de la communauté ainsi qu'entre les individus et prestataires de soins pour le bon fonctionnement du suivi d'une personne diabétique incluse dans un programme. Ce modèle reprend aussi les dimensions propres aux patients, aux prestataires de soins de santé, aux politiques et à la communauté de l'individu et permet d'inclure ces dernières dans la réflexion concernant les programmes belges de suivi du diabète et de s'interroger sur les aspects qui sont présents ou absents dans ces parcours de soins.

Nous devons donc définir les dimensions de ce modèle et le mettre en lien avec un suivi optimal d'une personne vivant avec un diabète.

1.1.1. L'autogestion

Le soutien à l'autogestion comprend les informations sur la maladie en elle-même mais également l'inclusion, de manière active, du patient dans la prise en charge de sa maladie chronique par l'autosurveillance (*physiologique*) avec ou sans prise de décision (*gestion*) (Clément et al., 2013) et inclus des stratégies dans la communauté et au sein du système de santé (Barr et al., 2003).

1.1.2. L'aide à la décision

La dimension « aide à la décision » se base sur les données probantes à la base de la conduite des soins aux patients diabétiques. Cela via des outils technologiques et informatiques qui permettent de faciliter la prise de décision par les professionnels de première ligne (Hahn et al., 2008 ; De Belvis et al., 2009 ; O'Connor et al., 2011). Mais également des modalités pour « être » en bonne santé et le rester (Barr et al., 2003).

1.1.3. Les systèmes d'information

L'existence de « systèmes d'information » permet d'être utilisé pour l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation, la réorientation et la justification d'un programme mais ils sont encore un moyen pour activer la communauté, la prévention et la promotion de la santé d'une population (Barr et al., 2003). De plus, ils permettent d'harmoniser la prise en charge par les données probantes (Grant et al., 2003 ; Shojania et al., 2006 ; Boren et al., 2009 ; Tricco et al., 2012).

1.1.4. Les systèmes de prestation

Dans le système de prestation, il faut pousser les personnes actives dans les soins de santé à agir et prendre en considération l'individu de manière globale au centre de sa communauté par ses aspects sociaux, politiques, économiques et physiologiques (Barr et al., 2003).

1.1.5. Le système de santé

Dans le modèle élargi du CCM, il existe un lien entre le « système de santé » et la « communauté » par l'échange d'idées, de ressources et de personnes (Barr et al., 2003). Comme le souligne Clément et al. (2013), il est important qu'une prise en charge du diabète se fasse à l'échelon national et provincial, et que les professionnels puissent être soutenus via des avantages financiers de formes diverses.

1.1.6. L'action communautaire et des environnements favorables

L'environnement est important dans la conception d'un programme et la prise en charge des malades chroniques. L'alimentation saine, l'activité physique, l'accès aux soins de santé, les interactions et le soutien social sont des facteurs qui ont un impact sur l'équilibre du diabète. La notion de « partenaire communautaire » est une variable importante à considérer pour la prise en charge de l'individu dans sa communauté (Clément et al., 2013). Cela aussi par des « groupes d'autogestion par des pairs », qui sont des non-médicaux et permettent une amélioration de l'état de santé des diabétiques (Deakin et al., 2005 ; Foster et al., 2007).

1.1.7. Une politique publique

La politique publique doit être considérée comme « saine » si elle est favorable à une plus forte équité au sein de la société et garantit des biens, services et environnements sains et sécurisés. Ainsi le choix le plus judicieux doit être le plus facile à effectuer pour la personne, les entreprises, les organisations et le niveau politique (Barr et al., 2003).

1.1.8. Intérêt du CCM par rapport au suivi des personnes diabétiques

De nombreuses études sont en cours concernant ce modèle et son application au suivi du diabète. Par la présence des différentes dimensions du CCM, nous constatons une amélioration de certains paramètres biologiques comme l'hémoglobine glyquée (Shojania et al., 2006) et permet de diminuer les complications (Stratton et al., 2000).

Différents indicateurs ont été mis au point pour mesurer des améliorations (Coleman et al., 2009) :

- Des « indicateurs de processus » comme la prescription d'un suivi en podologie.
- Des « indicateurs intermédiaires » dont par exemple la diminution de l'hémoglobine glyquée ou la diminution de la durée de l'hospitalisation.
- Des « indicateurs de résultats » par l'amélioration de la qualité de vie (Coleman et al., 2009 ; Sunaert et al., 2010 ; Kruis et al., 2014 ; Martinez-Gonzalez et al., 2014).

Le but est de donner une place centrale au patient dans la gestion de sa santé et de ses soins pour diminuer les complications et maintenir la qualité de vie (De Brouckère et al., 2017). L'utilisation du MSMC, traduction canadienne du CCM, a mis en évidence une meilleure qualité des soins et une plus-value thérapeutique pour les personnes vivant avec une affection chronique comme le diabète (Clément et al., 2013).

Nous évoquons donc la place du patient ainsi qu'une meilleure efficacité des soins pour les malades chroniques. Cela nous permet de nous interroger sur les programmes déjà existants en Belgique et de pouvoir établir un lien entre ces derniers et le Chronic Care Model dans sa version élargie.

1.2. Les programmes de suivi du diabète en Belgique

Plusieurs programmes ont donc été mis en place par l'INAMI⁴ pour optimiser les soins aux patients (KCE, 2022). Il est important pour nous de comprendre le fonctionnement de chaque programme ainsi que leurs modalités propres et cela dans le but de clarifier l'articulation de ces derniers.

Dans son rapport sur la « qualité et organisation des soins du diabète de type 2 » en 2006, le KCE évoquait que *« le système classique de convention avec les hôpitaux ne pourra plus faire face à l'affluence de patients... Sur le plan politique, cette constatation pose un réel défi à notre système de soins de santé. »*

Entre 2006 et 2013, une augmentation de la proportion de personnes au sein d'un protocole de soins sous insuline a été observée et surtout via la convention et s'est stabilisée autour des 90%. En revanche, pour les personnes sous antidiabétiques autres que l'insuline, cela n'atteignait que 20% de personnes suivies (KCE, 2019). Précisons que pour 2022, les personnes sous insuline et suivies étaient de 82,7% pour la convention. La proportion de personnes en trajet de soins étaient en augmentation mais les personnes avec traitement oral n'étaient suivies que pour 26,2% et la moitié en trajet de soins (KCE, 2022). L'État fédéral a d'ailleurs mis en place des moyens pour permettre aux médecins généralistes et à la première ligne de soins de renforcer la « continuité des soins » et la « qualité des soins » via les trajets de soins, les projets de soins intégrés « maladie chronique » et la mise en place du « réseau national d'Evidence-Based Practice » (Gerken et Merkur, 2020).

Les programmes existants en Belgique sont au nombre de quatre et vont être développés dans les points suivant.

1.2.1. La convention d'autogestion

Depuis 1987, les conventions de rééducation au diabète existent pour les adultes de plus de 18 ans qui ont au minimum 3 injections d'insuline par jour. Un contrat est effectué entre le patient et l'équipe soignante (Fond-Harmant, 2011). Pour De Brouckère et al. (2017), elle existe depuis 1998. Elles ont été instaurées avec des centres spécialisés pour améliorer la qualité des soins (KCE,

⁴ Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

2022). Selon Fond-Harmant (2011), le but est de responsabiliser le patient et comprend quatre aspects : l'insulinothérapie, l'éducation au diabète, la nutrition et l'activité physique.

L'INAMI (2023) a élaboré des critères d'inclusion à cette convention : il faut souffrir soit d'un diabète de type 1 ; soit d'un diabète de type 2 avec administration d'au moins trois injections insuline par jour ; soit d'un diabète de type 2 avec au moins deux injections d'insuline par jour et souffrir d'une affection médicale grave. Les deux autres conditions nécessaires sont : avoir seize ans ou plus et disposer d'un dossier médical global (DMG). D'autres patients peuvent aussi y prétendre (INAMI, 2023) :

- *« les patients avec une perte quasi-totale de la fonction endocrine du pancréas (par exemple après une pancréatectomie totale ou en cas de pancréatite chronique) traités par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables*
- *les patients souffrant de mucoviscidose traités par insuline ou par d'autres antidiabétiques injectables*
- *les patients qui souffrent de diabète monogénique (MODY, diabète mitochondrial ou de diabète néonatal) sous pompe à insuline ou traités par au moins 3 injections d'insuline et/ou autres antidiabétiques injectables*
- *les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose)*
- *les femmes qui présentent un diabète de grossesse (traitées par insuline et non traitées par insuline)*
- *les femmes diabétiques qui souhaitent être enceintes (traitées par insuline et/ou par d'autres antidiabétiques injectables et non traitées par insuline)*
- *les diabétiques après une transplantation d'organe (traités par insuline et non traités par insuline)*
- *les diabétiques en dialyse rénale (traités par insuline et non traités par insuline). »*

Le suivi du patient est multidisciplinaire et il demande un suivi médical de prévention annuel des risques de complications : fond d'œil, fonction rénale, dépistage des neuropathies, examen cardio-vasculaire. Avec aussi, un suivi diététique et l'adaptation de l'insulinothérapie. Le programme demande une collaboration étroite entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste par la transmission d'un plan de traitement annuel par le spécialiste. Il est également attendu du généraliste, un retour à l'équipe spécialisée quant à l'évolution du patient. Le diabétologue doit d'ailleurs être consulté une fois par an et l'éducateur en diabétologie lui, doit être consulté à raison de deux fois par an (De Brouckère et al., 2017).

1.2.2. Le trajet de soins diabète de type 2

En 2009, le projet « trajet de soins » voit le jour car « 72% des patients diabétiques étaient exclus » par la convention d'autogestion (De Brouckère et al., 2017).

En 2012, le KCE via ses recommandations soulignait l'importance de plans de soins individualisés avec un suivi multidisciplinaire coordonné par le médecin généraliste, dans le but de favoriser l'« empowerment », l'autonomisation du patient (Paulus et al., 2012).

Le trajet de soins se calque donc sur ces recommandations. Il vise à une meilleure collaboration entre médecin traitant et diabétologue pour atteindre l'amélioration de la qualité des soins (INAMI, 2013). Précisons que pour le rapport global d'évaluation des trajets de soins de l'INAMI de 2013, les trajets de soins découlent de la Commission Nationale Médico-Mutualiste via son « accord national médico-mutualiste » de 2013-2014 et ont été instaurés au départ pour 4 ans et pour deux types de pathologies : le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique.

Pour l'INAMI (2023), le patient diabétique doit répondre à certaines conditions pour pouvoir y prétendre :

- Être diabétique de type 2 avec 1 ou 2 injections d'insuline par jour ou traité par incrétinomimétique ou être insuffisamment traité par médicaments oraux, c'est-à-dire une hémoglobine glyquée (HbA1c) supérieure à 7,5% pour qui on envisage le passage à l'insuline.
- Avoir un dossier médical global (DMG)

Un contrat est donc signé entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste initialement pour une durée de trois ans. Il permet une collaboration optimale entre le médecin généraliste (coordinateur des soins) et le spécialiste (coach et référent) et la première ligne de soin (Fond-Harmant, 2011). Pour De Brouckère et al. (2017), le contrat a une durée de quatre ans et le spécialiste est le soutien au généraliste qui en est l'initiateur, la « figure centrale » dans le suivi et l'atteinte des objectifs du patient. Ce contrat doit être approuvé par le médecin conseil de la mutuelle. Le spécialiste doit communiquer les résultats au médecin traitant et être vu au moins une fois tous les 18 mois.

Selon la SSMG⁵ (2015), le trajet de soins se base sur les recommandations de bonne pratique. Notons que dans son rapport de 2022, le KCE indique qu'« ils n'ont pas été utilisés de

⁵ Société Scientifique de Médecine Générale

manière optimale en raison du manque d'informations à propos de leur existence, à la fois auprès du public et auprès des professionnels de la santé » (Gerken et al., 2022).

1.2.3. Le modèle de soins « Suivi d'un patient diabétique de type 2 »

En 2003, le « passeport du diabète » a été créé pour responsabiliser le patient et améliorer la communication entre les soignants de première ligne (Fond-Harmant, 2011). Il a été remplacé par le « pré-trajet » de soins diabétique en février 2016 (De Brouckère et al. 2017) ou « modèle de suivi d'un patient diabétique de type 2 ». Il a été créé pour les patients qui ne sont pas en convention ou en trajet de soins afin qu'ils soient mieux encadrés (INAMI consulté le 23/04/23).

Ce programme concerne les patients qui sont diabétiques de type 2 sous antidiabétiques oraux. Il permet le remboursement d'une consultation de diététique et de deux séances de podologie par an. Le médecin traitant est dans l'obligation d'enregistrer des données dans le DMG et de procurer des soins de qualité sous les recommandations de bonne pratique (EBM⁶) et ainsi discuter avec le patient de l'atteinte d'objectifs. Pour cela, il doit enregistrer un code de nomenclature « pré-TSD » qui est le 102852 (De Brouckère et al., 2017). Le médecin généraliste doit donc, depuis 2017, enregistrer certaines données dans le dossier médicale informatisé (DMI) à savoir : *« date du démarrage du prétrajet, taille, poids, tension artérielle systolique et diastolique, HbA1c, LDL cholestérol, HDL cholestérol, triglycérides, eGFR, microalbuminurie). »* à des fins statistiques et épidémiologiques (INAMI, 2023).

Depuis le 1^{er} mai 2018, l'INAMI prévoit qu'il est possible pour un patient de ce programme d'être éligible à un remboursement pour des prestations d'éducation au diabète sous prescription du médecin généraliste. Ceci à raison de quatre prestations par an et selon certaines conditions : avoir intégré un modèle de soins « suivi d'un patient diabétique de type 2 » ; être âgé de 15 à 69 ans ; avoir un risque cardiovasculaire avec indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 avec ou sans hypertension artérielle ; et avoir une prescription du médecin traitant pour les séances d'éducation. L'éducation peut être pratiquée par plusieurs types de dispensateurs qui ont chacun un rôle spécifique : l'« éducateur en diabétologie » dans un but informationnel et de « conseiller » pour un mode de vie sain, le diététicien pour l'éducation à l'alimentation, le pharmacien dans l'« observance » du traitement, l'infirmier pour le suivi et le soutien au contrôle de la maladie et le kinésithérapeute dans l'aide à la pratique de l'activité physique. Ainsi l'intégralité des prestations d'éducation est remboursée.

⁶ Evidence Based Medicin

1.2.4. Le programme restreint d'éducation et d'autogestion

Notons que le « programme restreint d'éducation et d'autogestion » existe pour les personnes ne répondant pas aux conditions des autres programmes (Brusano, 2023).

Celui-ci peut être mis en route par le médecin traitant avant le démarrage d'un « trajet de soins » ou d'une « convention » car il ne peut pas être combiné avec l'un de ces deux programmes. En revanche, il est possible qu'il soit associé à un « suivi d'un patient diabétique de type 2 » si le patient doit démarrer ou suivre un traitement par injection d'incrétino-mimétique ou par une injection d'insuline par jour et doit être en ordre de DMG chez le médecin généraliste qui démarre le programme. C'est donc à ce dernier de jouer le rôle d'éducation au diabète et de prescrire un glucomètre (renouvelable après 3 ans), les tigettes (100) et les lancettes (100) tous les ans avec une mention « éducation et autogestion » sur la prescription (INAMI, 2023).

1.3. Les programmes de suivi du diabète en Belgique en lien avec le Chronic Care Model

Un parallèle avec le « trajet de soins » belge a été effectué pour comprendre l'utilisation du CCM dans le développement du programme en regard des modalités de celui-ci par Belche et al. (2015) :

- L'autonomisation du patient via le contrat de « trajet de soins » à sa disposition ou via la création d'un site internet à sa destination.
- Le support à la décision clinique via la formation des médecins en continue et par le biais des recommandations de bonne pratique.
- L'organisation du réseau de soignants par la signature du contrat par le patient ainsi que le généraliste et le spécialiste ou encore par la création de structures pour soutenir les soignants de première ligne.
- Le système d'information clinique par le suivi d'indicateurs concernant le patient.
- Les politiques et ressources collectives en incluant les décisions concernant le diabète dans politique nationale de santé.
- L'organisation du système de soins de santé par la structuration de l'aide à la première ligne (coordination et formation de professionnels spécialisés).

Nous pouvons également émettre des hypothèses concernant la présence ou l'absence de ses différents aspects du Chronic Care Model au sein des autres parcours de soins aux diabétiques. Pour cela, nous avons effectué une synthèse qui reprend les programmes belges avec les dimensions du Chronic Care Model élargi de Barr et al. de 2003 (*Tableau 1*).

Tableau 1 : parallèle entre les programmes de suivi du diabète en Belgique et le CCM

Chronic Care Model	Système de santé				Communauté		
Dimensions Programmes	Autogestion/Développement des compétences personnelles (définition d'objectifs thérapeutiques)	Développer le système de prestation/réorienter les services de santé (coordination des soins)	Aide à la décision	Système d'informations	Construire une politique publique	Créer des environnements favorables	Renforcer l'action communautaire
Convention d'autogestion	-Contrat entre l'hôpital et le patient -Autonomisation des soins (injection, glycémie)	-Rapport du diabétologue au médecin traitant obligatoire	-Guidelines	-DMG -DMI	-INAMI	-Consultation à l'hôpital	-Séances d'éducation individuelles
Trajet de soins diabète de type 2	-Contrat entre le patient, le médecin traitant et l'endocrinologue -Autonomisation des soins (injection, glycémie)	-Médecin traitant (coordinateur) et le diabétologue (réfèrent) -Prestations spécifiques (podologue, diététicien, éducateur en diabétologie)	-Réseau national d'Evidence-Based Practice	-DMG -DMI	-INAMI -AVIQ	-Consultation au domicile du patient (éducateur en diabétologie) -Réseau Multidisciplinaire Local	-Séances d'éducation de groupe
Programme restreint d'éducation et d'autogestion	-Mise en route par le médecin traitant lors de la consultation du patient	-Médecin généraliste (éducateur)	/	-DMG -DMI	-INAMI	-Consultation chez le médecin généraliste (cabinet)	-Consultation individuelle du patient
Suivi d'un patient d'un patient diabétique de type 2 ou Pré-trajet	-Utilisation d'un code de nomenclature spécifique par le médecin traitant	-Médecin traitant (instigateur) -Prestations spécifiques (podologue, diététicien, éducateur en diabétologie)	-EBM	-DMG -DMI	-INAMI	-Consultation au domicile du patient (éducateur en diabétologie)	-Séances d'éducation individuelles

1.4. Le financement et l'organisation des programmes

Pour pouvoir aborder les dimensions « système de santé » et « communauté » du CCM, nous devons développer le financement et l'organisation des programmes au niveau européen mais également au niveau belge (fédéral et entités fédérées).

Nous nous intéressons aux programmes de lutte contre le diabète qui ont été créés, organisés et qui sont financés sur le territoire belge. Pour Fond-Harmant et al. (2011), la lutte contre le diabète a été incluse dans le « Plan National Nutrition et Santé » en 2006 au niveau fédéral.

De nombreuses mesures ont été mises en place par l'INAMI pour permettre le suivi des personnes diabétiques et optimiser les soins (KCE, 2019). Au niveau des entités fédérées (régions et communautés), il existe des plans d'organisation de la promotion de la santé pour lesquelles celles-ci sont compétentes. D'ailleurs, au niveau wallon, prévention et promotion de la santé sont incluses au sein du « Plan Horizon 2030 » (AVIQ, 2023). Nous pouvons encore aborder un échelon plus « macro » car il existe un programme européen de lutte contre le diabète abordée dans sa « résolution du Parlement européen du 23 novembre 2022 sur la prévention, la gestion et une meilleure prise en charge du diabète dans l'Union européenne ». Au niveau mondial, la lutte contre le diabète est inscrite dans le « Pacte mondial contre le diabète » (OMS, 2023).

Ces programmes de prévention, de promotion de la santé sont donc établis à des niveaux très « macro » ou au niveau d'un pays ou d'une région afin d'appréhender le diabète chez les personnes à risque mais aussi d'avoir un meilleur accompagnement des personnes qui vivent déjà avec un diabète.

En ce qui concerne le financement plus particulier de chaque programme en Belgique, il existe des subtilités en lien avec l'organisation du système de soins de santé belge.

Pour la convention d'autogestion, les coûts sont pris en charge par l'assurance soins de santé (Fond-Harmant, 2011). D'ailleurs, c'est via la convention entre l'hôpital et l'INAMI que le programme est financé (Association du diabète, 2023).

Pour le trajet de soins, la création des réseaux multidisciplinaires locaux (RLM) a été financé par l'INAMI pour permettre une meilleure collaboration entre professionnels et l'organisation a été confiée aux cercles de médecine générale (De Brouckère et al., 2017). Nous avons manqué d'informations concernant le financement des programmes au niveau des entités fédérées. Pour cela, nous avons entrepris de contacter l'AVIQ⁷ pour en savoir davantage. Grâce à cette démarche, nous avons pu obtenir des informations sur les RLM.

Par rapport aux réseaux multidisciplinaires locaux, l'entrevue avec la coordinatrice des douze RLM existants en Wallonie, nous a appris qu'ils sont financés annuellement via une subvention de l'INAMI et selon le prorata de la zone couverte. Notre contact nous révèle un « inconfort » en lien avec l'acceptation du financement au niveau fédéral. Les décisions quant au financement et la coordination des missions se font au sein du « comité d'accompagnement » qui comprend : des opérateurs, des médecins et des représentants des cercles de médecins avec leur secrétaire, des représentants de l'AVIQ (2 personnes) ainsi que la direction du financement

⁷ Agence wallonne pour une Vie de Qualité

(AVIQ). L'enveloppe globale pour les 12 RLM est de 1,7 millions actuellement, qui est répartie selon la zone couverte par chaque RLM et le nombre d'habitant sur cette même zone. Nous prenons conscience que la zone de soins qui nous intéresse, la Wallonie Picarde est actuellement la seule qui n'est pas couverte par un réseau multidisciplinaire local et donc ne reçoit pas de financement pour le « trajet de soins diabète de type 2 » (Coordinatrice RLM AVIQ, entretien personnel, 18 octobre 2023).

Nous l'avons compris, les programmes de suivi du diabète sont souvent financés par l'État fédéral via l'INAMI mais l'organisation des divers programmes est à effectuer par les entités fédérées qui sont compétentes en la matière.

1.5. Programmes de suivi du diabète en Europe, au Royaume-Uni et au Canada

La Belgique ne fait pas légion dans la lutte contre le diabète. D'autres pays européens ainsi que le Royaume-Uni et le Canada ont inclus celle-ci au sein de leurs programmes (Fond-Harmant, 2011). L'organisation des programmes sur le territoire belge nous est connue mais il est nécessaire d'avoir un aperçu du fonctionnement et de l'organisation du suivi sur d'autres territoires.

1.5.1. En France

En France, la prise en charge du diabète a fait l'objet d'une priorité de santé publique et des « actions nationales et directives » ont été élaborées (Conférence nationale de santé, 1998 ; Haut Comité de la Santé Publique, 1998). Le diabète est un axe prioritaire de santé publique qui est d'ailleurs inscrit dans la loi du 9 août 2004 concernant « la politique de santé publique » et des guidelines à l'attention des professionnels sont émises par l'Haute Autorité de Santé. (cité par Fond-Harmant, 2011).

Il existe également un service d'accompagnement pour les patients diabétiques par un financement du ministère de la santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, le projet « Sophia ». Le but de ce service est de dépister et prendre en charge les patients à risque. Il implique des médecins traitants qui sont rémunérés pour leur participation. D'autres moyens pour lutter contre le diabète ont aussi été mis en place sous forme de « réseaux diabète » ou par le biais de recommandations de bonne pratique, par des sociétés d'assurance et par des centres hospitaliers (Fond-Harmant, 2011).

1.5.2. Aux Pays-Bas

Les Pays-Bas ont inclus la lutte contre le diabète dans leur « Plan National pour le diabète ». Ce programme contient plusieurs aspects : la prévention, la promotion d'un mode de vie sain et l'éducation thérapeutique du patient. Le Plan a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins de première ligne. Ainsi, les professionnels des soins de santé, les assurances et les politiques y jouent un rôle. Les équipes incluses dans ce programme sont pluridisciplinaires et une attention particulière au suivi psychologique s'y retrouve. De plus, les équipes se réfèrent à des données probantes provenant de plusieurs sources : le « Dutch Diabetes Association », le « Dutch College of General » et du « Practitioners-NHG guidelines » (Fond-Harmant, 2011). Lors d'une étude par rapport aux programmes de 13 pays, celle-ci a mise en évidence le « Dutch model » comme référence dans le suivi de la personne diabétique (Burgers et al., 2001).

1.5.3. En Autriche

Au niveau autrichien, le travail a commencé par mettre en place des directives à l'attention des médecins sur la prise en charge du diabète qui sont à la base du « Austrian Diabete Plan » . Ensuite, en 2005 des groupes de travail ont été mis en place coordonnés par l' « Austrian Diabetes Association » regroupant des professionnels, des organisations de patients, des chercheurs, les entreprises pharmaceutiques et des assureurs pour donner naissance à l' « Österreichische Diabetes Plan » (Austrian Diabetes Plan, 2005).

1.5.4. En Allemagne

Sur le territoire allemand, deux lois nationales qui sont similaires ont été adoptées pour, premièrement, le diabète de type 2 en 2002 et deuxièmement, en 2004 pour le diabète de type 1. Il existe par ailleurs des programmes au niveau régional. Les buts de l'ensemble des programmes sont la qualité des soins, la prise en charge psychosociale et la participation active des professionnels et des diabétiques (Joos et al., 2005 ; Hein et al., 2008 ; Szecsenyi et al., 2008).

1.5.5. Au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le « National Service Framework for Diabetes » (NSFD) a été présenté en 1999 et des normes concernant le diabète ont été actées en 2001. L'objectif est d'améliorer la communication et la sensibilisation. Le NSFD a été conçu selon deux étapes : la première concerne

un « programme cadre pour le diabète » composé de « 12 standards de qualité dans 9 domaines des soins et du traitement du diabète pour les centres des soins primaires, les hôpitaux locaux et les centres spécialisés » et permet un suivi psychosocial ; la deuxième étape se centre sur une « stratégie d'action » se déroulant sur une période de dix ans (Fond-Harmant, 2011).

Notons que l'« Institut Nationale pour l'Excellence Clinique » (NICE) émet des guidelines pour la prise en charge du diabète de type 1 et type 2. Un groupe de travail (*National Framework*) composé de professionnels, de diabétiques et des institutions (NHS⁸, Diabetes UK) évalue la conduite du programme. D'ailleurs, le « Diabetes UK » a tenu compte des recommandations de ce dernier concernant par exemple le dépistage de la rétinopathie ou l'implication des personnes atteintes d'un diabète dans la conception des services au niveau local. Cependant, ce groupe de travail ne concerne que l'Angleterre car il y a des distinctions entre les nations du Royaume-Uni (Fond-Harmant, 2011). Par exemple, le Pays de Galles mais aussi l'Irlande du Nord ont émis des recommandations sur la prise en charge du diabète sur leur territoire (Fitzsimons et al., 2000).

Depuis 2008, le soutien psychosocial est pris en charge par les « médecins de soins primaires » pour déceler une détresse via deux questions et alors, si la réponse aux deux questions est positive, un « questionnaire d'auto-estimation » est utilisé pour juger de l'intensité des symptômes (Fond-Harmant, 2011).

1.5.6. Au Canada

Au niveau canadien, une « stratégie canadienne sur le diabète » a été mise en place en 1999 en partenariat avec les provinces, les territoires, les groupes nationaux de santé ainsi que les groupes d'intérêt et des collectivités autochtones. Le but est d'obtenir plus de ressources et d'améliorer l'expertise concernant le diabète. Il comprend une meilleure gestion de la promotion, la prévention et un meilleur contrôle du diabète pour toute la population (général) mais également les soins et la prise en charge de populations plus à risque (spécifique). Par ailleurs, l'accent sur un meilleur enregistrement des données au niveau national et régional est primordial (Fond-Harmant, 2011).

⁸ National Health Service

Chaque pays en fonction de ses spécificités territoriales va définir le suivi d'une personne diabétique différemment. De ce fait, des aspects différents se retrouvent au sein des Plans ou programmes. Pour certains, l'accent est mis sur les aspects psychosociaux et le suivi psychologique alors que pour d'autres, il y a un intérêt particulier pour une uniformisation des pratiques professionnels dans le suivi du diabète.

Des similarités sont, tout de même, à noter par rapport au suivi belge par l'utilisations des données probantes et par l'intérêt d'un suivi qui est orienté, dirigé par le médecin traitant et les soins primaires (première ligne de soins).

1.6. Du « pré-trajet » vers le « trajet de démarrage »

La mutation du « pré-TSD » a été en discussion tout au long de l'année 2023 par un groupe de travail multidisciplinaire composé de représentants de l'INAMI, des organismes assureurs, des associations de représentation des diabétiques, des professionnels de la santé (diabétologues, infirmiers, podologues, diététiciens, médecins généralistes, sage-femmes, kinésithérapeutes et pharmaciens) et de sociétés de médecine générale. Le fruit des discussions a été récemment présenté lors du « Belgian Diabetes Forum » du 20 juin 2023. Le projet qui en ressort est nommé « trajet de démarrage » ou « start trajet ». Il a pour but d'inclure toute les personnes diagnostiquées diabétiques de type 2 et signe l'abolition des critères d'inclusions du modèle de soins « suivi d'un patient diabétique de type 2 ». Par contre, il est nécessaire d'être diagnostiqué diabétique de type 2 ainsi qu'être en possession d'un DMG et ne pas être déjà suivi en convention d'autogestion ou en trajet de soins. On y fait mention du « rôle-clé » du médecin généraliste qui est la personne qui enclenche le « trajet de démarrage » et a aussi d'autres rôles comme : *« Conseillé (via le DMI) pour identifier et dépister les personnes à risque ; Indique le diagnostic « DT2 » dans le DMG du patient ; Propose un traitement et un suivi basé sur les recommandations en vigueur ; Code à initier TDD: 102852 à 400374 – Maisons médicales au forfait 109594 à 400396 ; Absence de « contrat » et d'acceptation du médecin conseil ; Honoraire € 23,50/an (totalement remboursé pour le patient) »* et le renouvellement de celui-ci serait automatique.

Par rapport au suivi de la personne diabétique, il sera effectué par des éducateurs qui sont agréés par l'INAMI. Notons que ces professionnels étaient déjà inclus dans le « suivi d'une personne diabétique de type 2 » actuel et qu'un prestataire non-diplômé « éducateur en diabétologie » devra suivre une formation continue de deux heures par an. Le médecin traitant pourra donc adresser le patient vers un « éducateur en diabétologie » à raison de quatre séances par année dont une obligatoirement donnée par un éducateur en diabétologie diplômé. Il comprend

également la possibilité d'avoir un suivi d'ordre diététique avec deux séances par an ainsi qu'en podologie avec deux séances par année (pour les deux cas de figure, il y a suppression du ticket-modérateur). La modification notable est l'apparition du suivi annuel en dentisterie pour les patients de 18 à 80 ans avec suppression du ticket-modérateur. Par contre, il n'y aura pas de remboursement pour le matériel de contrôle de la glycémie et les conditions de prescription des médicaments se dérouleront de la même manière que pour le trajet de soins.

L'entrée en vigueur de ce dernier a donc été effective en ce 1^{er} janvier 2024 et les conditions d'accès et les différentes composantes qui avait été discutées auparavant n'ont pas eu de réelles modifications. Le but annoncé de ce nouveau parcours est d'inclure les patients diabétiques de type 2 plus précocement dans la gestion de la maladie (INAMI, 2024).

Nous avons pu identifier quatre modalités de suivi d'un individu diabétique au sein de la Belgique, à savoir : la « convention d'autogestion », le « trajet de soins diabète de type 2 », le « programme restreint d'éducation et d'autogestion » et le « suivi d'un patient diabétique de type 2 » ou « pré-trajet » (INAMI, 2023). Et ainsi, la modification du « pré-trajet » de soins vers le « trajet de démarrage ».

Ces différents programmes ont été organisés dans l'ensemble par les autorités fédérales via l'INAMI. Nous l'avons évoqué plus haut, le « trajet de soins » a été conçu sur base du CCM et on y retrouve les différentes dimensions (Belche et al., 2015). Pour les autres programmes, nous avons pu faire des hypothèses sur la présence ou non des différents aspects de ce modèle.

Nous le savons maintenant, le Chronic Care Model, ici dans sa conception élargie, nous permet de prendre en compte les dimensions nécessaire lors de la conception d'un programme de suivi du diabète (Clément et al., 2013). Il comporte les caractéristiques suivantes selon De Brouckère et al. (2017) : 1) l'autogestion de la maladie ; 2) les aides à la décision ; 3) le travail d'équipe ; 4) une coordination des soins ; 5) les systèmes d'informations cliniques ; 6) les ressources collectives ; 7) la définition d'objectifs thérapeutiques. Il intègre également le système de santé, la communauté et l'individu dans la prise en charge de sa maladie chronique. Il permet alors de parcourir l'ensemble des aspects à inclure dans la prise en charge globale du diabète et en particulier ici, du « trajet de démarrage » destiné aux diabétiques de type 2.

Concernant les programmes et le système de soins de santé belge, il existe des modalités organisationnelles et financières au niveau fédéral et des entités fédérées. De cela, nous comprenons que certaines régions du pays telle que la Wallonie Picarde (territoire de la province

du Hainaut) n'est pas organisée de la même manière que l'ensemble du territoire de la Région Wallonne concernant les trajets de soins par exemple.

Cette particularité territoriale nous interroge sur les modalités organisationnelles concernant la mue du « suivi d'un patient diabétique de type 2 » vers le « trajet de démarrage ». En janvier 2024, le « trajet de démarrage » va remplacer le « pré-trajet » de soins. La coordination de ce dernier est imputée au médecin généraliste qui en est l'instigateur et le gestionnaire. Il a déjà ce rôle concernant le « trajet de soins diabète de type 2 » et les deux programmes sont destinés à coexister pour couvrir toute la population de diabétiques de type 2 sur le territoire belge. Or, le généraliste est la pierre angulaire du suivi du diabète de type 2. Il est le coordinateur des soins qui a *« ses limites en raison de contraintes de temps mais aussi par manque de compétences, notamment en termes de dialogue interprofessionnel »* (Vanmeerbeek et al., 2008). Mais, le fait que le médecin généraliste n'ait pas ce rôle central n'est pas accepté par l'ensemble de ses pairs (Belche et al., 2016). Pour aider le médecin traitant, sur le territoire wallon, il existe des coordinateurs spécifiques au suivi d'un diabète dans le cadre du « trajet de soins » (Belche et al., 2016). Mais au niveau de la Wallonie Picarde, cette fonction ainsi que le Réseau Multidisciplinaire Local (RML) sont inexistants. La question de recherche que nous nous posons alors est la suivante : **« Comment implanter et coordonner le « trajet de démarrage » en Wallonie Picarde ? Rôle du médecin traitant. »**

2. Méthodologie

Nous cherchons à mettre en évidence les aspects de coordination et d'implémentation du « trajet de démarrage » au niveau de la Wallonie Picarde en regard des spécificités de ce territoire. Un programme est déjà en place au niveau de cette « zone de soins », le « trajet de soins » et un programme va être mis en place, le « trajet de démarrage ».

Nous nous attendons à ce que le médecin traitant joue un rôle central dans la gestion de ces parcours de soins. Pour cela, nous avons décidé d'interroger les médecins traitants de Wallonie Picarde via un guide d'entretien basé sur le Chronic Care Model élargi⁹ en reprenant les différentes dimensions de ce dernier pour élaborer le fil conducteur des entretiens qualitatifs.

Le choix d'une méthodologie qualitative a été entrepris afin de nous permettre de comprendre comment le médecin généraliste voit son rôle dans le suivi d'un patient diabétique et la mise en œuvre de ce programme ainsi que de pouvoir connaître les pratiques de médecine qui sont existantes sur le territoire qui nous intéresse. Ainsi, d'obtenir des informations concernant son expérience et ses pratiques en tant que généraliste et particulièrement son point de vue sur son rôle concernant la gestion du diabète et le « trajet de démarrage ».

2.1. Procédure d'échantillonnage

Nous avons sélectionné des cabinets se trouvant en Wallonie Picarde et contacté les médecins y exerçants. Parmi ceux-ci, certains qui travaillent en groupement au sein d'un cabinet et d'autres travaillant seuls pour mettre en parallèle les différences et les similitudes entre ces pratiques. L'hypothèse est que le suivi d'un patient par un médecin seul n'est pas identique à une pratique en groupe. Nous avons choisi des médecins traitants qui ont été informés et qui ont pris connaissance de l'existence et de la mise en place du « trajet de démarrage ».

Au niveau du processus de sélection de ces derniers, cela a été entrepris via des contacts par mail ou appels téléphoniques. Le choix des groupements et médecins pratiquants en solo a été effectué grâce à notre expérience existante dans le domaine des « trajet de soins ». Cela a permis d'effectuer une liste des différents médecins qui nous sont déjà connus et d'entreprendre les prises de contacts sur l'ensemble de la Wallonie Picarde.

⁹ Barr et al. 2003

2.2. Méthode de récolte des données

Nous avons récolté les données de manière qualitative sur base d'un guide d'entretien¹⁰. Celui-ci a été construit sur base du Chronic Care Model élargi afin de structurer les questions concernant l'implantation du programme et de sa coordination. Il reprend les différentes dimensions du CCM à savoir : l'autogestion, les systèmes d'informations, les systèmes de prestations, l'aide à la décision, le système de santé, les politiques publiques ainsi que l'action communautaire et les environnements favorables. En prenant en compte ces dimensions, nous questionnons le système de soins de santé en général (Belgique) et l'implantation du programme sur le territoire (Wallonie Picarde) et de manière plus spécifique, les pratiques de médecine générale dans le cadre du suivi du diabétique de type 2.

Il comprend donc 8 rubriques :

- Questions génériques
- Développer le système de prestation/réorienter les services de santé (coordination des soins)
- Aide à la décision
- Système d'informations
- Autogestion/Développement des compétences personnelles (définitions d'objectifs thérapeutiques)
- Construire une politique publique/Système de santé
- Créer des environnement favorables/Renforcer l'action communautaire
- Conclusion

Chacune des dimensions précitées ont une justification et permettent d'avoir des informations concernant les aspects qu'interroge notre mémoire. Nous développons ci-après la justification des éléments se trouvant au sein du guide d'entretien élaboré.

2.2.1. Questions génériques

Les « questions génériques » sont des questions d'introduction pour permettre de se présenter et de savoir via quel biais le médecin généraliste a pris connaissance du nouveau programme « trajet de démarrage ».

¹⁰ Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux médecins traitants

2.2.2. Développer le système de prestations/réorienter les services de santé

Cette rubrique concerne la prise en charge d'un diabétique de type 2 en général et le temps que cela prend pour le médecin. Celle-ci permet également d'interroger la mise en place du « trajet de démarrage » et son intégration dans la pratique de médecine générale, et concerne aussi le rôle du « médecin de famille » dans ce-dernier.

2.2.3. Aide à la décision

Ici, nous interrogeons les modalités pour trouver les informations concernant la mise en œuvre du programme et les bonnes pratiques en matière de suivi d'un diabétique.

2.2.4. Système d'informations

Les questions concernant le « système d'informations » permettent de connaître les pratiques du médecin traitant quant à la manière de centraliser les informations des patients concernant leur diabète ainsi que de la population générale.

2.2.5. Autogestion/développement des compétences personnelles

Interroger l'« autogestion » permet de connaître et comprendre le rôle du patient dans son suivi, son traitement et donc sa gestion du diabète. De plus, cela permet de mettre en évidence les rôles qu'il doit avoir pour atteindre les objectifs du programme le concernant.

2.2.6. Construire une politique publique/système de santé

Le médecin généraliste est central dans ce programme et demande un investissement personnel dans le suivi des diabétiques de type 2. Dans cette rubrique, nous essayons de comprendre si le niveau politique « soutient » le généraliste dans la mise en œuvre du dit programme (aide financière). Au niveau de la Wallonie Picarde, la question est de savoir « comment le programme va être mis en œuvre ? » (Fédéral, entités fédérées).

2.2.7. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire

Nous interrogeons ici l'inclusion des personnes non-diabétiques dans ce programme ainsi que la prévention et la promotion de la santé à la population générale du territoire.

2.2.8. Conclusion

Cette rubrique permet de conclure et d'amener l'interlocuteur à ajouter quelque chose s'il le désire et d'amener à des pistes de réflexion.

2.3. Phase de test du guide d'entretien

Dans un souci de bonne compréhension des questions posées et pour obtenir des réponses, nous avons décidé de procéder à un test de ce guide. Effectivement, nous avons choisi un médecin généraliste qui a suivi de près la conception du nouveau programme pour le tester et permettre de réajuster les questions qui peuvent être incomprises par leur formulation ou par le fait qu'il n'est pas possible d'y répondre pour eux. Par ailleurs, certaines questions, même si nous avons une réponse du type « je ne sais pas », pourraient tout de même être intéressantes à prendre en compte comme une réponse en elle-même.

Lors de la phase de test du guide d'entretien, il en est sorti les éléments suivants :

-Les questions d'ordre général concernant le programme « trajet de démarrage » et le diabète ont été comprises.

-Certaines questions, après test du guide, ont été changées de dimension/rubrique car plus adaptées. Par exemple, la question : « De quelle manière est incluse la prévention et la promotion de la santé au sein du programme ? » a été transférée vers « créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire » car la prévention et la promotion de la santé concerne la communauté.

-Lors du test, nous nous sommes rendu compte que de temps à autre, nous avons tendance à poser des questions en orientant ou permettant une réponse fermée par oui ou non. Il faudra donc y être vigilant.

-A la fin de l'entretien avec ce généraliste, nous nous sommes intéressés à la compréhension du guide par ce dernier. Il en ressort qu'il n'a pas éprouvé de grandes difficultés à répondre aux questions posées. Par ailleurs, il a émis le fait que certains médecins généralistes, du fait de leur méconnaissance de ce programme, pourraient rencontrer certaines difficultés à émettre une réponse à certaines questions.

-Lors de la retranscription de ce premier entretien en guise de test, aucune complication n'a été rencontré. L'analyse n'a pas été faite mais comme expliqué plus haut, nous nous sommes rendu compte qu'il fallait pour les prochains entretiens, éviter de poser des questions fermées ou d'orienter pour éviter les biais et garder la nature-même d'un entretien qualitatif.

Avant cette phase de test, nous avons assistés à une formation d'assistants en médecine générale courant du mois de décembre. Nous avons été interpellés par certaines questions ce ceux-ci. Certaines interrogations ont fait l'objet de questionnement qui ont été inclus dans le guide d'entretien pour comprendre par exemple « quelle est la place de la gestion des maladies chroniques comme le diabète dans le cursus de médecine ? ».

2.4. Analyse des données

2.4.1. Au regard du Chronic Care Model élargi

A la suite de la tenue des entretiens semi-dirigés, l'analyse des données a été faite par le biais d'une grille de lecture¹¹ construite sur base du CCM élargi. L'ensemble des dimensions de ce modèle ont été incluses ainsi que les dénominations des 7 généralistes interviewés. Les différents verbatims ont donc été placés dans cette grille pour chaque médecin généraliste et pour chaque dimension du Chronic Care Model élargi afin de procéder à l'analyse. Nous avons attribué un code couleur pour chaque dimension afin de mettre en évidence les aspects qui en découlent.

2.4.2. Les connaissances et rôles des médecins généralistes par rapport au « trajet de démarrage »

Un deuxième angle d'analyse en lien avec les rôles propres du médecin traitant et ses connaissances en matière de suivi du diabète ainsi que la gestion des programmes a été entrepris. Nous avons pour cela utilisé une seconde grille de lecture pour y insérer les verbatims qui

¹¹ Annexe 9 : Grille de lecture des entretiens aux médecins généralistes

concernent les connaissances du généraliste et le rôle de celui-ci. Comme pour la première grille, les dénominations des différents médecins traitants y ont été incluses afin de faciliter notre analyse.

2.4.3. L'implantation du « trajet de démarrage » sur le territoire de Wallonie picarde

Une analyse en rapport avec l'implantation du parcours « trajet de démarrage » en Wallonie Picarde a été entreprise. Comme pour les deux premiers angles d'analyse des données, une troisième grille de lecture a été construite pour les verbatims qui concernent l'implantation et aussi la particularité territoriale de la Wallonie Picarde, cela pour chaque médecin généraliste. A la suite de ces trois axes d'analyse, nous avons pu mettre en évidence certains résultats qui sont développés dans la partie suivante.

3. Résultats

A la suite de la construction du guide d'entretien destiné aux médecins généralistes de la zone de soins 1 (Wallonie Picarde), sept entretiens ont été effectués. Le tableau suivant nous indique la dénomination de chaque médecin, la date et la durée de l'entretien ainsi que leur connaissance de l'existence du programme *trajet de démarrage*. Ceux-ci se sont déroulés sur une période allant du 21 février 2024 au 17 avril 2024. Le choix de ces médecins c'est effectué selon le fait qu'ils aient répondu à notre demande. Pour décrire les profils des différents médecins interrogés, nous pouvons les présenter brièvement dans le tableau suivant.

Tableau 2. Temporalité des entretiens aux médecins généralistes

Nom	MG1	MG2	MG3	MG4	MG5	MG6	MG7
Localité	Mouscron	Bernissart	Chièvres	Péruwelz	Ath	Leuze-en-Hainaut	Tournai
Année d'entrée en exercice	1987	En assistantat	2023	2022	1993	2008	2023
Pratique médicale	En groupe	En groupe	En solo	En groupe	En groupe	En groupe	En solo
Type de contact	Téléphonique	Courriel	Courriel	Courriel	Téléphonique	Courriel	Téléphonique
Date d'interview	21/02/2024	12/03/2024	15/03/2024	20/03/2024	27/03/2024	03/04/2024	17/04/2024
Durée de l'interview en minutes	23,19	18,49	19,26	23,00	29,46	15,27	19,28
Connaissance du programme ?	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI

Nous allons ici, présenter les résultats obtenus sous trois angles d'analyse qui ont déjà été évoqués plus haut dans le point « analyse des données », afin d'apporter des réponses à notre question de recherche qui est : « **Comment implanter et coordonner le « trajet de démarrage » en Wallonie Picarde ? Rôle du médecin traitant.** ».

Pour commencer, nous avons choisi de présenter les résultats au regard du CCM élargi¹² ainsi que ses six dimensions pour les structurer. Cela nous permet d'appréhender la construction d'un parcours de suivi du diabète en regard de ce modèle théorique et d'émettre ensuite des hypothèses sur la présence ou non des aspects de ce modèle dans la conception du « trajet de démarrage ».

Dans un second temps, nous présenterons nos résultats par rapport aux connaissances et rôles des généralistes concernant le nouveau programme « trajet de démarrage ». Le gestionnaire de cette trajectoire de soins est le médecin généraliste et cet angle d'analyse permet de mettre en lumière les connaissances du médecin concernant les programmes de suivi du diabète en Belgique et surtout de son rôle plus spécifique dans ce nouveau programme.

Enfin, nous analyserons ces résultats sous l'angle territorial, spécifique à la Wallonie Picarde et l'implantation du parcours qui nous intéresse au sein de celui-ci. Nous avons déjà abordé les spécificités territoriales de cette zone de soins dans notre cadre théorique. Nous voulons donc avoir des réponses sur l'organisation du parcours de soins par rapport à ses spécificités propres.

3.1. Au regard du Chronic Care Model élargi¹³

3.1.1. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé

3.1.1.1. Les acteurs du programme

Dans le programme « trajet de démarrage », les acteurs énoncés par le premier médecin interrogé sont « *Le médecin généraliste et l'éducateur. Il y aussi, je sais, la diététicienne et le podologue, même si là, je sais jamais trop vers qui envoyer[...] Et puis le pharmacien pour les médicaments, ou qui, éventuellement, l'achat de tigettes.* ». Tous ces acteurs ont également été évoqués par les autres médecins généralistes.

¹² Barr et al., 2003

¹³ Ibid

L'initiation de la prise en charge d'un diabète de type 2 est à imputer au médecin traitant. Un de ceux-ci exerçant sur Bernissart évoque que « *C'est plutôt nous qui nous chargeons un peu de l'éducation et quand ils sont vraiment très déséquilibré, j'essaie de les envoyer chez diabétologue.* » et qu'il est possible de contrôler les « *petits diabètes* » sans l'aide du diabétologue.

3.1.1.2. Un travail multidisciplinaire

L'ensemble des médecins interrogés sont d'accord pour souligner l'importance d'un travail multidisciplinaire dans la prise en charge du diabète. Le médecin de Bernissart énonce que « [...] *c'est un travail pluridisciplinaire.* » et qu'« *On a besoin des paramédicaux, [...]* » et celui de Leuze d'ajouter que pour ce nouveau programme, « *Je crois que le but, c'est quand même que ce soit multidisciplinaire plus vite.* ». Le médecin de Tournai nous interpelle concernant cette multidisciplinarité car étant jeune médecin (« *Moi à termes, j'aimerais bien créer un réseau via ce trajet vous voyez ?* »), il n'a pas encore construit son réseau et trouve difficilement des acteurs pour ce nouveau programme (diététicien, podologue, éducateur en diabétologie). Ce « souci » est également évoqué par d'autres de ses confrères. La notion de multidisciplinarité est donc récurrente à tous les entretiens.

Plusieurs médecins soulignent qu'ils doivent prendre en charge le diabète en première ligne parce que c'est leur rôle mais aussi à cause de l'indisponibilité, du délai d'attente ou manque de spécialistes (« *Les diabétologue, on en a quand même pas beaucoup dans la région, [...]* »). Ils envoient donc chez le diabétologue en dernier recours ou pour des diabètes vraiment déséquilibrés.

3.1.1.3. Une coordination des soins

Certains d'entre eux évoquent l'importance d'avoir une coordination des soins autour de la personne diabétique comme le dit le médecin de Ath : « *Il faut qu'une constellation, du moins des personnes fiables derrière pour le relancer.* » ou encore celui de Tournai qui ajoute l'importance de « *Se coordonner, plutôt entre professionnels de la santé, tout ça, ce serait bien, [...]* ». Le médecin de Mouscron, concernant cette coordination, revient sur le passé et explique qu'« *On aurait dû à la mise en place des réseaux locaux, en créer un ici dans la région et ça n'a jamais été fait [...]* » et qu'il existe une initiative propre à sa commune par le Centre Hospitalier de Mouscron qui « [...] *a mis en place un centre au CSAS avec partenariat avec les mutuelles.* ». Cela a également été relevé par le médecin de Ath qui parle des « [...] *centres de coordination qui auraient dû être mis en place.* ». Les difficultés de coordination sont soulignées

par l'ensemble des généralistes et cela en lien, comme l'évoque le médecin mouscronnois, avec l'inexistence d'un réseau multidisciplinaire local.

3.1.2. Aide à la décision

3.1.2.1. Les informations sur le diabète

Pour permettre le suivi d'une personne vivant avec un diabète de type 2, il existe plusieurs modalités pour rester informé des pratiques médicales. La première source d'information qui est énoncée par l'ensemble des médecins interrogés est l'INAMI qui regroupe l'ensemble des programmes et leur explication sur son site internet. Viennent ensuite, les recommandations de bonne pratique (Evidence Based Medicine) via des « *guidelines* » sur *PubMed* par exemple ou également les formations qui sont organisées via des délégués médicaux et des firmes pharmaceutiques ou des professeurs et autres professionnels qui présentent les nouveautés en matière de thérapeutique ainsi qu'au niveau des suivis. Les généralistes de la région tournaisienne et athoise évoquent des informations qui peuvent être trouvées via les représentations des médecins généralistes par des associations ou les cercles médicaux (SSMG, GLEM). Malgré cela, le médecin leuzois énonce : « *Alors moi, je me souviens même plus trop de mon cours de diabète.* » et d'avoir « *[...] racheté un bouquin sur le diabète parce que je me sentais pas du tout formée correctement.* » pour avoir les informations quant au suivi du diabète.

3.1.2.2. Durant le cursus de médecine générale

Durant les études de médecine, il existe des cours qui sont évoqués par l'ensemble des médecins pour l'aspect physiopathologique du diabète. Des séminaires ou réunions existent lors de leur parcours d'assistant en médecine générale. Par contre, pour l'aspect administratif et la mise en œuvre des programmes en eux-mêmes, il n'existe pas de cours. Le médecin traitant de Tournai dit d'ailleurs, « *[...] je me retrouve pas encore entre convention, convention diabétique et trajet diabétique. J'ai toujours pas exactement la différence.* » et vient de terminer son assistantat. Cela a également été évoqué par deux autres médecins qui sont soit encore en assistantat (Bernissart) ou ayant fini récemment (Chièvres).

3.1.2.3. Les informations sur le « trajet de démarrage »

Par rapport au programme *trajet de démarrage* en lui-même, le médecin de Mouscron a informé de l'existence de celui-ci via un diabétologue ayant participé à la discussion et a été directement « *à la source* ». Pour les autres médecins, l'information a été obtenue de manière variable : via le site de l'INAMI pour le médecin de Bernissart, via aucun canal pour le médecin de Chièvres qui n'en était pas informé, via un courrier ou un infirmier spécialisé pour celui de Péruwelz, via l'e-HealthBox et par un confrère pour celui d'Ath, par un mail pour le médecin de Leuze ou encore par un collègue qui a été à une présentation pour le médecin tournaisien. Le médecin athois souligne qu'« *il faut être attentif, un courrier, [...]* » et qu'« *Au départ, les infos comme d'habitudes ont mal été organisées.* ». Le médecin de Péruwelz exprime que « *[...] s'est parmi tous les courriers qu'on reçoit (rire).* ». Il y a donc de nombreux canaux informationnels pour obtenir des informations précises sur l'ensemble des programmes et en particulier le *trajet de démarrage*.

3.1.3. Système d'information

3.1.3.1. L'utilisation d'un Dossier Médical Informatisé

Au niveau de la centralisation des informations concernant un patient de manière générale ainsi que pour les personnes atteintes d'un diabète, l'unanimité des médecins interrogés utilisent un *dossier médical informatisé* ou « *[...] dossier médical global [...]* » comme le dit le médecin de Bernissart. Ce *dossier médical informatisé* ou DMI, regroupe une multitude d'informations.

D'après le médecin mouscronnois, « *On reçoit de toute façon dans logiciel tous les courriers, les biologies, les résultats de radio, les résultats des spécialistes.* ». L'utilité du DMI est énoncée par le médecin de Bernissart : « *Par exemple, on peut relier que telle visite chez le spécialiste, est liée à son diabète, tel médicament aussi, la prise de sang aussi, maintenant, ça, c'est vraiment au niveau médical.* ».

Le cabinet médical de Péruwelz a une pratique de groupe et a « *[...] un dossier informatisé partagé avec les médecins du cabinet. Autant ceux de Blaton qu'Ici c'est partagé entre tous, et on a accès comme ça aux notes de chacun, en prise de sang de chacun.* ». Notons ici que la pratique de groupe des deux cabinets médicaux est étroitement liée car ils sont de la même « famille », c'est-à-dire que le cabinet de Blaton (Bernissart) a été créé par le père du médecin de Blaton qui exerce sur Péruwelz.

3.1.3.2. L'utilisation des réseaux d'e-santé

Tous les généralistes évoquent le *Réseau Santé Wallon* comme passerelle pour pouvoir lire les résultats d'examens, de biologie ou encore les rapports des spécialistes. Mais ce réseau est aussi utilisé pour y « déposer » des *Sumher* et les schémas de médication comme l'exprime le médecin de Chièvres qui ajoute : « [...] *je pense que, en hôpital, aucun médecin spécialisé ne regarde le Suhmer.* ».

Certains expliquent qu'il est parfois difficile d'obtenir des rapports de spécialistes qui bloquent l'accès au médecin ou au patient ainsi que certaines spécialités qui ne publient pas de rapports et qui seraient utiles dans le cadre du suivi d'un diabète créant une rétention d'information ou une rupture dans la continuité informationnelle.

3.1.4. Autogestion/développement des compétences personnelles

3.1.4.1. L'autogestion de la maladie

Nous avons ainsi interrogé les médecins traitants de Wallonie Picarde sur le rôle que joue le patient dans le programme *Trajet de démarrage*. Pour le médecin de Mouscron, « [...] *c'est lui l'acteur central quand même, s'il fait n'importe quoi, on arrivera à rien.* ». Le généraliste de Chièvres ajoute qu'il doit « *Se prendre en charge lui-même, être conscientisé et de lui-même être proactif, parce que c'est vrai que nous, on doit faire attention à son suivi.* ». Le premier rôle du patient est donc de participer à sa prise en charge et la gestion de son diabète car « *C'est lui qui va devoir prendre contact avec les infirmiers, s'il le souhaite, avec les podologues, etc.* » (MG Bernissart). Certains médecins énoncent également que le patient doit être informé et s'informer sur son diabète comme le dit le généraliste de Leuze, « [...] *le niveau d'éducation du patient.* » fait lien avec ces connaissances et que « [...] *certain patients qui n'ont pas forcément les cartes en main pour vraiment faire attention à leur alimentation, pour faire attention à leurs activités physiques donc des milieux socio-culturels parfois un peu plus défavorisés, [...]* » ont plus de difficultés à avoir une surveillance plus accrue de leur état de santé et d'un diabète.

D'autres médecins expriment l'acceptation et un cheminement de la maladie en apprenant à se connaître par l'adhésion au traitement car « *S'il a envie, ça va. S'il a pas envie c'est perdu d'avance.* » (MG Ath). On indique à de nombreuses reprises et en lien avec cette adhésion la notion de « *compliance du patient* » par rapport à sa prise en charge, son suivi, son traitement et ses habitudes de vie.

La notion d' « obligation » est évoquée par le généraliste du tournaisis. Aussi, il « [...] s'engage quand même à un certain nombre de consultations et à être suivi et à voir un tel, un tel. » et « [...] c'est un contrat, [...] » pour le médecin généraliste leuzois.

3.1.4.2. Les freins à l'autogestion

Nous avons ici développé les rôles qu'il a et qu'il devrait avoir mais les généralistes de la zone de soins 1 (Wallonie Picarde) ont relevés des freins qui induisent chez le diabétique l'arrêt du suivi ou l'inexistence d'un suivi pour le diabète. Par exemple, le médecin de Bernissart nous explique que « *Tout ce qui est contrainte, quand on les envoie faire 45 mille examens différents ou des choses qui sont vraiment compliquées à mettre en place, [...]* » ne facilite pas une attitude active dans la gestion de son diabète. Le médecin traitant de Péruwelz ajoute qu'il y en a même certains « *[...] qui viennent plus faire d'autres contrôles de manière générale, ou qui arrêtent leur traitement de manière générale [...]* ». Les difficultés de compliance peuvent être attribuées par certains généralistes aux capacités intellectuelles et au niveau socio-culturel comme le soulignait plus haut celui de Leuze mais les « gens cérébrés » appelés ainsi par le médecin athois ont « *[...] beaucoup de difficultés se remettre en question.* » et utilisent une « *médecine de luxe* » où il n'y a pas d'efforts à entreprendre de leur part.

Ces résultats permettent d'identifier les rôles du patient dans son suivi :

- Acteur central de sa santé (engagement)
- Compliance au traitement, au suivi (empowerment)
- Acteur de sa prise en charge (action)
- Connaissance de sa maladie (savoir)
- Informations sur son état de santé (proactif)
- Cheminer sa maladie (acceptation).

3.1.5. Construire une politique publique/système de santé

Un autre point d'attention concernant la construction et la mise en place d'un parcours de soin est de comprendre comment et pourquoi a été pensé ce *trajet de démarrage* au niveau du monde politique et du système des soins de santé.

3.1.5.1. Une initiative de l'INAMI

Un bon nombre des médecins interrogés sont d'accord pour dire que ce nouveau programme a été construit et financé par l'INAMI pour prendre en charge plus précocement un diabète de type 2. Le généraliste de Ath évoque d'ailleurs qu' « [...] être plus actif au départ, ça devrait nous permettre de moins prescrire de molécule onéreuse. On va freiner la prescription de molécules onéreuses, puisqu'on aura investi sur les préventions. » dont les remboursements se font par les mutuelles.

3.1.5.2. Les incitants financiers

Le deuxième point abordé par les médecins traitants concernant les décisions du gouvernement sont les incitants financiers qu'ils vont toucher en mettant en route cette trajectoire de soins. Celui de Mouscron évoque même un montant précis « [...] de 24,92 euro, une fois par an [...] » et pour le médecin tournaisien c'est autour des 22 euros même s'il estime qu'il a un devoir moral d'avoir un suivi de sa part. Cette « petite prime » par patient introduit dans ce programme permet selon le médecin péruwelzien de « [...] motiver plus de médecin généraliste à se soucier tout ça et de suivre un peu mieux le diabète. ».

3.1.5.3. Les avantages pour les patients

De plus, ils ont énoncé des avantages pour les patients eux-mêmes dans le cadre des remboursements pour les médicaments et les suivis chez les différents professionnels pouvant être consultés dans ce parcours. D'ailleurs, « [...] le fait que les patients aient des aides aussi supplémentaires. » est souligné par le médecin traitant de Péruwelz et qu'« [...] il n'y a pas vraiment de limite au niveau financier pour la prise en charge actuellement d'un diabète. » pour celui de Chièvres. Certains soulignent un parallèle avec le trajet de soins diabète de type 2 qui est déjà en application et le fait que dans ce cadre déjà existant, il y a déjà des possibilités de remboursements notamment pour les médicaments et les consultations chez les paramédicaux et le spécialiste. Par contre, l'existence de plusieurs programmes induits par le niveau politique est « Un mille-feuille hyper compliqué ! (rire). Non, mais vraiment, c'est hyper compliqué, mais en tout cas, c'est pas clair du tout dans ma tête. Mais ça, je crois que vous l'avez bien compris. » souligne le médecin de Leuze car il y a énormément de règles et modalités qui sont entreprises pour les suivis. Nombre d'entre eux se sentent « perdu » dans le suivi du fait de la multiplicité des règles et des initiatives.

3.1.5.4. Les règles et aspects administratifs du « trajet de démarrage »

En évoquant ces règles et le coté administratif : nous pouvons souligner qu'à part le médecin de Chièvres, ils sont tous au clair par rapport à l'encodage du code de nomenclature qui permet d'induire le suivi en lien avec le programme *trajet de démarrage*. Cependant, il est à indiquer que le coté administratif au niveau de l'encodage ou encore les demandes d'autorisation pour des molécules thérapeutiques ne sont parfois pas facilités. Le médecin de Ath le dit d'ailleurs avec humour : « *Malheureusement, on demande de plus en plus de prendre en charge le diabète de type 2, on s'aperçoit qu'on a plus en plus d'entraves à la possibilité de bien soigner un diabétique de type 2. Si ce n'est avec de l'eau bénite et un vélo (rire).* » et énonce d'ailleurs les ralentissement que certaines mutualités engendre dans ce possible suivi.

3.1.5.5. Le soutien du niveau politique à la médecine générale

Terminons par évoquer le soutien du niveau politique à la médecine générale car il a été évoqué positivement et négativement par les généralistes interrogés. Le côté positif est que « [...] *l'INAMI a fait quelque chose de bien.* » pour le médecin de Bernissart dans l'élaboration de ce programme. A contrario, le sentiment d'absence de soutien aux généralistes revient à de nombreuses reprises : « *A côté de ça, je j'ai pas l'impression d'être vraiment soutenu pour suivre les patients diabétiques.* » nous interpelle le médecin de Péruwelz. Ce manque de soutien est également partagé par le médecin de Leuze : « *Je ne me sens ni suivi, ni par... Je ne sais pas, non, je n'ai pas de soutien particulier.* » et celui de Tournai : « *Rien justement ! Il y a le financement, mais à part ça, [...]* ».

3.1.6. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire

Le programme étant destiné aux personnes diabétiques comme le souligne le médecin péruwelzien : « *Il faut être diabétique pour être dans le trajet de démarrage.* ». De ce fait, nous avons quand même interrogé les généralistes sur les initiatives dans leur commune concernant la promotion de la santé et la prévention.

3.1.6.1. Au niveau « micro »

Au niveau local, le médecin traitant mouscronnois évoque « [...] *la maison de la santé à Mouscron.* » qui prend des initiatives au niveau alimentaire et de l'activité physique de la population générale de la commune. Plusieurs médecins sont d'accord pour dire que la prévention

commence au niveau de l'ONE et de la médecine scolaire. A Leuze, « *Le conseil des aînés fait quand même de temps en temps des petites réunions et des séances d'information sur certains sujets et parfois, ça balaye la santé.* ». Le généraliste de Péruwelz dit : « [...] j'ai jamais vu de campagne pour ça dans Péruwelz. ». Notons que tous les médecins disent que la prévention commence chez eux au cabinet et que certaines familles sont plus à risque d'un diabète et sont suivies de près.

3.1.6.2. Au niveau « méso »

Au niveau des initiatives d'associations ou des structures hospitalières, il existe des dépistages pour la population générale ainsi qu'à certains moments des séances d'information sur le diabète, l'alimentation et l'activité physique. Mais ces initiatives ne sont pas suffisamment nombreuses pour certains généralistes.

3.1.6.3. Au niveau « macro »

Au niveau national, certains médecins traitants expliquent qu'il existe des campagnes de pubs à la télé, dans les journaux et selon le médecin d'Ath, « *Si on veut être efficace, il faut des informations de masse, global, tv, presse ou quelque chose qui touche les gens.* ».

3.2. Les connaissances et rôles des médecins généralistes par rapport au « trajet de démarrage »

Certains points ont déjà pu être développés plus haut au regard du CCM¹⁴ dans le point 3.1.1. : Développer le système de prestation/réorienter les services de santé.

Pour commencer, deux des médecins généralistes (Chièvres et Leuze) qui ont été interrogés ne sont pas au clair avec l'existence de ce parcours nouvellement instauré. Ils nous expliquent les raisons de cette « non-connaissance » du programme. « *Peut-être que, comme je disais, je le connais sous un autre nom et que je peux apprendre ici.* », nous énonce le médecin de Chièvres à ce sujet en profitant de notre présence pour en savoir d'avantage sur le « trajet de démarrage ».

Déjà plus haut, les médecins évoquaient les multiples canaux de diffusion de l'information concernant le programme. A part pour deux des médecins, ils sont d'accord pour souligner le manque de clarté en lien avec la propagation de l'information sur le dit programme et leur

¹⁴ Wagner, 2000; Barr et al., 2003

connaissance sur les parcours déjà existants. Ils ont d'ailleurs de la difficulté à comprendre l'intérêt des multiples possibilités de suivi comme l'évoquait l'un d'entre eux sur la distinction de la *convention*, du « trajet de soins » et maintenant du « trajet de démarrage ». La plupart des généralistes interrogés évoquent le fait qu'ils ont déjà un suivi des personnes diabétiques sans l'existence d'un suivi par un programme.

Certains rôles sont spécifiquement à imputer au médecin traitant dans le suivi et la mise en œuvre du parcours « trajet de démarrage ».

Le premier est celui de gestionnaire du programme précité car c'est lui qui met en route le programme chez un diabétique de type 2 via le code de nomenclature INAMI. Tous les médecins interrogés sont unanimes sur ce rôle.

Le second rôle est d'ordre informationnel, c'est-à-dire qu'il concerne les informations que le médecin connaît par rapport au programme et concerne aussi les renseignements qu'il donne au patient porteur d'un diabète de type 2 sur la possibilité d'un suivi par cette trajectoire de soins.

De plus, la plupart des médecins interviewés jugent que leur rôle vis-à-vis de ce suivi n'est pas un rôle en plus dans leur pratique actuelle du fait qu'ils procèdent déjà de la sorte.

3.3. L'implantation du « trajet de démarrage » sur le territoire de Wallonie Picarde

Un des points d'intérêt des questions posées aux généralistes de Wallonie Picarde est l'enjeu de l'implantation du programme au niveau local. Comment ce programme va être mis en place sur cette partie de la Belgique ?

Parmi les médecins interrogés, cinq d'entre eux nous disent clairement qu'ils n'en ont aucune idée. Seuls les médecins de Mouscron et d'Ath nous révèlent certaines choses qui pourrait expliquer ce manque d'information sur la mise en place du programme. Pour le généraliste mouscronnois, « *On a pas de Réseau Local Multidisciplinaire dans la région.* » et « *On aurait dû à la mise en place des réseaux locaux, en créer un ici dans la région et ça n'a jamais été fait... C'est toujours les mêmes qui font tout.* ». Mais sur Mouscron d'après lui, il y a eu une initiative via l'hôpital : « *On a eu la chance que le docteur O. (diabétologue) était très, très dynamique et qu'il a mis en place un centre au CSAS avec partenariat avec les mutuelles.* » pour structurer la prise en charge. Le médecin de Ath ajoute également qu'« [...] on donne trop de responsabilités, notamment aux cercles qui ont un tas de choses à faire[...] » et que les « [...] CML, il n'y en a pas. » en évoquant « *Les centres de coordination qui auraient dû être mis en place.* » (réseau multidisciplinaire local).

Afin de mettre en place ce nouveau programme dont il n'est pas informé, le médecin traitant de l'entité de Chièvres expriment plusieurs pistes. D'abord inclure la prise en charge des programmes plus rapidement dans les études de médecine. Ensuite, lors de l'assistantat de trois ans, évoquer de manière plus importante les suivis des diabétiques via « [...] les Glem, les formations pendant, toutes nos années de pratiques. ». Le dernier point souligné est la possibilité d' « [...] avoir une ligne de, de référence téléphonique juste pour nous répondre au cas où on oublie, on oublie un élément, ou bien on a une question, [...] ». Par rapport à cette dernière piste, le généraliste de Mouscron nous a fait part d'une centralisation des informations : « C'est vrai que pour les informations, ce serait bien d'avoir un site central de référence ! ».

Dernière piste énoncée par le généraliste mouscronnois concerne les changements possibles au niveau de la première ligne en Wallonie Picarde via le projet « proxisanté »¹⁵. Il est le seul médecin à évoquer cette nouvelle conception des soins en région wallonne.

¹⁵ Décret wallon du 24 avril 2024

4. Discussion

Suite à la construction du cadre théorique et à l'analyse des résultats obtenus via les entretiens entrepris auprès de médecins généralistes de Wallonie picarde dans la partie pratique, certains constats ressortent et permettent d'établir des apprentissages et de proposer des pistes d'amélioration sur le développement des suivis des personnes diabétiques sur le territoire qui nous intéresse. Nous terminerons par établir les limites de ce mémoire en lien avec la méthodologie choisie et le sujet traité.

4.1. Constats

L'analyse des résultats suite aux entretiens auprès des médecins traitants de la Picardie wallonne amène certains constats. Nous avons choisi de les présenter selon les dimensions du Chronic Care Model élargi¹⁶ qui reste ici encore le fil conducteur de ce travail.

4.1.1. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé

- La pratique de médecine générale n'est pas modifiée avec ou sans l'existence de ce nouveau parcours. Le suivi se fait identiquement mais avec un incitant financier pour stimuler le médecin à l'entreprendre et donne des avantages pour le patient.
- La structuration de la prise en charge permet au patient d'avoir accès aux paramédicaux (éducateur en diabétologie, diététicien, podologue) et d'obtenir leur remboursement.
- La conception d'un réseau autour du patient est très souvent évoquée par les généralistes pour faciliter la prise en charge du diabétique. Ainsi, la collaboration entre médecin et paramédicaux est primordiale.
- En lien avec ce réseau, il est parfois difficile pour un « jeune » médecin au décours de ses études d'en avoir un.

¹⁶ Barr et al., 2003

- L'absence d'organisation centralisant les demandes d'informations ainsi que les acteurs des programmes de suivi du diabète et leur articulation ne facilite pas la création de ce réseau. Cela est en lien avec la particularité territoriale de la Wallonie picarde.

4.1.2. Aide à la décision

- La distinction entre les différents types de suivi d'une personne vivant avec un diabète de type 2 en Belgique n'est pas claire, ce qui entraîne une confusion dans le chef du médecin généraliste.
- La formation lors des études de médecine générale est axée vers la physiopathologie et peu vers le côté administratif. Cela est effectué durant l'assistanat et selon les « affinités » du maître de stage. Il n'y a donc pas de cours concernant la mise en route des suivis des diabétiques entrant dans un programme de soins.

4.1.3. Système d'information

- Quelques médecins mélangent les canaux d'informations et ne sont pas au clair avec ces derniers. C'est-à-dire qu'ils ne connaissent pas l'ensemble du réseau d'information au niveau belge. Il y a une confusion des termes techniques et des institutions.
- La « non-connaissance » du programme à proprement parler est présente pour certains. Malgré les possibilités d'obtenir les informations, certains n'ont pas été informés ou n'ont pas pris l'initiative de s'informer sur le « trajet de démarrage ».

4.1.4. Autogestion/développement des compétences personnelles

- L'ensemble des médecins interrogés sont unanimes pour signifier le rôle central du patient dans la prise en charge de son diabète concernant ce nouveau parcours de soins.
- Le programme a pour but de favoriser l'« empowerment ».
- Le programme a pour but de faciliter l'accès aux soins et à des avantages en matière de suivi pour le diabétique.

4.1.5. Construire une politique publique/système de santé

- Le manque de soutien du niveau politique revient de nombreuses fois dans les entrevues malgré l'aide financière. L'incitant est souligné mais l'aide administrative est pour certains inexistante.
- Les modalités de financement des programmes ne sont pas claires et connues de tous les médecins.
- Les freins d'ordre administratif sont à souligner. Nombre de médecins interrogés ont évoqués les difficultés en lien avec les accords des organismes assureurs et les démarches administratives pour le suivi d'un diabétique qui sont jugées lourdes.

4.1.6. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire

- Les aspects de prévention et de promotion de la santé sur le bassin de vie des médecins traitants sont méconnus. Les initiatives sont variables d'une commune à l'autre en ce qui concerne la population générale ne présentant pas de diabète.
- Les initiatives au niveau des régions et du niveau fédéral sont comme pour le niveau local, moins connues de la part des médecins généralistes.
- Le programme « trajet de démarrage » n'inclut pas la population générale d'un territoire.

4.2. Apprentissages

A la suite de la conception du cadre théorique et de l'analyse des entretiens, il ressort certains apprentissages.

4.2.1. Le « trajet de démarrage » et le Chronic Care Model¹⁷

Le premier élément concerne la structuration et la réflexion autour de la conception d'un programme de suivi d'un diabète sur le territoire belge. Le CCM élargi permet d'appréhender et de ne pas omettre certaines dimensions d'un programme de suivi d'une maladie chronique (Barr et al., 2003). En l'occurrence et dans ce cas-ci du suivi du diabète de type 2 plus précisément. Il a été précédemment utilisé dans la structuration d'un autre parcours de soins belge, le « trajet de soins » (Belche et al., 2015 ; De Brouckère et al., 2017). Également, ce modèle a permis au KCE (2016) de classer des interventions de prise en charge et ainsi de dégager certaines modalités de prise en charge du diabète à des fins d'amélioration de la qualité des soins.

Certaines de ses dimensions sont prédominantes et ont été à notre sens « plus » réfléchies que d'autres. Quand nous avons interrogés les médecins traitants vis-à-vis du parcours de soins en lui-même, nous nous sommes aperçu que certains aspects leur étaient étrangers. Les modalités de financement ainsi que les politiques de santé sont par exemple peu connues des principaux intéressés car trop technique pour eux. Au contraire, les aspects qui concernent le patient et son rôle ainsi que le travail en équipe (pluridisciplinaire) et la création d'un réseau autour du patient sont indispensables et connus. Si nous reprenons les différentes dimensions, nous pouvons émettre certaines critiques par rapport au « trajet de démarrage » et la manière dont il a été conçu au regard du CCM.

L'aspect de l'« autogestion » est central car le patient est l'acteur de son suivi dans le TDD¹⁸ et une part importante à l'« empowerment » est présente. Ceci est d'ailleurs soulevé par l'ensemble des généralistes rencontrés.

L'« aide à la décision » n'est pas connue parce que certaines entrevues ont permis de mettre en lumière l'existence de canaux d'information divers et parfois même la « non-connaissance » du parcours de soins. Les médecins généralistes utilisent de nombreux outils pour trouver les recommandations de bonne pratique sur le diabète en général et il n'y a pas

¹⁷ Wagner, 2000 ; Barr et al., 2003

¹⁸ Trajet de démarrage

d'uniformisation connue par rapport à ces informations. De plus, ils n'ont pas le même DMI¹⁹ et ont des fournisseurs divers, ce qui amène à une multiplicité des pratiques en matière de gestion administrative du volet numérique de la santé.

En ce qui concerne le « système d'information », cela rejoint le point précédent avec la possibilité future d'extraire les données pour une étude ou une évaluation du TDD par exemple. Selon les médecins interrogés, le fait d'entrer le code de nomenclature quand ils démarrent le programme chez un diabétique aurait un intérêt de ce type et dans un but d'améliorer la qualité du parcours et des soins prodigués aux diabétiques de type 2.

Le volet « système de prestation » est présent dans le « trajet de démarrage » par les incitants financiers perçus par les généralistes mais absent par la méconnaissance du réseau de prestataire inclus dans le cadre du suivi. Ces éléments rejoignent le « système de santé » par l'incitant malgré le manque de soutien du niveau politique qui est relevé par l'ensemble des médecins. Pourtant le groupe de travail « trajet de démarrage » au sein de l'INAMI était représenté par des cercles de médecine générale pour les décisions concernant les modalités du programme.

D'autres aspects du Chronic Care Model élargi (Barr et al., 2003) ne sont pas inclus dans la conception du « trajet de démarrage » comme la prévention et la promotion de la santé à la population générale par exemple. Cela veut dire qu'il cible la personne vivant avec le diabète et non les personnes qui pourraient être à risque de présenter celui-ci à un moment de leur vie ou encore la population générale.

4.2.2. Le parallèle avec les autres parcours en Belgique

Si nous faisons un parallèle entre le « trajet de démarrage » et l'ensemble des parcours de soins qui sont existants en Belgique, nous pouvons comprendre que la « convention d'autogestion » exclue les patients qui ne sont pas sous insuline et dont le suivi se fait dans la totalité à l'hôpital (Fond-Harmant, 2011 ; De Brouckère et al., 2017 ; INAMI, 2023). Le « trajet de soins » n'inclut pas les diabétiques de type 1 et exclut certains diabétiques de type 2 par ses critères d'inclusion et dont le suivi se fait principalement en extrahospitalier par le médecin généraliste avec appui du spécialiste (De Brouckère et al., 2017 ; INAMI, 2023).

¹⁹ Dossier Médical Informatisé

Cela a donc conduit les autorités belges à créer un programme en remplacement du « pré-trajet » avec abolition des critères pour permettre de prendre en charge les diabétiques de type 2 qui représentent 90 % des diabètes et qui ne sont pas suivis par les programmes précédemment cités. Le « trajet de démarrage » est de ce fait géré entièrement par le médecin traitant pour les personnes diabétiques n'entrant pas dans les autres parcours et entièrement par la première ligne de soins et les paramédicaux (INAMI, 2024).

4.2.3. Le financement du « trajet de démarrage »

Le financement du TDD peut être compris de la manière suivante. La décision de modifier une trajectoire de soins déjà présente a été émise par le niveau fédéral. Un groupe de travail au sein de l'INAMI a été créé avec des représentants du niveau politique, de médecine générale, des spécialistes, des associations de patients et autres professionnels (Belgian Diabetes Forum, 2023).

De ce fait, le médecin généraliste utilise le code de nomenclature INAMI pour démarrer le suivi et recevoir l'incitant financier. Permettant au patient porteur d'un diabète de type 2, d'obtenir des avantages en rapport à son éducation au diabète dans son suivi par la gratuité de certaines des prestations comme l'éducateur en diabétologie, le volet diététique, les soins de podologie ou les soins dentaires par l'intervention de l'organisme assureur.

L'organisation du programme en lui-même au niveau politique est orientée extrahospitalière (INAMI, 2024). C'est-à-dire que la gestion est intégralement du chef des généralistes. Certains questionnements sont présents au niveau régional : comment le programme qui a été pensé au niveau fédéral (macro) va être mis en œuvre au niveau des régions (mésos) ?

Nous allons évoquer une particularité qui concerne un autre parcours, le « trajet de soins » et le lien avec le territoire qui nous intéresse, la Wallonie picarde. Nous avons constaté que les RLM sont inexistantes sur ce territoire mais existent sur d'autres en Wallonie. Ils ont été mis en place pour coordonner la prise en charge du diabète de type 2 par un financement via les cercles de médecine générale avec des dotations de l'AVIQ (De Brouckère et al., 2017 ; Coordinatrice RLM AVIQ, entretien personnel, 18 octobre 2023). Nous ne savons pas actuellement comment va être coordonné et inclut le TDD sur la Wallonie et en particulier en Wallonie picarde. Nous allons développer plus loin certaines pistes par rapport à cet aspect qui nous questionne.

4.2.4. Le « trajet de démarrage » et prise en charge du diabète dans le monde

Nous avons ici effectué un focus au niveau du territoire belge. D'autres pays ont inclus la prise en charge des personnes diabétiques dans leurs politiques de santé. Si nous comparons les initiatives des pays voisins avec celle du « trajet de démarrage », certaines similarités et différences sont intéressantes à noter.

Si nous abordons les pays limitrophes, le TDD se rapproche d'une initiative française, le projet « Sophia ». Dans ce-dernier, il y a une rémunération du médecin traitant pour sa participation. Les aspects de prévention et promotion de la santé sont primordiaux dans ce programme et orientés vers les personnes à risque. Alors que le parcours qui fait l'objet de notre intérêt est particulièrement centré vers l'éducation d'une personne diagnostiquée diabétique. En France, il existe également des « réseaux diabète » au niveau des régions et des centres hospitaliers qui regroupent des professionnels ainsi que des patients et des associations. Ils couvrent l'entièreté du territoire français (Fond-Harmant, 2011). Nous nous demandons alors si ces derniers n'ont pas une similarité avec les RLM²⁰ et les futures OLS²¹ au niveau wallon dans la structuration de la prise en charge. Les aspects de prévention et de promotion de la santé sont prévus à ce niveau « méso » (Décret wallon du 24 avril 2024).

Un autre de nos pays frontaliers, les Pays-Bas qui est le pays « référence » dans le suivi du diabète présente un programme qui reprend trois aspects (Burgers et al., 2002 ; Fond-Harmant, 2011) : la prévention, la promotion et l'éducation thérapeutique avec une prise en charge psychosociale par la première ligne de soins. Le TDD belge ne prend en compte qu'une seule de ces dimensions et est focalisé sur l'éducation thérapeutique sans point d'intérêt sur le psychosocial qui devrait être alloué au généraliste (INAMI, 2024).

Le dernier pays attenant à la Belgique qui est l'Allemagne, apporte un suivi structuré au niveau régional (méso) (Joos et al., 2005 ; Hein et al., 2008 ; Szecsenyi et al., 2008 ; Fond-Harmant, 2011). En comparaison, le « trajet de démarrage » se focalise principalement sur le suivi par le médecin traitant et la première ligne (micro) (INAMI, 2024).

²⁰ Réseau Local Multidisciplinaire

²¹ Organisation Locorégionale de Santé

Le pays voisin du territoire allemand qui est l'Autriche s'oriente plutôt sur l'aspect des données probantes par des groupes de travail (Austrian Diabetes Plan, 2005). Cela attire la prise en charge sur un aspect du CCM par exemple. La similarité avec le TDD est l'utilisation probable des données extraites à des fins d'évaluation et de recommandations.

Au Royaume-Uni, l'aspect préventif est dominant avec un point d'attention sur les données probantes. Ce qui est différent est l'inclusion des patients dans les décisions et l'évaluation (Fond-Harmant, 2011). Il revient aussi que le soutien psychosocial est entrepris par le médecin traitant, ce qui rejoint le rôle de ce dernier dans le « trajet de démarrage » en Belgique.

Le dernier pays qui est lui plus éloigné territorialement est le Canada. Nous avons évoqué de nombreuses fois auparavant le Chronic Care Model et la version traduite et élargie (Wagner, 2000 ; Barr et al., 2003 ; Clément et al., 2013). Celle-ci est le fruit des actions existantes au niveau canadien. De nombreuses dimensions du modèle s'y retrouve comme la prévention et la promotion de la santé avec les soins à la population générale ainsi que les personnes à risque (Fond-Harmant, 2011). Le TDD permet une prise en charge moins large en rapport au parcours au niveau du Canada. Il est néanmoins similaire concernant l'enregistrement des données pour permettre une potentielle évaluation.

4..2.5. La dimension « programme » dans un territoire

L'ensemble de ces similarités et différences présentes entre les différents pays utilisant des programmes pour le suivi des personnes porteuses d'un diabète, nous amène à nous interroger sur la manière dont il est possible de mettre en œuvre les parcours de suivi des maladies chroniques comme le diabète au sein d'un territoire ou d'une zone de soins particulière.

En lien avec le territoire d'intérêt de ce mémoire qu'est la Wallonie picarde, nous comprenons que l'organisation n'est pas identique aux autres zones de soins de Wallonie étroitement liée à l'inexistence des réseaux multidisciplinaires locaux déjà en place pour le « trajet de soins diabète de type 2 » (Coordinatrice RLM AVIQ, entretien personnel, 18 octobre 2023). Ce RML permet d'organiser et coordonner la prise en charge du diabétique dans son suivi et d'avoir un organe de référence pour les médecins traitants, les spécialistes, les infirmiers et autres paramédicaux gravitant autour du patient dans ce type de prise en charge (De Brouckère et al., 2017). Le fait que cela fait défaut sur ce bassin de soins structure différemment la prise en charge.

Effectivement, avec notre expérience personnelle en tant qu'éducateur en diabétologie, nous nous sommes organisés d'une manière différente pour ce parcours. Par exemple, en tant qu'éducateur en diabétologie nous faisons partis de structures de première ligne (soins à domicile) et effectuons nos consultations au domicile du patient la plupart du temps et prenons en charge la planification des rendez-vous. Nous avons créé notre réseau par une initiative propre et collaborons entre infirmiers. Cela concerne le « trajet de soins » mais pourrait servir pour la coordination future du « trajet de démarrage ».

Par rapport au « trajet de démarrage » et son implantation en Picardie wallonne, il est important de rappeler que ce parcours est destiné aux diabétiques de type 2 particulièrement. Au sein d'une zone géographique, cette population particulière via ce suivi est à considérer sans omettre la population générale. De ce fait, le programme est coordonné par le médecin traitant dans son ensemble avec un appui des infirmiers et autres paramédicaux qui sont spécialisés et dédiés à la prise en charge (INAMI, 2024).

Comme le « trajet de soins », la mise en place doit être entreprise de la même manière. A savoir par le généraliste qui l'initie et ensuite par la première ligne de soins pour le volet éducatif. Le « parcours » reste donc « centré personne ». La définition de cette organisation va être développée plus loin avec le projet « ProxiSanté » concernant les pistes d'organisation du programme sur un territoire défini (Décret wallon du 24 avril 2024).

4.2.6. Le rôle du médecin traitant

A la suite de l'analyse des résultats, il apparaît que les médecins informés sur le sujet qu'est le « trajet de démarrage » sont plus à même d'appréhender leur rôle concernant ce programme. Nous avons pu constater que s'ils sont bien informés des réglementations et de la marche à suivre sur la mise en route de celui-ci, ils identifient plus clairement leur rôle. Malgré cela, le programme n'a pas d'impact sur leur pratique concernant la prise en charge d'un patient diabétique. Il permet de cadrer la trajectoire de soins et d'obtenir des avantages financiers pour lui et pour le patient. Les pratiques médicales n'auraient donc pas de différence avec ou sans programme concernant leur rôle-propre.

De plus, il apparaît qu'en lien avec le rôle du médecin traitant qui est central dans l'articulation du « trajet de démarrage », le cursus de médecine est focalisé principalement sur le physiopathologique et moins sur l'aspect administratif. Durant celui-ci, les étudiants en médecine n'ont pas de formation centrée sur la prise en charge des maladies chroniques via un programme

comme ceux du diabète par exemple. Cela se fait au moment de l'assistanat en médecine générale et est « maître de stage dépendant » et de ce fait, selon les connaissances et l'implication de celui-ci dans la mise en œuvre des programmes de suivi du diabète. On demande donc d'être gestionnaire d'un parcours de soins dont on a pas toutes les « armes » pour le mener à bien.

Nous avons détaillé dans le cadre théorique l'ensemble des programmes qui sont en vigueur en Belgique avec également ce nouveau parcours de soins. Par rapport à cela, nous avons passé de nombreuses heures à expliciter chacun d'eux pour mieux comprendre le fonctionnement de chacun d'entre eux. Nous voulons que ce travail d'état des lieux serve d'éclaircissement aux médecins traitant souvent sollicités dans ce suivi et leur permettre d'appréhender plus clairement leur rôle dans l'accompagnement de la personne diabétique.

4.2.7. Apports personnels

Nous pouvons évoquer certains apprentissages qui sont personnels dans la construction de ce mémoire. Nous avons lors de la mise en route de celui-ci, utilisé un esprit de synthèse pour structurer les informations dans la partie théorique, ce qui n'a pas toujours été aisé du fait de la multitude des programmes existants et des particularités territoriales de la Belgique ainsi que des autres pays de comparaison.

En ce qui concerne la mise en œuvre des entretiens et après certains contacts avec le SISD et les cercles médicaux du secteur d'intérêt, nous aurions eu un capital plus important en personnes « ressources » pour la diffusion de l'information et des demandes d'entretiens. A la suite des entretiens, nous nous sommes rendu compte que la diffusion de l'information posait problème et avons donc pris l'initiative d'une rencontre avec la coordinatrice du SISD de Wallonie picarde pour trouver un moyen de diffusion de l'information au sujet du « trajet de démarrage » aux médecins traitants du secteur et d'établir un cadastre des infirmiers (éducateurs en diabétologie) exerçants par commune afin de faciliter le travail de réseau. Ce travail est en cours à ce jour.

4.3. Pistes

A la suite de l'analyse des données et de la structuration des résultats, nous pouvons émettre certaines pistes en lien avec le Chronic Care Model ainsi que pour les rôles du médecin traitant concernant le programme « trajet de démarrage » et de son implantation en Wallonie picarde.

Les modalités de conception du parcours de soins prennent en compte les dimensions du CCM mais certaines d'entre elles sont plus dominantes que d'autres. Par exemple, l'« autogestion » du diabète est très présente et également le « développement des systèmes de prestation » par la collaboration des différents intervenants du programme. Le fait qu'il soit nouveau dans la prise en charge montre qu'il est difficile pour les principaux gestionnaire d'avoir suffisamment de recul sur la manière dont a été pensé le programme. Il serait donc intéressant de prévoir une évaluation du programme par rapport à l'utilisation par les médecins généralistes. Cela pourrait s'effectuer en collectant les données d'entrée des codes de nomenclature INAMI lors de la mise en place du « trajet de démarrage » chez un patient diabétique de type 2. S'intéresser à l'utilisation du parcours permettrait d'avoir des pistes d'amélioration notamment concernant l'« aide à la décision » et les réorientations nécessaires le cas échéant.

Le deuxième élément à souligner et en lien avec le point précédent concerne la satisfaction du patient. Nous avons constaté qu'il a un rôle crucial dans sa prise en charge et doit favoriser son « autogestion ». Pour cela, il est nécessaire de questionner son expérience suite à la mise en œuvre du « trajet de démarrage ». Permettant ainsi d'avoir un feed-back et d'améliorer la prise en charge. Est-il satisfait de sa prise en charge ? Pense-t-il qu'il y aurait des choses à améliorer pour faciliter sa prise en charge ?

De plus, certains généralistes ont souligné l'existence d'un nombre important de moyens de suivi d'un diabète sur le sol belge. Une réflexion peut être entreprise vis-à-vis du bien-fondé de l'existence de cette multitude de modalités de suivi. Est-il vraiment nécessaire d'avoir autant de programmes pour suivre un diabète ? Ne serait-il pas possible de suivre un diabétique au sein d'un programme commun ?

Ensuite, vient le rôle du médecin traitant qui est le gestionnaire de certains programmes. Nous l'avons souligné à des nombreuses reprises, le côté administratif de la tenue et du suivi du diabète est peu abordé durant le cursus de médecine et aussi durant l'assistantat de médecine générale. Ne serait-il pas intéressant d'inclure cet aspect dans les cours de médecine générale ? Ne faut-il pas former les maîtres de stage à cette prise en charge ?

Nous pouvons également évoquer les connaissances des médecins par rapport aux modalités de financement des parcours de soins. Ils ne sont pas toujours très au clair du mode de fonctionnement et des avantages que cela peut leur procurer. Comme l'aspect administratif, faut-il aborder ce point pendant les études ?

Afin d'apporter des solutions, une initiative locale a été entreprise au niveau de Mouscron via son centre hospitalier en créant un centre d'expertise en diabétologie et cardiologie, le CSAS²². Il permet d'accueillir les diabétiques suivi par l'hôpital en « trajet de soins » et permettre des consultations chez les infirmiers dans le cadre de ce suivi. Ces infirmiers et infirmières sont les mêmes qu'évoqués plus haut et font donc partis de la première ligne via les services de soins à domicile existants sur la Wallonie picarde. Actuellement, nous avons commencé à voir les personnes en « trajet de démarrage » dans ce lieu pour les consultations incluses dans ce parcours.

Pour terminer, au niveau de la région wallonne, il existe des modifications du fonctionnement de la première ligne de soins qui sont en cours. Le projet « ProxiSanté » dont le décret vient d'être publié va modifier la structuration des soins apportés en extrahospitalier (Décret wallon du 24 avril 2024). Nous avons évoqué la particularité territoriale de la Wallonie picarde en lien avec la gestion actuelle des « trajets de soins diabète de type 2 », du fait de l'inexistence d'un réseau multidisciplinaire local (Coordinatrice RLM AVIQ, entretien personnel, 18 octobre 2023). Seul zone de soins à ne pas en posséder en Wallonie, la zone de soins qui nous intéresse pourrait être structurée différemment à l'avenir.

Les soucis d'ordre informationnel, administratif ou encore de coordination concernant le suivi des maladies chroniques dont le diabète pourraient être facilités par la mise en place d'une OLS²³ qui aura pour rôle de coordonner les parcours de soins et d'être l'organe de référence pour le système d'information (Décret wallon du 24 avril 2024). En rapport à cela, les médecins que nous avons interrogés ont souligné à plusieurs reprises les difficultés de collaboration entre les professionnels parce que le réseau est soit inexistant ou soit difficile à construire de soi-même. Cette entité serait alors l'acteur central pour pouvoir construire ce réseau et le développer.

Bien sûr, le rôle serait de coordonner à un niveau « méso » des soins pour connecter les acteurs ensemble. La prise en charge pourrait être confiée à la première ligne de soins qui fait déjà le job actuellement dans le suivi au niveau « micro ». Il s'agit ici d'inclure la vision « parcours de soins » en tenant compte de la vision « population » et « patient ». Comment prendre en charge des personnes « particulières » atteintes d'une maladie chronique au sein d'une population et en tenant compte de tous les individus de la communauté ?

²² Centre de Soins Ambulatoires Spécialisés

²³ Organisation Locorégionale de Santé

Cette nouvelle conception des soins de première ligne va donc modifier la manière de concevoir la prise en charge sur le territoire wallon et donc l'inclusion des programmes de suivi du diabète mais aussi, la manière de les coordonner. Ces trajectoires de soins sont développées au niveau fédéral (macro) et doivent être intégrées au niveau de la Wallonie via les OLS du bassin de soins (méso) et utilisées par la première ligne à savoir les médecins généralistes et paramédicaux pour la population du bassin de vie (micro). Le projet permettrait alors de faciliter la coordination des soins dans le cadre du diabète et d'améliorer le travail en réseau autour de la gestion des programmes « diabète ».

4.4. Limites

Nous devons tout d'abord évoquer certaines limites en lien avec l'échantillon et la méthodologie que nous avons choisi.

Effectivement, nous avons eu comme objectif de balayer l'ensemble de la zone de soins qui nous intéresse mais cela n'a pas été possible du fait de l'absence de réponse dans certaines communes de la part de médecins ou groupements. Nous avons à plusieurs reprises relancé, par des appels téléphoniques ou courriels sans réponse. De ce fait, nous avons un échantillon de sept généralistes qui apporte certaines pistes de réflexion mais n'est pas totalement représentatif de l'ensemble du territoire. Au départ, nous avions dans l'optique d'avoir au minimum dix médecins pour couvrir l'ensemble de la Wallonie picarde. Notre objectif a donc dû être revu à la baisse par manque de réponse.

Une autre limite concerne le choix des personnes interviewées. Nous avions pour but, d'interroger des médecins qui avaient connaissance de l'existence du « trajet de démarrage ». Cela n'a pas été le cas pour deux des médecins interrogés malgré une demande spécifiée dans le mail qui leur a été envoyé. Ils ont acceptés de nous rencontrer malgré la demande préalable d'être informé de l'existence du programme pour être justement informés par nos soins. Notons que la notion de « non-connaissance » du programme a permis d'obtenir des pistes par rapport à celle-ci et de comprendre pourquoi ces généralistes n'étaient pas informés de l'entrée en vigueur du parcours de soins.

La durée des entretiens est aussi à noter comme une contrainte. Certains d'entre eux ont été entrepris entre deux consultations. De ce fait, ils ont une durée variant de 15 à 30 minutes et limitent donc le matériau obtenu grâce à eux. Cette limite rejoint le point précédent du fait que l'entretien des médecins qui n'avaient pas connaissance du programme fût plus court que les autres.

La connaissance de la structuration et du fonctionnement de la zone de soins qui nous intéresse est aussi un frein concernant les généralistes. Cela a limité les réponses concernant l'implantation du « trajet de démarrage » en Wallonie picarde et le rôle qu'ils ont dans sa mise en œuvre. Ce sont souvent ces questions qui ont eu des réponses les plus courtes ou du type « je ne sais pas ». Il a été dès lors, plus difficile de développer ces points-là dans la partie « résultats ».

La dernière limite à évoquer est la « jeunesse » de la trajectoire de soins mise en place au 1^e janvier 2024. Nous avons, nous même, dû prendre connaissance de l'existence du « trajet de démarrage » et de son développement. Ainsi, le recul le concernant n'est pas important et certains éléments de réponse avec l'expérience en l'appréhendant pourront être plus exhaustifs à l'avenir.

Conclusion et perspectives

Le premier enseignement en lien avec la partie théorique de ce mémoire est qu'il existe un modèle théorique qui permet de prendre en compte l'ensemble des dimensions lors de la conception d'un programme d'une maladie chronique, le Chronic Care Model de Wagner (2000). Des parallèles entre ce modèle dans sa conception élargie de Barr et al. (2003) et les programmes belges sont possibles. Un nouveau programme, le « trajet de démarrage » est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2024 s'ajoutant aux autres modalités déjà existantes (INAMI, 2024). D'autres pays ont également émis des possibilités de suivi du diabète avec des similarités et différences par rapport au système belge (Fond-Harmant, 2011). L'intérêt était donc de comprendre comment parmi l'ensemble des parcours, le « trajet de démarrage » pourrait être coordonné et implanté sur la Wallonie picarde et de questionner le rôle du médecin traitant qui en est l'instigateur.

Le modèle des soins chroniques est donc un point d'encrage pour permettre une conception des parcours de soins qui concerne une maladie chronique, dans notre cas le diabète de type 2 par le « trajet de démarrage » (INAMI, 2024). Il avait déjà été utilisé pour la conception du « trajet de soins diabète de type 2 » pour permettre une prise en charge globale de l'individu (Belche et al., 2015). Nous avons émis des hypothèses sur son utilisation possible lors des discussions pour la conception de notre programme d'intérêt. Des entrevues que nous avons eues avec les médecins généralistes grâce au guide d'entretien conçu en parallèle de ce modèle de soins, nous avons pu apporter certaines réponses à ces hypothèses. Il a également permis de structurer notre travail comme un fil-conducteur.

En ce qui concerne le rôle du médecin traitant dans la coordination du « trajet de démarrage », un travail d'ordre informationnel est à poursuivre pour permettre à un plus grand nombre de généralistes d'être au clair au sujet des suivis des diabétiques sur le territoire belge mais particulièrement du programme qui nous a intéressé tout au long de ce travail. Des initiatives en ce sens sont en cours au niveau de la Wallonie picarde.

Évoquons les modifications des soins de santé primaires et de la première ligne de soins. Le décret concernant ces derniers a été approuvé ce 24 avril 2024 par le parlement wallon. En découle « ProxiSanté » et les changements organisationnels en rapport aux programmes de soins et ici, les suivis des personnes diabétiques. Des groupes de travail au sein de l'AVIQ sont en cours pour trouver les modalités organisationnelles à prendre en considération sur les territoires au niveau wallon. Comment vont alors être inclus les parcours de soins spécifiques aux maladies

chroniques dans ce cadre ? Un travail devra donc être effectué pour que les dimensions qui concernent le patient lui-même et la communauté à risque ou n'ayant pas d'affection chronique soient considérés que ce soit par la prévention ou la promotion à la santé.

Une autre réflexion concerne le patient diabétique et son autogestion qui a été évoquée maintes fois. Nous entendons régulièrement la notion de « patient-partenaire » et pourrait être une piste dans conception de la prise en charge du diabète au niveau local (Pétre et al., 2020). Nous ne savons pas à l'heure actuelle si ces derniers font partis des parties prenantes lors des discussions pour l'implantation de « ProxiSanté » au niveau wallon et dans notre cas, des parcours qui les concernent. Il serait intéressant de les inclure dans les discussions pour être au plus proches de leurs besoins et buts social-santé.

Au niveau personnel, ce travail a apporté des perspectives au sens professionnel du terme. Travaillant dans les parcours de suivi des personnes diabétiques et suivant déjà de nombreuses personnes qui vivent avec un diabète au quotidien, nous sommes au plus proche des besoins et interrogations de celles-ci. La conception des trajectoires de soins se fait le plus souvent dans des « sphères » plus « macro » ou « méso » des soins de santé et rejoignant le point précédent concernant les patients et leur rôle dans la mise en œuvre des programmes, il serait intéressant de questionner l'expertise des professionnels dans le milieu de vie et au plus proche des diabétiques avec les particularités spécifiques du territoire d'intérêt.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2001, novembre 25). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé* [Événements]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
- Austin, B., Wagner, E., Hindmarsh, M., & Davis, C. (2000). Elements of Effective Chronic Care : A Model for Optimizing Outcomes for the Chronically Ill. *Epilepsy & Behavior*, 1(4), S15-S20. <https://doi.org/10.1006/ebbeh.2000.0105>
- AVIQ (2023). *Plan de prévention et de promotion de la santé en Wallonie* [PDF]. <https://www.aviq.be/sites/default/files/2021-10/Plan%20Horizon%2030%20partie%201-FICH.pdf>
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>
- Belche, J.-L., Berrewaerts, M.-A., Ketterer, F., Henrard, G., Vanmeerbeek, M., & Giet, D. (2015). De la maladie chronique à la multimorbidité : Quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *La Presse Médicale*, 44(11), 1146-1154. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.016>
- Belgium: Country Health Profile 2017. (2017). OECD Publishing; European Observatory on Health Systems and Policies.
- Boren, S. A., Puchbauer, A. M., & Williams, F. (2009). Computerized prompting and feedback of diabetes care: A review of the literature. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(4), 944-950. <https://doi.org/10.1177/193229680900300442>
- Brusano (2023). *Systèmes de prise en charge du diabète de type 2* [PDF]. https://www.brusano.brussels/layout/uploads/2023/03/Focus03F_Diabete.pdf

Buret, L., Duchesnes, C., & Giet, D. (2016). *Coordination de soins en première ligne : Et Mme Dupont ?*

Burgers, J. S., Bailey, J. V., Klazinga, N. S., Van Der Bij, A. K., Grol, R., Feder, G., & for the AGREE Collaboration. (2002). Inside Guidelines. *Diabetes Care*, 25(11), 1933-1939.
<https://doi.org/10.2337/diacare.25.11.1933>

Cargnello-Charles, E., & Franchistéguy-Couloume, I. (2020). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? : *Gestion 2000*, Volume 36(3), 69-89.
<https://doi.org/10.3917/g2000.363.0069>

Centre de Soins Ambulatoires Spécialisés. (s. d.). Centre Hospitalier de Mouscron. Consulté 14 juillet 2024, à l'adresse <https://www.chmouscron.be/CSAS>

Clement, M., Harvey, B., Rabi, D. M., Roscoe, R. S., & Sherifali, D. (2013). Organisation des soins du diabète. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S381-S387.
<https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2013.07.034>

Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28:75–85

Cours des comptes. Cahier 2017 relatif à la sécurité sociale. Gestions globales et institutions publiques de sécurité sociale. Bruxelles : Cours des comptes ; 2017.

De Belvis, A. G., Pelone, F., Biasco, A., Ricciardi, W., & Volpe, M. (2009). Can primary care professionals' adherence to Evidence Based Medicine tools improve quality of care in Type 2 diabetes mellitus? A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 85(2), 119-131. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.05.007>

Deakin, T. A., McShane, C. E., Cade, J. E., & Williams, R. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD003417.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003417.pub2>

De Brouckère, V. (2017). Les trajets de soin diabète et la convention diabétique en 2017. *Rev Med Brux*.

De Ridder, R. (2020). *Au chevet de nos soins de santé Comment les améliorer sensiblement ?* Mardaga.

Devos, C. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019* [PDF].

Diabète. (s. d.). Consulté 19 octobre 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Diabète débutant : Les avantages d'un Trajet de démarrage pour les patients diabétiques de type 2 | INAMI. (s. d.). Consulté 12 juillet 2024, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/diabete-debutant-les-avantages-d-un-trajet-de-demarrage-pour-les-patients-diabetiques-de-type-2>

DIABÈTE DE TYPE 2. Association Belge du Diabète. Consulté 9 juillet 2024, à l'adresse <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-2-13/definition-61>

Fayn, M., des Garets, V. & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119, 55-73. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>

Fitzsimons, B., Wilton, L., Lamont, T., McCulloch, L., & Boyce, J. (2002). The Audit Commission review of diabetes services in England and Wales, 1998–2001. *Diabetic Medicine*, 19(s4), 73-78. <https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.19.s4.13.x>

Fond-Harmant, L. (2011). Programmes de lutte contre le diabète dans six pays européens et au Canada : *Santé Publique*, Vol. 23(1), 41-53. <https://doi.org/10.3917/spub.111.0041>

Foster, G., Taylor, S. J., Eldridge, S., Ramsay, J., & Griffiths, C. J. (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005108.pub2>

- Frattoni, M.-O., & Naiditch, M. (2015). Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients : *Santé Publique*, S1(HS), 87-94. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0087>
- Gay, B. (2013). Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *La Presse Médicale*, 42(3), 258-260. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.10.016>
- Gerken S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2020; 22(5): pp.i-237
- Grant, R. W., Hamrick, H. E., Sullivan, C. M., Dubey, A. K., Chueh, H. C., Cagliero, E., & Meigs, J. B. (2003). Impact of Population Management With Direct Physician Feedback on Care of Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26(8), 2275-2280. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.8.2275>
- Hahn, K. A., Ferrante, J. M., Crosson, J. C., Hudson, S. V., & Crabtree, B. F. (2008). Diabetes Flow Sheet Use Associated With Guideline Adherence. *The Annals of Family Medicine*, 6(3), 235-238. <https://doi.org/10.1370/afm.812>
- Joos, S., Rosemann, T., Heiderhoff, M., Wensing, M., Ludt, S., Gensichen, J., Kaufmann-Kolle, P., & Szecsenyi, J. (2005). ELSID-Diabetes study-evaluation of a large scale implementation of disease management programmes for patients with type 2 diabetes. Rationale, design and conduct – a study protocol [ISRCTN08471887]. *BMC Public Health*, 5(1), 99. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-99>
- KCE. (2022, octobre 5). Système de santé belge. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit>
- KCE. (2024, février 1). Soins préventifs. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs>
- KCE. (2024, février 20). Continuité des soins. Vers une Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins>

KCE (2024). *Vers des soins (plus) intégrés en Belgique [synthèse]*. KCE REPORT 359Bs. https://kce.fgov.be/sites/default/files/202210/KCE_359B_Soins_Integres_En_Belgique_Synthese.pdf

Kruis, A. L., Smidt, N., Assendelft, W. J. J., Gussekloo, J., Boland, M. R. S., Rutten-van Mölken, M., & Chavannes, N. H. (2014). Cochrane corner: Is integrated disease management for patients with COPD effective?: Table 1. *Thorax*, 69(11), 1053-1055. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2013-204974>

Le diabète de type 1 insulino-dépendant. Association Belge du Diabète. Consulté 9 juillet 2024, à l'adresse <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-1-11>

Le modèle de soins 'Suivi d'un patient diabétique de type 2'—INAMI. (s. d.). Consulté 8 octobre 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/diabete-type-2-modele-generique-soins.aspx>

Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: A meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 561-570. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071>

Mathieu, C., Nobels, F., Peeters, G., Royen, P. V., Dirven, K., Wens, J., Heyrman, J., Borgermans, L., Swinnen, S., Goderis, G., Maeseneer, J. D., Feyen, L., Sunaert, P., Pestiaux, D., Thimus, D., Vanandruel, M., Paulus, D., & Ramaekers, D. (s. d.). *Qualité et organisation des soins du diabète de type 2*.

Ministère des affaires sociales, de la sante publique et de l'environnement. (2002, juillet 8). Arrêté Royal du 08/07/2002 arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile [Arrêté]. [etaamb.openjustice.be; Moniteur Belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-08-juillet-2002_n2002022602.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-08-juillet-2002_n2002022602.html)

Modèle de soins « Suivi d'un patient diabétique de type 2 » : Éducation au diabète—INAMI. (s. d.). Consulté 8 octobre 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/patients-diabetiques-education-remboursee.aspx>

Nomenclature—Textes | INAMI. (s. d.-a). Consulté 9 juillet 2024, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature-textes>

Noordhout, C. M. D., Devos, C., Adriaenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : Soins des personnes vivant avec des maladies chroniques*.

O'Connor, P. J., Sperl-Hillen, J. M., Rush, W. A., Johnson, P. E., Amundson, G. H., Asche, S. E., Ekstrom, H. L., & Gilmer, T. P. (2011). Impact of Electronic Health Record Clinical Decision Support on Diabetes Care : A Randomized Trial. *The Annals of Family Medicine*, 9(1), 12-21. <https://doi.org/10.1370/afm.1196>

Oriot, P. (2023, 20 juin). *Trajet de démarrage – diabète* [Diapositives]. https://belgiandiabetesforum.be/wpcontent/uploads/2023/06/bedf_starttraject_diabetes_FR.pdf

Parlement wallon (2024, avril 24). DÉCRET relatif à l'organisation de la première ligne d'accompagnement et de soins du 24 avril 2024. https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=doc-recherche-det&id_doc_votes=7504

Pétre, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A., & Flora, L. (2020). Patient partenaire : De la pratique à la recherche: *Santé Publique*, Vol. 32(4), 371-374. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0371>

Programme « éducation et autogestion » diabète de type 2—INAMI. (s. d.). Consulté 8 octobre 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/programme-education-autogestion-diabete-type2.aspx>

Recommandation de Bonne Pratique – Diabète de type II (2015) réalisée par Domus Medica – Hilde Bastiaens, Katrien Benhalima, Hanne Cloetens, Luc Feyen, Frank Nobels, PhilipKoeck, Patricia Sunaert, Paul Van Crombrugge, Inge Van Pottelbergh, Esther van Leeuwen, Ann Verhaegen http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/Diabete_type_II.pdf

- Scheen, A. J., Radermecker, R. P., Philips, J.-C., & Paquot, N. (2007). Les incrétinomimétiques et incrétinopotentiators dans le traitement du diabète de type 2. *Revue Médicale Suisse*, 3(122), 1884-1888. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2007.3.122.1884>
- Sepulchre, E., Lutteri, L., Cavalier, E., Guerci, B., & Radermecker, R. P. (2014). A PROPOS DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE : *Rev Med Liège*, 69(9), 497-503.
- Services hospitaliers et programmes de soins*. (2016, janvier 12). SPF Santé publique. <https://www.health.belgium.be/fr/services-hospitaliers-et-programmes-de-soins>
- Service public fédéral sécurité sociale et service public fédéral sante publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2009, décembre 15). Arrêté Royal du 15/12/2009 arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile [Arrêté]. [etaamb.openjustice.be](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2009_n2009022630.html) ; Moniteur Belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-15-decembre-2009_n2009022630.html
- Service public fédéral sécurité sociale. (2018, mars 1). *Arrêté Royal du 01/03/2018 arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix* [Arrêté]. [etaamb.openjustice.be](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-01-mars-2018_n2018011228.html) ; Moniteur Belge. https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-01-mars-2018_n2018011228.html
- Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J., & Owens, D. K. (2006). Effects of Quality Improvement Strategies for Type 2 Diabetes on Glycemic Control: A Meta-Regression Analysis. *JAMA*, 296(4), 427. <https://doi.org/10.1001/jama.296.4.427>
- Stratton, I. M. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): Prospective observational study. *BMJ*, 321(7258), 405-412. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>

- Sunaert, P., Bastiaens, H., Nobels, F., Feyen, L., Verbeke, G., Vermeire, E., De, J., & Willems, S. (2010). REefsefaercchtaarivclee ness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium.
- Szecsényi, J., Rosemann, T., Joos, S., Peters-Klimm, F., & Miksch, A. (2008). German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model. *Diabetes Care*, 31(6), 1150-1154. <https://doi.org/10.2337/dc07-2104>
- Tricco, A. C., Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Moher, D., Turner, L., Galipeau, J., Halperin, I., Vachon, B., Ramsay, T., Manns, B., Tonelli, M., & Shojania, K. (2012). Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9833), 2252-2261. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60480-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60480-2)
- Un dossier médical global (DMG) permet de diminuer le prix de votre consultation chez le médecin généraliste—INAMI. (s. d.). Consulté 18 octobre 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/dossier-medical-global.aspx>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Vanmeerbeek, M., Duchesnes, C., Massart, V., & Belche, J.-L. (2008). *SISD de Liège-Huy-Waremme*.
- World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care now more than ever. Rapport Sur La Santé Dans Le Monde 2008 : Les Soins de Santé Primaires - Maintenant plus Que Jamais, 119.

Annexes

Table des annexes

<u>Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux médecins traitants</u>	76
<u>Annexe 2 : Entretien MG 1 (Mouscron)</u>	79
<u>Annexe 3 : Entretien MG 2 (Bernissart)</u>	84
<u>Annexe 4 : Entretien MG 3 (Chièvres)</u>	89
<u>Annexe 5 : Entretien MG 4 (Péruwelz)</u>	94
<u>Annexe 6 : Entretien MG 5 (Ath)</u>	100
<u>Annexe 7 : Entretien MG 6 (Leuze)</u>	107
<u>Annexe 8 : Entretien MG 7 (Tournai)</u>	112
<u>Annexe 9 : Grille de lecture des entretiens aux médecins généralistes</u>	118

Annexe 1 : Guide d'entretien destiné aux médecins traitants

Guide d'entretien destiné aux médecins traitants

Guide d'entretien construit sur base du Chronic Care Model, reprenant les différentes dimensions comme fil conducteur.

Dans le cadre de mon mémoire pour le Master en Santé Publique : options « management » et « coordination des soins » et pour répondre à la question de recherche suivante : « **Comment implémenter et coordonner le « trajet de démarrage » en Wallonie Picarde ? Rôle du médecin traitant.** ». Un guide d'entretien a été conçu pour y répondre.

Étant médecin généraliste, vous êtes central pour pouvoir apporter des réponses à cette question de recherche et permettre d'avoir des pistes de réflexion pour l'amélioration de l'implantation et la coordination du programme « trajet de démarrage » nouvellement mis en place.

A. Questions génériques

-Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ? Depuis combien de temps exercez-vous ?

-Sur quel territoire exercez-vous ? (Communes couvertes)

B. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé (coordination des soins)

-Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge un diabétique de type 2 ?

-Quelle place prend le diabète dans votre pratique de tous les jours ? (Temps, administratif, ...).

-Comment est incluse la prise en charge des patients chroniques dont les diabétiques dans le cursus de médecine ?

-Quelle différence faites-vous entre la prise en charge sans trajet et avec trajet ?

-Comment avez-vous pris connaissance du « trajet de démarrage » ?

-Qu'est-ce que veut dire « trajet de démarrage » pour vous ?

-Qu'apporte-t-il de nouveau par rapport à ce qui se faisait avant ? Par rapport aux autres programmes ? Par rapport à l'ancien programme « pré-trajet » ?

-Comment le « trajet de démarrage » va être intégré dans votre pratique quotidienne ?

-Dans l'idéal, comment voyez-vous l'intégration du programme dans votre pratique ?

-Quel est votre rôle par rapport à ce programme ? Comment voyez-vous votre rôle ?

-Quels sont les acteurs impliqués dans ce programme ? Comment voyez-vous cette collaboration ?

-Comment va être organisé le « trajet de démarrage » sur votre territoire ?

-Vous voyez-vous capable de coordonner ce programme seul ? Avez-vous des pistes pour vous y aider ?

-Voyez-vous le suivi sous forme d'équipe et de collaboration ou seul(e) avec la gestion complète de A à Z ? Pour quelle raison ?

-Quelle image vous vient à l'esprit quand on évoque le suivi du diabète en Belgique ? Sur votre territoire ?

C. Aide à la décision

-Où pouvez-vous trouver des informations concernant le « trajet de démarrage » spécifiquement ? Est-elle facile à trouver ?

-Qu'est-ce que le « trajet de démarrage » apporte concrètement ?

-Quel est le but de ce programme selon vous ? Comment a été pensé ce programme ?

-Qu'est-ce que ce programme apporte de nouveau par rapport au suivi d'un diabétique ?

-Qu'est ce qui facilite le suivi du patient diabétique de type 2 ? Qu'est ce qui freine celui-ci ? De manière générale.

-De quelle façon trouvez-vous les informations pour le suivi d'un diabétique de type 2 en général ?

D. Système d'informations

-De quelle manière centralisez-vous les informations concernant le patient de manière générale ?

-De quelle manière effectuez-vous cela pour un patient diabétique ou atteint d'une pathologie chronique ?

-Comment va être organisé la mise en œuvre du programme ?

-Comment va être évalué ce programme ?

-Comment justifiez-vous l'existence de ce programme ?

E. Autogestion/Développement des compétences personnelles (définition d'objectifs thérapeutiques)

-De quelle manière est mis en place le « trajet de démarrage » chez un patient diabétique de type 2 ?

-Quel est le rôle du patient dans ce suivi ?

-Quels sont les objectifs de ce programme ? Pour le patient ? Pour les professionnels ?

F. Construire une politique publique/système de santé

-Comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour le suivi du diabète de type 2 ?

-Comment va être financé le « trajet de démarrage » ?

-De quelle manière, allez-vous être encouragé à mettre en œuvre ce programme par le niveau politique ? (Aide financière)

-Comment allez-vous être soutenu par le niveau politique ?

-De quelle façon est organisé ce programme sur le territoire de la Région Wallonne ? De la Wallonie Picarde ?

-Quel est l'objectif de ce programme ? (Couverture de la population diabétique de type 2)

-A quelle image vous fait penser l'organisation du suivi des diabétiques sur le territoire belge ?

G. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire

-De quelle façon la population qui ne présente pas de diabète va être considérée dans ce programme ?

-Comment voyez-vous l'inclusion des non-diabétiques dans ce programme ? A quel moment ?

-De quelle manière est incluse la prévention et la promotion à la santé au sein du programme ?

-Comment sont organisées la prévention et la promotion de la santé sur votre territoire actuellement ? (Population générale)

H. Conclusion

Nous arrivons à la fin de notre entretien. Je vous remercie pour vos réponses précieuses.

Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 2 : Entretien MG 1 (Mouscron)

00:00:07

Étudiant: Ici, la partie pratique, nous amènent à interroger des médecins traitants sur "comment on va implémenter et coordonner le "trajet de démarrage" en Wallonie picarde ?" et savoir le rôle du médecin traitant par rapport à ça. Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter, depuis combien de temps est-ce que vous exercez en tant que médecin?

00:00:46

Médecin traitant: Prise en charge au départ au début de la carrière, plus des jeunes, maintenant qu'il ya la bouteille des patients vieillissent, beaucoup de patients chroniques, beaucoup de diabétiques, énormément, et j'ai travaillé en solo pendant très longtemps. J'ai fait une formation il y a déjà quelques années. J'ai commencé à avoir des assistants, d'abord pour des gardes, puis à mi-temps, à temps plein. Ca s'est étoffé. Maintenant, j'ai des ex assistants qui travaillent avec moi. On est trois médecins généralistes et un assistant, on est quatre ici à travailler. Le tropisme est un petit peu différent, certains qui travaillent plus.

00:01:33

Étudiant: Et comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage?

00:01:38

Médecin traitant: Je suis à la source, d'abord par le docteur O., quand même, qui, encore aujourd'hui, j'ai échangé pleins de mails à-propos du trajet de démarrage avec lui, justement pour des demandes, et puis par mon épouse, qui est éducatrice en trajet de soins diabète. Je suis assez bien au taquet. Je m'informe pas mal.

00:02:04

Étudiant: Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge les diabétiques de type deux en médecine général?

00:02:23

Médecin traitant: Le premier traitement, c'est quand même les règles hygiéno-diététiques, et si les patients sont ok avec ça, j'envoie un trajet de démarrage !

00:02:33

Étudiant: Ok et quelle place prend le diabète dans votre pratique tous les jours?

00:02:39

Médecin traitant: C'est énorme. Ce matin, j'ai eu une patiente diabétique, deux patients diabétiques, tous les deux. Mon trajet de soin, je vais avoir plein tous les jours.

00:02:59

Étudiant: Et comment vous avez intégré justement le trajet de démarrage dans votre pratique quotidienne? Est-ce que ça a été facile ou.

00:03:08

Médecin traitant: Oui, avant, il y avait aussi le pré trajet. J'avais déjà tendance à quand même envoyer un pré trajet, même si, au début, les règles dans ma tête étaient pas claire, la limite d'âge notamment. J'ai une fois été attrapé, j'ai mis quelqu'un en pré-trajet et puis il était hors limites, il était trop âgé. C'est plus facile quand même. Je pense à un patient, un patient que j'avais jamais vu : plaie importante aux jambes, et j'ai fait une prise de sang et il y avait un diabète important. J'ai tout de suite mis en pré trajet, j'ai produit de la médication, etc, mais rapidement, j'ai pu diminuer la médication. Il a vu L. (éducatrice en diabétologie) et rapidement ses glycémies ce sont normalisées. Il s'est stabilisé rien qu'avec les règles hygiéno-diététiques.

00:04:28

Étudiant: Pour vous, quels sont les acteurs impliqués dans ce nouveau programme justement?

00:04:51

Médecin traitant: Le médecin généraliste et l'éducateur. Il y aussi, je sais, la diététicienne et le podologue, même si là, je sais jamais trop vers qui envoyer. Mais je sais qu'au CSAS, il vont mettre en ligne les noms des diététiciens, on pourra envoyer chez-eux aussi. Et puis le pharmacien pour les médicaments, ou qui, éventuellement, l'achat de tiges. Je sais qu'ils ne sont pas remboursés dans leur cas.

00:05:07

Étudiant: Idéalement, comment vous voyez cette collaboration?

00:05:11

Médecin traitant: Moi, je suis 100 % pour. Je sais que certains médecins sont encore des ours à travailler dans leur coin. Moi, je suis pour le partage des tâches et 100 % partage des compétences et des informations. Certains médecins vont en prendre ombrage, moi pas du tout.

00:05:35

Étudiant: On sait que, dans le trajet de démarrage, le médecin traitant à la place centrale. Comment vous voyez la coordination de ce programme? Est-ce que vous voyez le coordonner seul? Ou est-ce que?

00:05:54

Médecin traitant: C'est vrai qu'il y a peut-être un peu de flou. Moi, mes patients, je les reconvoque quand même régulièrement. Je prescris les séances d'éducation etc. Maintenant, on a des retours, on reçoit des rapports d'éducation on les reçoit directement par rapport ordinateur. Ça, c'est bien, ça permet quand même meilleure, meilleure suivi. C'est quand même quelque part le généraliste qui devra assurer le suivi. Voir si le patient a vu son éducateur. Il y a des gens qui sont pas très compliant c'est sûr.

00:06:30

Étudiant: Mais est-ce que ça, après ça, c'est pas vraiment une question ouverte, mais est-ce que la charge de travail par rapport à votre pratique de tous les jours, est-ce que ça va apporter une charge supplémentaire ou.

00:06:42

Médecin traitant: Sans doute qu'il ya de toute façon déjà les patients chroniques. Je sais, ça me prend un temps fou par rapport. Je vois l'agenda de mes collègues, elles, elles, mettent plein de patients au matin et moi je les mets plus dispersé, parce que ça prend un temps fou. Je prends beaucoup plus de temps maintenant en consultation avec mes patients que par le passé, parce que ce sont tous des patients, ça prend du temps. Si on veut bien soigner les gens il faut prendre le temps nécessaire.

00:07:20

Étudiant: Et là, c'est plus informationnel. Ou est-ce que vous pouvez trouver les informations qui concernent le trajet de démarrage?

Médecin traitant : Quel genre d'information ? Sur des molécules?

Étudiant : L'organisation du trajet de démarrage. Où est-ce qu'on peut trouver les informations par rapport ça?

00:08:10

Médecin traitant: Déjà par le docteur O. (diabétologue), l'autre fois qui nous a bien informé. Par l'INAMI, où il y a des informations aussi. On en a parlé dans des journaux médicaux. Pas mal de choses ont été dites la dedans aussi. Si il y a des médecins qui ne sont pas au courant c'est qu'ils n'ont pas lu. Aussi bien en local avec le docteur O. et plusieurs journaux médicaux ont parlé, on a quand même une information. Tout le monde a reçu les mails avec les nouvelles dispositions.

00:08:20

Étudiant: Ok et c'est facile à trouver, mais après, vous recevez automatiquement les tout ce qui est revenu médical ?

00:08:32

Médecin traitant: Oui, moi, c'est automatiquement. Je cherche pas, on reçoit.

00:08:36

Étudiant: Par rapport à ce programme, pour vous, quel est le but de ce programme? Le travail démarrage?

00:08:53

Médecin traitant: C'est une meilleure prise en charge du patient ! Plus tôt, plus précocement pour éviter les complications. C'est vrai que pour les informations, ce serait bien d'avoir un site central de référence ! Par exemple, il y a des années, on a dû se former, surtout en informatique. C'est déjà vieux maintenant, il y a un e-santé Wallonie qui coordonne toutes les questions qu'on peut avoir. Ça serait bien après, quelque part un truc comme ça dans le diabète, où on pourra avoir toutes... Pêcher toutes les infos pertinentes, ça serait quelque chose à développer.

00:09:23

Étudiant: Qu'est-ce que le programme apporte de nouveau? Ça, vous venez de le dire, un suivi plus précoce. Est-ce qu'il apporte quelque chose d'autre de nouveau?

00:09:33

Médecin traitant: Le trajet démarrage ? Déjà plus de limites d'âge, ça c'est bien. Et puis, c'est les consultations deux fois par an. Si je me souviens bien chez le podologue et chez le diététicien, c'est vrai que ça permettra l'éducateur de peut-être plus centrer sur l'explication de la maladie, les médicaments, celui de les maladies, et moins sur la diététique, parce qu'il y aura des séances de

diététique qui pourront être prises en charge, parce que quatre fois par an, parfois, c'est un peu court. Si l'éducateur peut mieux se concentrer sur tout ça sans devoir parler de la diététique, c'est bien.

00:10:14

Étudiant: Ok, est-ce que vous avez une idée de comment a été pensé le programme, justement au niveau de l'INAMI ?

00:10:31

Médecin traitant: Aucune idée mais j'imagine qu'ils se sont rendu compte que le diabète ça flambe et que ça coûte cher et que plus tôt on traite les gens, moins il y aura de complications. Et si je me rappelle, je vais quand même régulièrement à des congrès et je j'ai pas parlé dans mes sources et puis le sujet m'intéresse. Je me rappelle, on avait eu plusieurs profs d'unif qui étaient là et on avait parlé du trajet de soins, la convention diabète à l'époque. Il y a une infirmière qui travaillait en milieu hospitalier en convention diabète, qui s'était élevé, qui s'insurgeaient que les diabétiques allaient avoir des tigettes gratuites, elle était pas d'accord et elle trouvait qu'il fallait garder la convention diabète, que c'était ça qui devait primer. Un des professeurs a répondu que l'INAMI s'était rendu compte que les diabétiques, en trajet de soins, étaient mieux suivis qu'en convention diabète. Tout le monde, et c'est ça aussi, les trajets de soins, c'était avant la convention. Le pré-trajet, c'est encore avant. On sait qu'il peut y avoir un très bon suivi pour éviter des complications, une évolution de la maladie. J'imagine que tout ça a primé dans la tête, à l'INAMI donc.

00:11:57

Étudiant: C'est plus par rapport à, de manière plus générale, au niveau des informations concernant le patient, de quelle manière vous centralisez ces informations ?

00:12:07

Médecin traitant: Et ça, les informations ?

00:12:09

Étudiant: Concerne le patient en général ?

00:12:11

Médecin traitant: En général, pour mes patients, moi, mes dossiers, je suis pointilleux, sont complets. On reçoit de toute façon dans logiciel tous les courriers, les biologies, les résultats de radio, les résultats des spécialistes. Si jamais c'est quelqu'un qui n'est pas connecté, je scanne, tout est dans, tout est dans mon dossier, et on peut encore aller voir des trucs sur les réseaux santé, on a accès en direct. Donc, ça manque quand même. Bien informé, bien centralisé dans, c'est le rôle du médecin généraliste.

00:12:53

Étudiant: Pour les patients diabétiques et patients chroniques, ça fonctionne de la même façon ?

00:13:02

Médecin traitant: OUI, bien sûr. Le seul truc qui est dommage pour les patients diabétiques, c'est en ophtalmologie, ils écrivent jamais et on est, on sait jamais, si le patient a une rétinopathie ou pas.

00:13:19

Étudiant: Est-ce que vous avez une idée de comment va être évalué le programme traitement ?

00:13:35

Médecin traitant: J'imagine. Je sais plus comment ils appellent ça.

00:13:40

Étudiant: Moi, je pense savoir, c'est pas le triple AIM ou les trucs comme ça.

00:14:21

Médecin traitant: On a des extractions automatiques. Pour la prime télématique, on doit exporter des données qui sont extraites des logiciels tous les trois mois. Donc pour l'instant, pour l'antibiothérapie, pour le trajet de soins et pour l'instant, je pense pas pour le trajet de démarrage. Peut-être qu'ils pourraient faire ça à l'avenir pour le suivi, c'est pas compliqué si nos dossiers sont remplis. Deux ou trois cliques et c'est exporté. C'est bien parce que dans le temps il y a eu d'autres initiatives et c'était plus complexe et certains médecins ne l'ont pas fait. Il n'y a pas d'incitant financier et c'est pour ça qu'il y en a pleins qui ne l'ont pas fait (rire).

00:14:34

Étudiant: Ça, de toute façon que vous y avez répondu, de quelle manière est mis en place le trajet de démarrage chez un patient diabétique de type 2 ? On en a parlé tout à l'heure mis ? Est-ce qu'il y a d'autres choses par rapport à ça ? La mise en route, la mise en route du trajet démarrage ?

00:14:53

Médecin traitant: attester le fameux code là. En principe, je pense que ça s'est un peu plus dans les logiciels. Je crois qu'on lui fait une fois par an ce code, comme on faisait pour les pré-trajets. Je l'ai encore fait hier pour patient.

00:15:08

Étudiant: Là, c'est plus par rapport aux patients. Pour vous, quel est son rôle dans ce suivi, dans ce trajet de démarrage?

00:15:18

Médecin traitant: Il doit apprendre à se connaître, à connaître sa maladie pour la prendre en charge. C'est primordial. Comprendre ses traitements aussi, comprendre sa maladie, et c'est votre rôle (en me regardant car je suis éducateur en diabétologie). D'ailleurs ça pourrait être notre rôle aussi, mais ça prend un temps fou tout ça ! La compréhension de la maladie. Mais c'est c'est lui l'acteur central quand même, s'il fait n'importe quoi, on arrivera à rien.

00:15:53

Étudiant: Au niveau plus politique, comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour le suivi de diabète de type 2?

00:16:06

Médecin traitant: Par une petite prime quand on met quelqu'un au trajet de démarrage, on a un petit peu de sous. Ça peut être un soutien (rire).

00:16:18

Étudiant: Ok, est-ce que vous avez une idée de comment est financé le trajet de démarrage?

00:16:28

Médecin traitant: C'est les mutuelles qui nous payent une fois par an un forfait et en trajet de démarrage, les patients doivent encore payer leur ticket modérateur.

00:16:39

Étudiant: Oui, on en a parlé. Des incitants financiers il y en a aussi pour le trajet de démarrage comme pour le trajet de soins ?

00:16:55

Médecin traitant: Pour nous, oui, oui. Ce que j'ai fait hier, je sais plus le montant. C'est une fois par an. On peut attester le code 400334 et c'est un montant de 24,92 euro, une fois par an (recherche sur logiciel pour trouver le montant).

00:17:17

Étudiant: Ok. Donc par patient ?

00:17:20

Médecin traitant: Par patient, oui.

00:17:32

Étudiant: C'est plus au niveau territorial. De quelle façon est organisé ce programme sur le territoire de la Wallonie Picarde ?

00:17:45

Médecin traitant: A Tournai, je sais pas trop. On a pas de Réseau Local Multidisciplinaire dans la région. On a eu la chance que le docteur O. (diabétologue) était très, très dynamique et qu'il a mis en place un centre au CSAS avec partenariat avec les mutuelles. Même si certaines, je vais pas dire laquelle ! Est lente à la détente, c'est terrible! C'est quand même le docteur O. qui a mis tout ça en place. On aurait dû à la mise en place des réseaux locaux, en créer un ici dans la région et ça n'a jamais été fait... C'est toujours les mêmes qui font tout. Il n'y a pas eu de volonté de créer quelque chose et c'est trop tard. Il y a eu des demandes, mais l'AVIQ ne donne plus d'argent pour créer de nouveaux réseaux locaux. Maintenant, avec le projet « proxisanté », on verra ce que ce que madame Christie Morreale va faire. J'étais responsable du centre de vaccination de Mouscron et je l'avais vu à l'époque. Madame Morreale, elle donne plus de sous pour ça, enfin pour des nouveaux réseaux. Donc je sais pas comment l'hôpital s'en sort au total mais ils injectent des sous là-dedans mais on a beaucoup de chance.

00:19:34

Étudiant: Par rapport justement, au suivi des personnes diabétiques en Belgique, est-ce qu'il y aurait une image qui vous vient quand on parle du suivi du diabète en Belgique?

00:19:44

Médecin traitant: Une image... Un ballon qui gonfle qui gonfle (rire).

00:19:52

Étudiant: Oui, ok, après là, c'est plus par rapport aux personnes qui ne sont pas diabétiques. Est-ce que ce programme inclut la population qui n'est pas diabétique?

00:20:08

Médecin traitant: Le trajet démarrage ?

Étudiant : Oui.

Médecin traitant : Je ne sais plus quels sont les critères. Il faut être diabétique.

00:20:17

Étudiant: De quelle manière on pourrait inclure la population générale qui n'est pas diabétique?

00:20:30

Médecin traitant: Ça peut être intéressant parce que, on sait, il y a des patients, les antécédents familiaux, et ils sont tous diabétiques dans leur famille, eux pas encore. On sait bien qu'ils le deviendront un jour. Donc, je fais attention de surveiller de temps en temps une biologie, une glycémie. Ces gens-là, ça serait intéressant qu'ils aient un programme d'éducation pour l'hygiène de vie. Ça serait sûrement intéressant. Élargir les bénéficiaires possibles.

00:21:06

Étudiant: Mais, par rapport à ça, justement, comment est organisée la prévention et la promotion de la santé sur le territoire de la Wallonie Picarde?

00:21:16

Médecin traitant: Il y a des incitants, des initiatives. Ils vont, par exemple la maison de la santé à Mouscron. J'en fait la promo dans la salle d'attente. Ils vont faire une semaine pour bien manger et bouger etcétera. Donc des initiatives de ce genre-là. Nous, dans notre métier, on essaie aussi de si les gens sont en surpoids, on les interpelle, on parle de leur hygiène de vie. Je sais pas s'il y a d'autres choses, ça c'est en local ! Parfois, il y a des campagnes à la télévision, mais je sais pas s'il y a d'autres initiatives dans, dans... En Hainaut, je pense pas. La semaine de la santé, je pense pas que c'est localisé qu'à Mouscron c'est un peu partout je crois.

00:22:13

Étudiant: On arrive à la fin de l'entretien est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter par rapport à ce qu'on a discuté?

00:22:24

Médecin traitant: Ce qui m'interpelle c'est vrai, c'est ce dont on vient de parler juste avant, c'est les familles. On sait qu'ils vont devenir diabétique et ils sont là, dans la nature. C'est vrai que ça serait bien de, de temps en temps, je fais attention, il faut se surveiller, parce qu'il y a vraiment des familles, des ethnies des fois. Quelques fois, je suis sidéré, parfois dans les ethnies sans racisme aucun dans les ethnies qui viennent d'Afrique du nord, combien combien c'est effrayant le nombre de diabétique, dans ces ethnies-là, j'imagine qu'il y un facteur favorisant, génétique ou leur façon de manger. C'est aussi interpellant quand même. Je « screene » tout ça. Quand je les vois c'est incroyable (rire).

00:23:13

Étudiant: Ok, merci pour les réponses !

Annexe 3 : Entretien MG 2 (Bernissart)

00:00:00

Étudiant: Déjà pour commencer, est-ce que vous pouvez déjà vous présenter?

00:00:06

Médecin traitant: Moi, je suis, je suis L. Je suis médecin généraliste. Je suis assistante en médecine générale depuis trois ans. Je finis ici cette année. Je travaille sur Blaton, Péruwelz pour l'instant je sais pas si besoin d'autres informations ?

00:00:28

Étudiant: C'est sur la région de Péruwelz, Blaton ?

00:00:30

Médecin traitant: Oui, particulièrement, pour l'instant je suis encore un petit peu à Blicquy, mais je fais qu'un cinquième de mon temps de travail chez mon autre maître de stage. C'est par après. Je serais uniquement un Blaton, mais j'ai encore pas mal de patients sur Péruwelz vu que j'avais commencé uniquement par là au début. J'essaie de me recentrer un petit peu (rire). C'est plus facile !

00:00:52

Étudiant: Comment avez-vous pris connaissance du "trajet de démarrage"?

00:00:58

Médecin traitant: Par vous ! (rire). On n'a pas eu, je trouve, beaucoup d'informations qui sont arrivées. J'avais d'abord une infirmière en diabétologie qui m'en avait parlé il y a quelques mois, sur le lancement, normalement, et après, c'est juste vous qui avez en contact avec un de mes collègues qui m'en a reparlé, parce que sinon, ça m'était un peu sorti de la tête. Mais mais je ne l'ai pas encore lancé moi-même. Pour l'instant j'ai pas encore. J'ai essayé, mais un patient voulait réfléchir et je l'ai laissé réfléchir.

00:01:30

Étudiant: Plus généralement, actuellement, comment vous prenez en charge un patient qui est diabétique de type 2?

00:01:36

Médecin traitant: Ça dépend toujours du degré diabète. Quand c'est vraiment des petits diabètes, des patients asymptomatiques, des hémoglobines glyquées, qui sont en dessous de huit, sans symptômes, on initie le traitement à la base, on faisait comme ça, on initiait le traitement, on reconstruit dans les trois mois et si ça va bien, en général, on les envoie même pas chez diabétologue. Vu les temps d'attente avant, ils étaient pas du tout sous sous trajet de soins. On faisait juste un peu nos notre popote comme ça. Il y avait un code qui existait, mais que moi, personnellement, je n'avais jamais utilisé, mais aussi un cas de prédiabète, les pré trajets de soins que j'avais jamais utilisé personnellement, mais on faisait juste notre popote comme ça. Le suivi autre que médicaux n'était pas toujours hyper assuré, parce que souvent, ces patients-là vont pas chez le podologue, font leur contrôle ophtalmo habituel sans plus et ont pas d'infirmier un soin diabète qui les aide non plus. C'est plutôt nous qui nous chargeons un peu de l'éducation et quand ils sont vraiment très déséquilibré, j'essaie de les envoyer chez diabétologue. Quand j'ai une place, ce qui est vraiment très compliqué, on se retrouve à gérer pas mal les diabètes au final, qui sont cata, instaurer de l'insuline, etc. Là, par contre, il faut vraiment qu'il y ait une aide en plus par un infirmier ou une diététicienne qui soit installée, parce que sinon les patients sont perdus complètement. Même nous-même, nous, au niveau des insulinothérapies. Moi, je suis sorti l'école il n'y a pas si longtemps que ça. Au niveau de nos formations, on n'est pas hyper bien formé sur ça, vraiment sur le tas. Maintenant, ça commence à aller. Mais au début, c'est pas, c'est pas évident, c'est ça que c'est bien. Je trouve qu'il y est des suivis qui soient organisés et ses pré-trajets de soins parce que oui, les temps d'attente chez les diabétologue, si on attend ce que là (rire) c'est compliqué.

00:03:28

Étudiant: Si je comprends bien, dans les études de médecine, il n'y a pas vraiment de... Après, c'est peut-être de l'interprétation mais est-ce qu'il y a un cours qui explique la prise en charge des maladies chroniques et les diabétiques?

00:03:42

Médecin traitant: Quand même, on a un cours d'endocrinologie-diabétologie, où on nous apprend les différentes molécules, les effets du diabète sur l'organisme qui est quand même un cours assez

conséquent. C'est une unité d'études complètes, mais comme tous les cours, je pense, dans toutes les études, c'est pas du tout pratique. On nous donne, nous explique: la metformine c'est ça, le forxiga c'est ça. Mais on nous dit pas comment instaurer une insulinothérapie, comment démarrer ça, c'est pas pratique. Donc ça, on la prend plus après dans notre formation de médecin généraliste. Mais encore, on n'a pas vraiment... Moi, je l'ai appris dans des cours qu'on a un peu en parallèle et sur le tas. On a pas vraiment de trucs pratiques pour pouvoir bien gérer ça, je trouve. Si on se forme pas de notre côté, je pense qu'on fait vite n'importe quoi ou on en instaure pas, on attend de voir le diabète.

00:04:37

Étudiant: Et quelle place prend le diabète dans votre pratique au quotidien?

00:04:41

Médecin traitant: Une grosse place! (rire). On en voit tous les jours des diabétiques. Franchement, c'est aller! C'est une des pathologies qu'on voit le plus avec l'hypertension c'est vraiment hyper important.

00:04:53

Étudiant: Et justement, plus particulièrement par rapport au nouveau programme, comment il va être instauré dans votre pratique au quotidien ?

00:05:03

Médecin traitant: Moi, je compte l'utiliser pour les patients du premier groupe que je compte pas envoyer chez le diabétologue, parce que c'est des petits diabètes, et on sait très bien les contrôles sans les diabétoles ou chez les patients qui ne veulent pas y aller, parce que ça, il y en a quand même une paire aussi, qui veulent pas du tout entendre parler des spécialistes. Pour ça, ça permet d'avoir des aides, notamment financières, pour les patients et quand même, de les mettre dans un bon rythme de suivi et de les rendre acteur un petit peu de leur santé. Parce que c'est ça aussi le problème, parfois des diabétiques, on met des médicaments s'il n'y a pas d'éducation qui suit derrière, on se retrouve vite avec n'importe quoi et avec des montées en puissance au niveau des thérapeutiques. Je trouve ça bien pour vraiment inclure le patient dans ses soins, permettre d'avoir accès à une éducation, même si c'est pas un énorme diabète.

00:05:58

Étudiant: Et quel est votre rôle par rapport à ce programme?

00:06:03

Médecin traitant: Je pense que nous, on a vraiment le rôle de première ligne, puisque les seuls qui vont diagnostiquer ce type de diabète, c'est nous, pendant les prises de sang de contrôle ou des choses comme ça. C'est à nous d'en parler aux patients, et il n'y a jamais aucun patient qui vient nous voir en nous disant: "j'aimerais bien-être en pré trajet de soins" (rire). Il faut, d'office on doit leur en parler. Je pense que sans nous, ce programme, il n'existe pas, sans nous, entre autres, mais je pense qu'on est indispensable pour ça.

00:06:34

Étudiant: Et, plus particulièrement sur le territoire de la Wallonie Picarde, comment il va organiser, le programme?

00:06:44

Médecin traitant: J'en sais rien du tout (réflexion). On nous a juste dit qu'il fallait mettre des codes, qu'on pouvait expliquer aux patients, mais je sais pas, je sais pas plus, si l'instauration... Je dis on n'a pas eu vraiment, je trouve, beaucoup d'informations qui ont été transmises de la part de l'INAMI par rapport à la mise en place de ce programme. C'est plus vraiment, les infirmiers qui nous en parlent, de temps en temps les firmes pharmaceutiques, même pas spécialement.

00:07:09

Étudiant: Ok, est-ce que vous voyez justement coordonner ce programme seul et, sinon, est-ce qu'il y a des pistes pour vous y aider?

00:07:22

Médecin traitant: Non, je pense que ça, on sera jamais seul. Nous, je pense qu'on a une place pour l'instaurer pour en parler aux patients, mettre les thérapeutiques en place, etc., mais que c'est un travail pluridisciplinaire. On a besoin des infirmiers pour suivre les patients à domicile, permette l'éducation et être sûr que les patients avaient bien compris ce qui leur arrive. On a besoin des paramédicaux, avec les podologues et les... j'ai vu qu'il avait même les dentistes aussi, qui étaient repris dans ce programme. Ça, je ne savais pas du tout. Mais c'est bien, ça reste un travail pluridisciplinaire. Nous, on l'a on l'instaurer mais on reste une petite part de toute cette prise en

charge. Ça, c'est hyper important, je pense que tout le monde se coordonne correctement pour faire avancer les choses.

00:08:10

Étudiant: Ça, on y a déjà un petit peu répondu, mais où pouvez-vous trouver les informations, justement concernant le "trajet de démarrage"?

00:08:18

Médecin traitant: Moi, j'ai trouvé sur le site de l'INAMI. D'abord j'ai été, j'ai été informé par mes collègues infirmiers et après, j'ai trouvé sur le site de l'INAMI. Je sais pas si j'ai eu toutes les infos là-dessus, mais en tout cas, ils expliquent le code, les différents acteurs, etc.

00:08:41

Étudiant: Qu'est-ce que ce programme apporte de nouveau par rapport au suivi des diabétiques?

00:08:46

Médecin traitant: Moi, je pense que c'est une facilité d'accès c'est quelque chose qui est facile à mettre en place. Ça permet de se passer un petit peu des endocrinologues qui sont, qui sont déjà, qui ont bien assez de travail, qui sont pas toujours indispensables non plus pour des diabètes, qui sont, qui sont pas catastrophiques. Je pense que c'est surtout ça, Ça facilitera les prises en charge.

00:09:08

Étudiant: De manière générale, qu'est-ce qui facilite le suivi du patient diabétique?

00:09:14

Médecin traitant: Son adhérence, je pense, c'est la première chose, c'est le patient lui-même. Il y a des patients qui sont beaucoup plus faciles à soigner que d'autres (rire) ça dépend toujours, et après, je pense que c'est toujours que les informations soient bien transmises et que le patient comprenne bien ce qu'il a, pourquoi il l'a et comment il doit faire pour que ça aille mieux. De nouveau information au patient, je pense qu'elle est. C'est ça qui est le plus important.

00:09:41

Étudiant: Et justement, contrairement, qu'est-ce qui freine le suivi des patients diabétiques?

00:09:47

Médecin traitant: Tout ce qui est contrainte, quand on les envoie faire 45 mille examens différents ou des choses qui sont vraiment compliquées à mettre en place, si il doit seulement appeler, avoir un rendez-vous pour seulement avoir ces médicaments et tout ça, ça complique beaucoup les choses. Je pense que plus c'est facile, au mieux c'est je dirais que c'est vraiment ça.

00:10:09

Étudiant: De manière plus générale, de quelle façon vous trouvez des informations par rapport au suivi des personnes diabétiques?

00:10:19

Médecin traitant: Que soit thérapeutique ? En général, dans les guidelines, on a parfois des articles sur PubMed, dans les recommandations de bonnes pratiques. Il y a beaucoup aussi d'informations de la part des délégués médicaux, quand même. Il y a quand même. On prend quand même pas mal de choses. On a quand même pas mal de formations sur le diabète, je dois en avoir deux ou trois par an sur de nouvelles molécules et qui sont souvent organisées par des délégués médicaux. Mais on apprend quand même. C'est souvent des professeurs qui viennent nous expliquer les guides de bonnes pratiques, c'est toujours, c'est pas orienté pharmaceutiquement, c'est surtout comme ça. Mais de nouveau, je trouve qu'on n'a pas beaucoup d'autres les informations officielles sur l'avance ça, c'est le problème avec tout. Si on cherche pas, on n'a pas.

00:11:08

Étudiant: Ok ! De quelle manière sont centralisées les informations concernant les patients de manière générale?

00:11:19

Médecin traitant: De nouveau, c'est plus les guides de bonne pratique. Souvent, on a les conseils supérieur de la santé, les choses comme ça qui mettent en avant les différentes pratiques à appliquer. Faut faut aussi chercher, et ça évolue vite quand même au niveau du diabète, faut quand même rechercher assez souvent tous les ans, je pense, il faut se remettre à la page.

00:11:44

Étudiant: Mais là, c'est plus par rapport à la centralisation des informations dans le dossier, je veux dire ?

00:11:50

Médecin traitant: Dans le dossier, dans notre dossier médical global, dans notre dossier informatisé, on a un onglet où on peut mettre, où on met, les antécédents, les traitements. On peut

relier les événements entre eux. Par exemple, on peut relier que telle visite chez le spécialiste, est liée à son diabète, tel médicament aussi, la prise de sang aussi, maintenant, ça, c'est vraiment au niveau médical. Au niveau paramédical, ça on a très, très peu. Par exemple, au niveau des podologues, on a très peu de retours. Au niveau des dentistes, on a très peu de retours, les ophtalmologues font des courriers, mais c'est un petit peu plus rare aussi. Niveau des infirmiers, il y en a qui ont leur carnet. Ça c'est bien, ils notent des carnets à domicile. Ça c'est chez les patients, mais ça, c'est dommage que ce soit pas plus centralisé au niveau informatique, je trouve. Et ça, c'est pour tout. C'est à mettre en place au niveau paramédical.

00:12:47

Étudiant: Comme question: ça va être un petit peu dur d'y répondre pour l'instant mais comment pensez-vous que va être évalué ce programme?

00:12:56

Médecin traitant: Au niveau de...

00:12:58

Étudiant: De quelle manière on va évaluer l'efficacité du programme?

00:13:07

Médecin traitant: Je pense que ce sera en fonction du nombre de patients inscrits et de... je ne sais pas s'ils font ça. Mais peut être demander l'avis aux patients, je trouve que c'est plutôt pas mal, voir si ça leur a servi à quelque chose et, bien sûr, au corps médical. Demander si ça a facilité la communication, si ça a facilité la mise en place des différentes mesures. Moi, j'aurais tendance à dire plutôt: demander aux principaux intéressés. Je sais pas si c'est comme ça qui fonctionne (rire).

00:13:37

Étudiant: Et justement par rapport aux patients, vu qu'on vient de parler de son rôle, qu'elle va être son rôle dans ce programme?

00:13:47

Médecin traitant: Je pense qu'il va devoir participer un petit peu, va devoir. Moi, j'imagine que c'est lui qui va quand même devoir contacter les différents intervenants. C'est lui qui va devoir prendre contact avec les infirmiers, s'il le souhaite, avec les podologues, etc. Donc, je pense qu'il aura un rôle actif. A nouveau, notre but, c'est d'informer mais si les gens font pas le premier pas c'est difficile pour que cela fonctionne.

00:14:11

Étudiant: Ok, là, c'est plus un peu macro, politique. Comment êtes-vous maintenant soutenu au niveau politique pour le suivi des personnes diabétiques?

00:14:30

Médecin traitant: Alors là, j'en sais rien du tout ! (rire). Je sais pas. On ne parle pas beaucoup de politique en médecine, parce que les décisions qui sont prises ces derniers temps sont jamais très favorables (rire). Ici, en tout cas, l'INAMI a fait quelque chose de bien. Je sais pas si c'est politique ou si c'est vraiment... je sais pas.

00:14:57

Étudiant: Si maintenant, vous deviez donner une image ou quelque chose qui vous vient à l'esprit concernant l'organisation des soins aux personnes diabétiques en Belgique, qu'est-ce qui vous viendrait à l'esprit actuellement?

00:15:13

Médecin traitant: C'est difficile (réflexion). c'est vraiment plus une expression ou quelque chose qui me fait penser, moi, actuellement en tout cas, c'est quand même assez lent. Ce qui est vraiment plus embêtant, c'est de nouveau l'accès aux spécialistes. Je trouve que, sinon, au niveau de tout ce qui est mis en place, au niveau des remboursements, quand il y a des trajets de soins, au niveau des consultations paramédicales, c'est vraiment bien, parce qu'il y a beaucoup de choses qui existent, beaucoup de choses qui sont possibles. C'est juste la mise en place, qui est parfois un petit peu complexe, qui peut prendre du temps. Et qu'il y a des patients qui ne font pas bien leur suivi à cause de ça, je dirais plutôt ça.

00:16:02

Étudiant: Ok, c'est plus concernant les personnes qui ne sont pas diabétiques, pour le moment, de quelle façon la population non diabétique va être incluse dans ce programme?

00:16:16

Médecin traitant: Alors là, je sais pas. J'ai pas l'impression qu'elle sera inclus.

00:16:26

Étudiant: Comment actuellement est organisée, sur le territoire, la prévention et la promotion de la santé?

00:16:33

Médecin traitant: Par rapport, de manière générale ?.

00:16:37

Étudiant: Je ne sais pas s'il y a des initiatives par ici ?

00:16:40

Médecin traitant: On a de temps en temps, par exemple, ici, cet été, on a eu la ville de Bernissart qui a organisé un dépistage de diabète et d'hypertension. Je sais pas si c'est la commune, ou avec la Croix-Rouge, ils ont pris les glycémies des personnes et les prises de tension à la commune. C'était plutôt bien. Il y a des patients qui sont revenus qu'il avait 130 de glycémie (rire) mais n'était pas à jeun (rire). Mais c'est bien parce que ça favorise, j'ai l'impression que ça reste des petites mesures, qu'il y a quand même peu de publicité ou de nouveau, que les gens ont besoin quand même de chercher pour avoir des informations. Il y en a qui viennent de façon très spontanée chez le médecin, contrôler leur prise de sang annuelle. Il y en a d'autres qui sont assez réfractaires où c'est plus compliqué. Je dirais qu'il y a encore du chemin à parcourir pour vraiment informer correctement les gens et permettre un dépistage qui soit peut être plus simple aussi. De nouveau, comme c'est comme ce qui avait été mis en place, mais ils ont juste fait des glycémie au doigt. C'est super facile et ça permet de faire un un dépistage beaucoup plus massif que d'envoyer tout le monde chez nous faire des prises de sang et ça coûte moins cher. Ça, je trouve que c'est des bonnes initiatives et je crois que c'est vraiment à encourager dans la plupart des communes. Mais sur Péruwelz, j'ai l'impression qu'il y a pas grand-chose d'autre et après, à part les dons de sang, il y a des séances d'informations dans les écoles, par exemple. Je fais un peu de médecine scolaire et il y a quand même, par exemple, des informations type déjeuner, ça peut être organisé avec les parents, et ça, je trouve, c'est bien pour l'éducation alimentaire, mais ça reste peu développé.

00:18:30

Étudiant: On arrive à la fin de l'entretien est-ce qu'il y aurait quelque chose que vous voudriez ajouter ou une réflexion?

00:18:38

Médecin traitant: Non, je trouve que c'est... je pense qu'on a parlé un peu de tout.

00:18:41

Étudiant: Du coup, merci !

00:18:41

Médecin traitant: Pas de soucis !

Annexe 4 : Entretien MG 3 (Chièvres)

00:00:00

Étudiant: Vous pouvez déjà vous présenter ?

00:00:03

Médecin traitant: Libre ok, moi, je suis docteur W. Moi, j'ai été assistante jusqu'à octobre 2023 et donc depuis octobre 2023, je suis à ma pratique solo. J'ai pas beaucoup, beaucoup de recul pour l'instant mais j'ai déjà quand même mes trois années d'Assistanat qui m'ont permis de voir beaucoup de choses. Et moi, je travaille dans une pratique de groupe, avec cinq autres médecins, mais chacun dans sa pratique solo. Donc, pas de cabinet médical.

00:00:38

Étudiant: Et vous couvrez quel territoire?

00:00:40

Médecin traitant: Ça dépend, en visite à domicile, je vais parfois jusque Brugelette, Gages, sur Ath. Parfois un peu plus sur toute l'entité de Chièvres. Généralement, c'est ça: Chièvres, Ath et Brugelette.

00:00:55

Étudiant: Ok, la question: comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage va être compliqué.

00:01:03

Médecin traitant: Très vite résolu. Moi, je vois pas vraiment de quoi il s'agit d'un trajet de démarrage maintenant. Peut-être que, comme je disais, je le connais sous un autre nom et que je peux apprendre ici.

00:01:15

Étudiant: De manière plus générale, actuellement, comment prenez-vous en charge les diabétiques de type 2 en médecine générale?

00:01:24

Médecin traitant: Ah c'est par rapport au trajet de soins diabète, c'est ça ?

00:01:27

Étudiant: C'est autre chose, mais.

00:01:29

Médecin traitant: Comment je prends en charge les diabétiques de type 2, c'est ça ? Déjà, les prises de sang pour le dépistage. Et puis quand, quand on commence à découvrir un diabète à partir de 126 de glycémie, à ce moment-là déjà, j'explique toutes les mesures hygiéno-diététiques pour, pour voir un petit peu avec eux s'il n'y a pas quelque chose sur le plan, le plan alimentaire ou le plan exercice physique à travailler, j'instaure généralement une metformine en premier temps pour essayer de diminuer, et c'est de la discussion. On se revoit régulièrement pour voir si tout est bon, si tout est bien compris, et au contrôle de prise de sang tous les ici, trois mois après, pour voir un petit peu si on a déjà une efficacité. Pas de pas de spécialistes dans un premier temps quand c'est vraiment un diabète débutant.

00:02:19

Étudiant: Quelle place prend le diabète dans votre pratique au quotidien?

00:02:23

Médecin traitant: Une grande place quand même. J'ai beaucoup de diabétiques. Je peux pas dire exactement de pourcentage, mais au moins tous les jours où je vois, je vois un ou deux patients diabétiques, et surtout, plus on avance dans l'âge bien sûr, plus j'ai des patients âgés sur ma journée et plus je vais avoir de patients diabétiques.

00:02:43

Étudiant: Comment est incluse la prise en charge des patients chroniques, dont les diabétiques, dans vos études de médecine? Est-ce que vous avez un cours particulier?

00:02:55

Médecin traitant: Pour les maladies chroniques, on a pas de cours particulier. On voit dans chaque cours, dans chaque branche, on va voir les patients, les pathologies chroniques et les pathologies aiguës, mais il n'y a pas un cours qui va reprendre la prise en charge des pathologies chroniques. Maintenant, on apprend chaque pathologie et puis, pendant nos stages, on apprend à tout gérer, tout gérer d'un coup. Je réfléchis maintenant, c'est vrai que non, maintenant, c'est vrai qu'on est plus, peut-être, on a des cours sur les, au niveau cardio, sur les mesures, sur les facteurs de risque cardio-vasculaire, tout ce qui est diabète, hypertension, qui reprend toutes les pathologies chroniques. Pendant nos études, on est plus dans l'apprentissage de la pathologie plutôt que la prise

en charge et le traitement, tout ce qui est pris en charge et traitement, ça va être plus, être plus pendant notre assistantat sur la pratique, sur le terrain, on va voir comment, comment gérer.

00:03:57

Étudiant: Ok et pendant l'assistantat comment vous avez été informé de la prise en charge, l'inclusion des diabétiques, par exemple, dans les programmes de suivi, etc.?

00:04:07

Médecin traitant: Pendant nos, pendant les petits cours qu'on a pendant l'Assistantat c'est vrai que, par exemple, les trajets de soins, on approche tout doucement pendant nos études. Et puis, pendant notre Assistantat, on a des cours régulièrement, où on peut poser nos questions par rapport à la, par rapport au terrain. Et là, on apprend comment on fait les trajets de soins, comment, dans quelles conditions. On lit beaucoup les conditions INAMI et à force, on connaît. Mais c'est vrai qu'on a, on manque, je trouve, d'un cours, quelque chose, d'une formation pour nous expliquer de bien tous les trajets de soins qui existent, les conditions et comment les faire, qui peut les commencer aussi spécialiste ou médecin généraliste, et de savoir exactement quoi faire.

00:04:55

Étudiant: Après c'était des questions un peu plus par rapport au trajet de démarrage, mais comme.

00:04:59

Médecin traitant: Mais le trajet démarrage, si vous savez m'expliquer un peu ce que ça.

00:05:02

Étudiant: Le trajet de démarrage va remplacer, remplace ici depuis le premier janvier, le le pré trajet de soins.

00:05:08

Médecin traitant: D'accord ok.

00:05:10

Étudiant: Sauf qu'on a aboli les conditions d'accès qui sont le fait d'être âgé entre seize et 69 ans, parce que c'était de cette figure-là, c'est stop et il fallait avoir un mc au-dessus de 30 ou de l'hypertension ces deux conditions-là ont été abolies et il y a juste la condition d'être diabétique de type deux qui reste.

00:05:34

Médecin traitant: Mais parce que c'est le pré trajet de soins près de Prédiabète, c'était pas, c'était un trajet qui, dans le cadre prédiabète, non.

00:05:43

Étudiant: Non, quelqu'un qui est qui n'est pas dans les conditions, par exemple qui avait le traitement qui n'était pas dose maximale ou chez qui on envisageait pas de mettre en route un GLP ou insuline, était cette ici, pour couvrir toute la population diabétique de type deux, ils ont décidé d'abolir les deux conditions qui étaient restreignant pour pouvoir inclure plus de diabétiques de type deux.

00:06:10

Médecin traitant: Ok.

00:06:10

Étudiant: Et le programme reste tel quel, c'est-à-dire que le patient peut avoir accès à quatre séances d'éducation au diabète par un éducateur en diabétologie, deux séances chez la diététicienne, deux séances chez le podologue, s'il fait partie des groupes à risque, et ce qui est nouveau, c'est qu'il aura droit au remboursement de la visite annuelle chez le dentiste.

00:06:36

Médecin traitant: Ok, d'accord moi, si je peux donner une information, si ça peut être intéressant pour le TFE, moi, j'ai jamais lancé de pré trajet de soins et parce que c'était c'était plus de paperasse qu'autre chose, et qu'il n'y avait pas vraiment de bénéfices pour les patients qui étaient diabétiques au début, au début de leur diabète, parce que on fait ça en médecine générale, on a un format Médecine générale, on suivait, je suis un peu les plaies chroniques, s'il y en a, il n'y a pas de, il n'y a pas de consultation extérieure, et jamais jamais eu de moi, je n'ai jamais instauré un pré trajet de soins. Et quand je vois dans même pendant, mes stages, mes trois ans d'assistantat quand j'en parlais parce que je m'informais auprès de mon maître de stage, c'était pas le docteur V. J'étais d'abord sur Ath pendant deux ans, quand je posais les questions par rapport à quand est-ce qu'on doit lancer un trajet de soins, il me disait: ça ne sert à rien, il n'y a pas beaucoup d'avantages et lui non plus n'en lançait pas. Je pense qu'au niveau médecin général, il y a quelque chose à faire.

00:07:40

Étudiant: C'est une piste, oui.

00:07:43

Médecin traitant: Avec une bonne formation en santé publique.

00:07:48

Étudiant: Après, il y a certaines questions, qui peut être vous pouvez, par exemple, justement, on vient de parler du programme. Est-ce que vous auriez une idée de la manière dont on pourrait le mettre en place sur le territoire de la Wallonie Picarde?

00:08:03

Médecin traitant: Je pense qu'il faut surtout agir au niveau de cours, pendant la formation des étudiants, parce que, il y a aussi les GLEM, les formations pendant, toutes nos années de pratiques. Maintenant, le problème, c'est que ça mélange les personnes, les médecins plus âgés, les plus jeunes, et pour les plus âgés, ils auront, s'ils ont déjà eu l'information ça les intéresse pas. C'est vraiment au début de la pratique qu'on doit, qu'on doit agir. Et si on veut toucher les jeunes médecins, c'est par des formations pendant le pendant l'Assistanat. Soit les formations du samedi. Soit aller faire des tours dans les SPMA, c'est les cours pour ce qui est d'Erasmus, où on se regroupe justement, entre assistants, on pose toutes nos questions et de temps en temps, on fait intervenir des personnes externes pour, justement, nous donner plus d'infos des kinés, des pharmaciens, et ça peut être l'occasion de de bien informer les étudiants.

00:09:05

Étudiant: Et si maintenant, vous envisagez de mettre en place un trajet de démarrage, est-ce que vous vous voyez le mettre en place seul ou est-ce que vous auriez besoin, par exemple, de collaborer avec d'autres professionnels?

00:09:19

Médecin traitant: Si, dans les premiers, les premiers trajets de soins, on pouvait avoir une ligne de, de référence téléphonique juste pour nous répondre au cas où on oublie, on oublie un élément, ou bien on a une question, avoir quelque chose pour répondre à nos questions facilement sur, parce que c'est vrai que pendant les cours, on dit oui, on n'enregistre pas forcément tout. Et donc pendant la mise en place, ce sera bien d'avoir une ligne directe.

00:09:45

Étudiant: Après ça, c'est la particularité de la Wallonie picarde. J'y reviendrai après. Est-ce que, dans votre pratique quotidienne, qu'est-ce qui facilite la prise en charge des diabétiques de type 2?

00:10:02

Médecin traitant: Qu'est-ce qui facilite?

00:10:03

Étudiant: Oui.

00:10:04

Médecin traitant: Le fait que les gens, je dirais que les gens sont pas mal entourés de diabète, connaissent quand même le diabète et connaissent déjà, sans qu'on les informe, une partie des risques. Ils connaissent pas tout, mais du coup, ils sont plus conscientisés à la prise en charge. Ils savent que si on arrive à la prise de sang, si on a, on a une mauvaise prise de sang, ils savent que c'est grave et ils peuvent facilement se prendre en main, contrairement à l'hypertension par exemple. Je trouve que la communication par rapport à, par rapport au diabète est quand même déjà bien mis en place. Qu'est-ce qui facilite d'autres je ne sais, je ne sais pas.

00:10:49

Étudiant: Et bien.

00:10:49

Médecin traitant: Moi, j'ai pas d'autres j'ai rien qui me vient.

00:10:51

Étudiant: Et contrairement est-ce qu'il ya, qu'est-ce qui freine la prise en charge des diabétiques au quotidien?

00:10:59

Médecin traitant: Les mauvaises habitudes de vie qui nous envahissent et le fait que tout ça soit normalisé, la consommation d'alcool, la consommation de, les mauvaises nourritures qui nous entourent, tout ça, ça, c'est allez, ça rend plus compliqué la prise en charge, parce que, il faut vraiment travailler régulièrement sur les mesures hygiéno-diététiques, et faire comprendre aux gens que c'est important et qu'il n'y a pas que les médicaments, ça, c'est plus compliqué. Et alors, les ruptures de stock en médicament aussi, ça nous aide pas. Et les délais de consultation des

spécialistes aussi, quand on arrive à un diabète qui est assez avancé, qui est plus avancé et qu'on veut de passer la main à l'endocrino-diabète, c'est compliqué, parce que les rendez-vous, on est généralement à trois mois de délai et on prend en charge nous-mêmes, puis, après, le patient annule sont rendez-vous et ne voit pas l'intérêt et on perd du temps aussi dans la prise en charge.

00:12:09

Étudiant: C'est déjà des freins qui sont pas mal. De manière plus générale, de quelle manière sont centralisés les informations concernant un patient? Ça veut dire dossier informatisé, etc.?

00:12:22

Médecin traitant: Oui, comment c'est centralisé, le dossier informatisé, tout est dedans. Nous, on en doit bien tenir nos dossiers pour avoir vraiment tous les antécédents à chaque fois encodés. On doit mettre sur le réseau de santé les Suhmer qui reprennent à chaque fois tous les antécédents aussi, à savoir que je pense que, en hôpital, aucun médecin spécialisé ne regarde le Suhmer. C'est plus, je pense, entre médecin généraliste, si le patient change de médecin. Et alors il y a les sur le réseau de santé, les résultats labo et les résultats des rapports des spécialistes qui nous aident vraiment à tout centraliser et voir si le patient va bien à ses rendez-vous et s'il a déjà été alors qu'il était chez un autre médecin. Et ça permet vraiment d'avoir un meilleur meilleur regard sur les antécédents du patient et sur sa prise en charge. Mais il n'y a pas d'autres c'est principalement le dossier informatisé.

00:13:17

Étudiant: Ça, ça se passe de la même façon pour un diabétique, je suppose. C'est au même endroit que sont centralisées les informations.

00:13:25

Médecin traitant: Oui, il n'y a pas de différence.

00:13:27

Étudiant: Et justement par rapport aux spécialistes, après, c'est peut-être une question un peu plus fermée, mais est-ce que tous les spécialistes qui ont un rapport avec le diabète, vous trouvez facilement leur rapport?

00:13:42

Médecin traitant: Ça dépend qui, ça, ça, c'est vraiment, ça dépend du spécialiste. J'ai des... si on prend vraiment large par rapport au diabète, l'ophtalmologue par exemple, je ne reçois jamais les rapports d'ophtalmologues, les dermato, c'est plutôt rare. Les diabète, on a assez bien les retours, même si parfois, il faut un petit temps pour avoir le rapport. Mais on finit par avoir le rapport de consultation si on nous prend, nous, en compte. C'est vrai que nous, on tient, on tient nos rapports de consultation dans notre dossier médicalisé informatisé. On ne partage pas forcément non plus avec les autres spécialistes. Donc, on fait partie de ceux qui gardent les dossiers pour nous. Mais sinon, il y a quoi d'autre dans la prise en charge? Dermato, ophtalmo, les cardio, on reçoit bien les rapports. C'est plus les, les spécialités un peu plus spécifiques.

00:14:43

Étudiant: C'est plus par rapport aux patients lui-même. Quel va être son rôle dans ce programme, vous pensez?

00:14:55

Médecin traitant: Son rôle.

00:14:55

Étudiant: Oui.

00:14:56

Médecin traitant: Se prendre en charge lui-même, être conscientisé et de lui-même être proactif, parce que c'est vrai que nous, on doit faire attention à son suivi. Mais avec, comme je disais, avec le nombre de diabétiques, on peut vite passer à côté de quelque chose pour un patient si jamais il ne fait pas attention. Et le rôle du patient, c'est de savoir ce qu'il doit faire, c'est les suivis qu'il doit avoir et de lui-même, si jamais il se rend compte que ça fait longtemps, lui-même prendre rendez-vous lui-même, en parler au médecin traitant, pour être actif dans sa prise en charge et pas se laisser aller complètement et faire confiance à 100 %.

00:15:30

Étudiant: Ok là, c'est plus général par rapport au diabète de type 2. De quelle manière est-ce que vous êtes soutenu au niveau politique pour le moment, financier ou?

00:15:43

Médecin traitant: Ce qui est bien, c'est que, avec les, avec les diabète de type 2, quand ils ont un

trajet de soins, effectivement, il y a une, il y a une belle prise en charge au niveau financier, les médicaments sont déjà bien remboursés aussi. Donc là, on est bien soutenu. Je pense que dans, il n'y a pas vraiment de limite au niveau financier pour la prise en charge actuellement d'un diabète. Les patients n'ont pas cette excuse là, mais après, pour le reste de prise en charge, je n'ai pas d'idée.

00:16:10

Étudiant: Et de quelle manière vous, vous êtes encouragé à mettre en place les programmes de suivi du diabète?

00:16:18

Médecin traitant: Pour faire un bon boulot nous-mêmes, et c'est vrai que, généralement, on a les délégués aussi, qui nous rappelle régulièrement les facteurs de risque, la prise en charge générale, et on est régulièrement stimulés pour la prise en charge du diabète, ça c'est une pathologie où, généralement, on est souvent rappelé à l'ordre.

00:16:40

Étudiant: Ok donc, ça, c'est plus général par rapport à toute la population, de quelle manière, comment se met en œuvre la prévention et la promotion de la santé sur votre territoire, sur Chièvres et tout ça?

00:17:00

Médecin traitant: La prévention ? La prévention, pour moi, elle se fait au cabinet, régulièrement, quand on voit les patients, on en parle, on fait les prises de sang. C'est une première prévention. A la télé, on-dit manger, bouger, on fait pas mal de prévention pour conscientiser par rapport au sucre. Maintenant, il n'y a pas beaucoup d'autres préventions, je pense, je réfléchis. Je passe sûrement à-côté de quelques d'autres choses auxquelles je pense, pas là maintenant, mais pour moi, la prévention principale, c'est c'est ici, au cabinet.

00:17:34

Étudiant: Maintenant, il y avait une image ou quelque chose qui vous venait à l'esprit par rapport à l'organisation des suivis des diabétiques sur le territoire belge, à quoi vous vous penseriez. Est-ce qu'il y a une image ou quelque chose qui vous vient à l'esprit quand on parle du suivi des diabétiques en Belgique?

00:18:18

Médecin traitant: Des préjugés ?

00:18:20

Étudiant: Pas forcément, mais ça peut être un vrai juge.

00:18:25

Médecin traitant: Dans la région, on a sûrement une moins bonne prise en charge qu'en Flandre, ça, c'est sûr, parce que ils ont, ils ont les tops, quasiment en tout. Mais je pense que, dans l'image générale que j'ai dû de la prise en charge du diabète, mise à part les délais pour les spécialistes, c'est une bonne prise en charge quand même. On est bien entouré, comme je disais, on a des bons remboursements au niveau des médicaments. On a des, on a les trajets de soins qui sont là quand on sait s'en servir. Et généralement, l'image que j'ai c'est que, pour ce qui est du diabète, on a, on a une bonne prise en charge. Je me voile peut être la face (rire).

00:19:04

Étudiant: Je pense qu'on arrive à la fin de l'entretien est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter ou une réflexion?

00:19:15

Médecin traitant: Non ! J'ai déjà dit pas mal. Une meilleure collaboration entre santé publique et médecin généraliste pour mieux nous sensibiliser (rire).

Annexe 5 : Entretien MG 4 (Péruwelz)

00:00:03

Étudiant: Déjà, pour commencer, pouvez-vous vous présenter?

00:00:08

Médecin traitant: Je suis le docteur D.L. J'ai terminé mon assistantat de médecine générale il y a un an et demi et je suis installé sur Wiers réellement depuis octobre 2022. Je suis, je suis tout le temps sur Wiers, je ne travaille plus du tout à l'hôpital et je fais principalement de la consultation, des visites à domicile, je fais des consultes ONE aussi. J'essaye de faire un petit peu de tout en médecine générale, mais pas trop rien en plus.

00:00:42

Étudiant: Et sur quel territoire? C'est seulement sur Péruwelz ?

00:00:47

Médecin traitant: Péruwelz et alentours, fin Péruwelz et alentours et les petites entités autour, tout ce qui est village de Péruwelz, mais au-dessus de Péruwelz en général, je me déplace pas.

00:01:01

Étudiant: Maintenant, c'est plus par rapport au diabète. Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge un diabétique de type 2?

00:01:08

Médecin traitant: De manière générale, on commence à les suivre au cabinet. Moi, je n'envoie pas souvent chez le diabéologue. J'essaye de j'aime j'aime bien le diabète. J'aime bien suivre les patients diabétiques aussi. En général, j'essaie d'introduire moi-même, de faire des suivis moi-même et quand ils ont vraiment besoin d'aller voir le diabéologue, alors là, je les envoie chez eux. Mais c'est vrai que j'essaye de mettre toujours les traitements en place ici, de faire les les checkup annuel aussi. Mais ça, j'aime bien le diabète. J'ai fait mon mémoire là-dessus donc j'aime beaucoup le diabète (rire).

00:01:42

Étudiant: Là, c'est plus justement par rapport aux études, comment est incluse la prise en charge des patients chroniques, et plus particulièrement des diabétiques, dans le cursus de médecine?

00:01:55

Médecin traitant: On a eu un cours d'endocrinologie... Le problème, c'est qu'au moment où moi, j'avais des cours de d'endocrino, c'était encore avec les plus anciens traitements. Et donc, les nouveaux traitements ont été introduits petit à petit où on en parlait, surtout quand j'étais en grande clinique de médecine interne. Donc en médecine interne, on avait des séminaires sur le diabète, on voyait les nouveaux traitements, les normes, à ce moment-là aussi. Mais c'est par après qu'on est formés je trouve. Je fais beaucoup de formations avec des professeurs, des endocrino, et à ce moment-là, il nous réexplique à chaque fois pour les traitements. Mais c'est vrai que pendant le cursus, on voyait un peu le diabète, mais c'était les anciennes guidelines, c'était les anciens traitements et les nouveaux arrivaient seulement sur le marché. Donc c'était pas... par rapport à ce qu'on a appris, par rapport à maintenant, comment ça se passe réellement. C'est vraiment plus du tout la même, la même approche, et même les normes sont plus réellement les mêmes. C'est surtout à posteriori, finalement, que qu'on apprend un peu comment soigner les patients diabétiques.

00:03:05

Étudiant: Et de quelle manière est aussi incluse la mise en route des programmes de suivi de diabète dans les études?

00:03:13

Médecin traitant: Comment, on nous apprend à gérer les programmes ? Bah ils nous expliquent pas (rire). C'est c'est encore une fois des choses qu'on apprend par après et encore maintenant. Moi, c'est des choses que j'ai encore aussi beaucoup les patients diabétiques, j'ai encore du mal à savoir lequel on va mettre en trajet soins, lequel on va mettre réellement en convention, pourquoi on met l'un dans une catégorie et pourquoi pas dans une autre. Ça, c'est quelque chose que j'ai encore un peu du mal et c'est vrai que, finalement, c'est plus les diabéto qui nous donne juste le papier : "signez ça pour son trajet de soins". Mais sinon, c'est vrai que nous, on nous apprend pas réellement comment on doit s'occuper de ça en fait.

00:03:55

Étudiant: Comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage?

00:04:01

Médecin traitant: J'ai eu, j'ai été, une formation, un cours donné, encore plutôt un petit séminaire

donné par une firme qui s'occupe des traitements du diabète, où un endocrino, je sais plus son nom, du côté de Charleroi, nous a fait une présentation et nous a parlé du trajet de soins de démarrage. Et donc c'est là que j'ai appris l'existence de cette nouvelle entité, et c'était il y a un mois, je pense, plus ou moins. Il nous a donné le code à utiliser pour ça et pour quelle raison on doit mettre ce patient dans le trajet de démarrage et ce qu'il gagne en fait. Il nous a un petit peu introduit le sujet par rapport à ça. Mais sinon, je pense qu'on a reçu aussi un communiqué comme quoi c'était sorti par l'INAMI, mais ça s'est parmi tous les courriers qu'on reçoit (rire). Mais c'est plus par ce petit séminaire que ce médecin nous a expliqué, mais c'est vrai que, sinon, j'en ai plus entendu parler après, c'est vraiment par lui.

00:05:08

Étudiant: Qu'est-ce que veut dire "trajet de démarrage" pour vous ? Qu'est-ce que ça change?

00:05:23

Médecin traitant: Ça change pas grand-chose ! Ce qu'il y a, c'est que maintenant, ce qu'on essaie de faire, c'est très compliqué, parce que, comme on travaille à trois, trois, voire avec L. et M. à Blaton, on sait qu'il y a ce code qu'on peut mettre pour le trajet démarrage, mais on sait jamais lequel de nous l'a fait. On voit seulement si la mutuelle le refuse, si ça a été fait ou pas. Moi, j'essaie de le faire pour pouvoir prescrire, après tout ce qui est pédicure et tout ça, au patient. Mais c'est vrai que, sinon, je vois pas trop l'utilité à côté de ça, de les mettre là-dedans, parce que finalement, ils n'ont pas de remboursement pour tout ce qui est tiges. Ils n'ont pas de remboursement pour tout ce qui est vraiment en mesure de glycémie. C'est vrai que c'est ça qui est un point embêtant, c'est que c'est bien pour certaines choses, mais après, il y a des patients qui aiment bien, quand même contrôler leur diabète et finalement, ils ont pas les remboursements. Ils doivent seulement voir le diabète, c'est-à-dire dans un an et demi. Et donc, finalement, le diabète ne s'est pas le mettre en trajet de soins, vu qu'il faut être sous pique. Pour moi, tant pour le diabète vraiment débutant, ça peut être intéressant pour la pédicure, mais c'est vrai que, sinon, ou alors je ne le sais pas encore à quoi d'autres ça peut servir? À part ça, je ne sais pas.

00:06:44

Étudiant: Ok, après, on a un petit peu répondu, mais comment le trajet de démarrage va être intégré dans votre pratique quotidienne?

00:06:57

Médecin traitant: Il faudrait qu'on y pense à chaque fois, chaque année, quand on voit les patients en début, en début d'année qu'on y pense. Mais il faudrait que, parce que, encore une fois comme on a une pratique de groupe, c'est un peu embêtant, parce que si c'est notre patient à nous, on le sait, on se met, on met une petite note. Il y en a parfois qui mettent pas de notes ou qu'on ne sait pas voir si ça a été fait ou pas. Mais c'est vrai qu'il faudrait qu'on ait un peu, parce que nous, dans les programmes, maintenant, ils notent directement qu'il y a un trajet de soins. On sait que le trajet de soins été mis en route, mais avec ce programme, avec le trajet de démarrage, on n'a pas, on n'a pas d'onglet vraiment, qui montre que ça a été fait, et on ne sait pas vraiment suivre par rapport à ça. Je pense qu'à part, ils pensaient en janvier, dès qu'on est en janvier, les mettre, tous en trajet de démarrage, ça permettrait de moins oublier. Mais, je pense que j'ai déjà (rire) oublié, oublié beaucoup. On n'y pense pas beaucoup, parce que c'est vrai que, on ne voit pas, ça se noie un peu dans toutes nos notes, finalement, de consultation.

00:07:51

Étudiant: Ok et par rapport au programme, quel est votre rôle par rapport à ce programme?

00:08:04

Médecin traitant: Je vois pas trop à quoi, ce que ça change par rapport à ce qu'on faisait habituellement. Parce qu'on est un peu valorisé dans le sens où on a l'impression de faire quelque chose pour, un peu comme diabétologue faisait pour le patient. Le patient a l'impression finalement aussi, il a des aides en plus quand même, grâce à ce programme. Mais c'est vrai que ça nous fait, ça nous change pas grand-chose finalement, par rapport à ce qu'on faisait, ce qu'on faisait avant, à part devoir penser à mettre ce code. Mais sinon, ça ne change pas grand-chose. Dans notre. En tout cas, dans ma pratique, ça change pas grand-chose.

00:08:42

Étudiant: Est-ce que vous vous voyez capable de coordonner ce programme seul?

00:08:49

Médecin traitant: Encore une fois, je sais pas trop ce qu'il y a d'autres comme possibilité à faire

avec ce, ce, ce, c'est ça, avec ce trajet de soins démarrage, oui, pour l'instant oui. Maintenant, moi, c'est parce que j'aime bien les patients diabétiques qui aiment bien m'occuper de ça. Essayer de trouver des autres possibilités de traitement, ça change pas trop par rapport à ma pratique maintenant, je pense que pour ceux qui s'occupent moins du diabète ou qui ont moins l'habitude c'est un peu plus contraignant, parce qu'ils prennent un peu la place du diabétologue et ils veulent faire ce système là pour qu'on limite les consultations en diabète. Peut-être, je trouve optimal, bien s'y connaître en diabète aussi, pour ne pas faire de bêtises, moi, pour moi, gérer le programme, ça va, mais maintenant je suis pas diabétologue non plus, c'est c'est c'est pas toujours évident, mais en tout cas pour le démarrage ça va !

00:09:56

Étudiant: Avant on a déjà répondu un petit peu. La question était par rapport aux informations : où est-ce que vous pouvez trouver les informations concernant le trajet de démarrage? On y a répondu un petit peu, sur l'INAMI.

00:10:09

Médecin traitant: Oui.

00:10:12

Étudiant: Après c'est plus par rapport au diabète en général, qu'est-ce qui facilite le suivi d'un patient diabétique au quotidien?

00:10:28

Médecin traitant: Un patient qui est compliant déjà, qui vient quand on lui dit de revenir faire ses contrôles? C'est ça, c'est surtout, c'est un patient qui est compliant, parce qu'on en a beaucoup qui viennent une fois, puis après, on perd de vue, prennent plus leur traitement, et puis après, c'est la catastrophe. Et nous, on essaye de toujours bien informer de ce que c'est et de demander de revenir régulièrement quand même, pour contrôler et vérifier que tout reste équilibré. C'est plus la compliance du patient.

00:10:54

Étudiant: Et justement, à contrario, qu'est-ce qui freine? Qu'est-ce qui freine le suivi du patient diabétique?

00:11:06

Médecin traitant: Les patients qui sont pas compliqués, qui suivent, qui arrive, qui suivent pas les recommandations, ce qu'on leur dit de faire, qui ne suivent pas leur traitement, qui arrêtent sans demander qui c'est c'est ceux qui ne viennent juste plus. Ça, c'est aussi, c'est aussi en tant qu'on a beaucoup qu'on perd de vue et c'est vrai qu'on a pas vraiment le temps de commencer à les rappeler pour les faire revenir, on pense plus non plus. On leur dit de repasser dans six mois, puis ils viennent pas et on les revoit deux ans après. Ils ont toujours pas toujours pas fait leur prise de sang. Ou j'ai le cas aussi avec des patients qui ont toujours de demander tout par mail, je fais mes ordonnances de metformine par mail. Ça fait trois ans qu'il a pas fait de prise de sang. C'est aussi le problème, c'est les patients qui, en plus en consultation et préfère tout faire de manière informatique pour éviter de venir et en même temps après, on les perd de vue. Et nous, encore une fois, étant donné le travail qu'on a, on fait vite les ordonnances, on suit plus non plus. Et c'est après, en regardant on-dit: tiens, ça fait deux ans qu'il n'a plus rien contrôlé. On sait même pas son diabète, ce que ça donne. Et, et ça, c'est un peu embêtant, c'est vraiment ceux qui viennent plus, ceux qui viennent plus faire d'autres contrôles de manière générale, ou qui arrêtent leur traitement de manière générale, c'est quand il faut. On retourne sur la compliance et compliance des des patients.

00:12:22

Étudiant: Là, c'est plus, de manière générale, de quelle manière est centralisée l'information le concernant? Quand je parle de ça, c'est le dossier informatisé etc...

00:12:34

Médecin traitant: Nous, on a un dossier informatisé partagé avec les médecins du cabinet. Autant ceux de Blaton qu'Ici c'est partagé entre tous, et on a accès comme ça aux notes de chacun, en prise de sang de chacun. Et aussi au réseau santé wallon, on a aussi accès aux notes des spécialistes et des prises de sang des spécialistes. Donc c'est tout le temps informatisé.

00:12:53

Étudiant: Ok, et c'est peut-être une question un peu plus fermée, ça. De manière générale, les rapports, par exemple des spécialistes, etc., sont faciles à voir ?

00:13:05

Médecin traitant: Les rapports des spécialistes, oui, quand ils en font, quand ils font des rapports,

ça c'est maintenant. Maintenant les diabéto en général, ils font des rapports, ça, on a, on a facilement accès et ils nous les envoient pas systématiquement, mais on les retrouve sur leur carte d'identité. Donc on a pas trop de problèmes pour les rapports des spécialistes.

00:13:28

Étudiant: Pour la personne diabétique, les informations sont aussi centralisées au même endroit?

00:13:37

Médecin traitant: Ils ont accès maintenant? Il y a des patients, des spécialistes qui bloquent parfois leur ou des hôpitaux qui bloquent parfois des rapports, et les patients nous voient qu'il ya un rapport mais n'ont pas accès au rapport que nous, que nous, on a accès. Mais en général, nous, les patients, s'ils nous contacte, ou on leur envoie par par mail, ou on leur donne quand ils viennent, on leur donne leur rapport. Comme ça, ils ont aussi une farde chez-eux pour avoir tout ce qu'il faut. Mais je pense qu'en général, les notes des endocrinologues, c'est quelque chose qui est assez vite accessible pour les patients.

00:14:13

Étudiant: Comment va être organisée la mise en œuvre du programme ?

00:14:28

Médecin traitant: Nous comment on ferait ici ?

00:14:30

Étudiant: Oui.

00:14:31

Médecin traitant: pour ce qui se passe, c'est que nous, on voit nos patients diabétiques. Si c'est un nouveau diabétique, on lui explique ce que c'est que le trajet de soins démarrage, en expliquant ça, les choses qu'on connaît, ça permet d'avoir des remboursements pour la pédicure, pour l'éducateur en diabétologie aussi qui peuvent venir. On explique un petit peu, de manière générale, ces choses-là, et alors on fait ce code qu'on facture quand ils viennent en consultation. Maintenant, c'est vrai que moi, personnellement, mes patients diabétique que je suis depuis longtemps, je leur fais automatiquement, sans demander leur expliquer réellement ce que c'est mais ils savent qu'ils ont des remboursements pour tout ce qui est pédicure, l'éducateur et après, je ne sais pas, je ne sais plus s'il y a autre chose.

00:15:27

Étudiant: Comment là, c'est une question un peu plus pour ce qui va se passer après. Comment va être évalué ce programme?

00:15:37

Médecin traitant: Je sais pas. Oui, évalué par, c'est par l'INAMI qui va voir si on le prescrit beaucoup ou pas.

00:15:49

Étudiant: Oui, est-ce qu'il y aura une évaluation?

00:15:53

Médecin traitant: Je suppose, s'ils demandent qu'on mette des codes de nomenclature, c'est qu'ils veulent voir si on a fait beaucoup ou pas. Maintenant. Je sais pas du tout si ça va, se faire. J'ai l'impression qu'ils ont vraiment fait ce système pour que les patients aillent de moins en moins chez le diabétologue. Et qu'ils aient le droit quand même une aide pour certaines choses, mais c'est vraiment, j'ai l'impression, en tout cas c'est ce que l'endocrinologue nous disait, c'est pour dire de les envoyer le plus tard possible chez eux, pour dire que qu'ils les voient quand c'est vraiment nécessaire pour l'insuline et finalement, ce sont les médecins généralistes qui gèrent plus le diabète que eux mais c'est vrai que je sais pas du tout comment ils vont faire.

00:16:35

Étudiant: Là, c'est plus par rapport aux patients. Quel va être son rôle dans ce programme?

00:16:48

Médecin traitant: C'est d'être assidu dans ses glycémies (rire), essayer de lui-même, ça aussi, sa part un truc, je ne sais pas si c'est lui qui contacte l'éducateur ou si c'est l'éducateur qui reçoit mais je suppose que c'est pour essayer de se faire suivre un peu plus correctement et permettre au patient de, si c'est un peu comme le même principe que le trajet de soins, s'il doit voir au moins deux fois par an son médecin traitant et essayer de rendre un peu plus assidu dans son traitement, un peu plus compliant aussi, peut-être dans dans son traitement et dans son diabète.

00:17:26

Étudiant: C'est déjà très bien. Comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour le suivi d'un diabète de type 2? C'est plus général?

00:17:41

Médecin traitant: Moi, j'ai l'impression que c'est lié à ce système. Ça permet de toucher un petit peu. On touche une petite somme à chaque fois qu'on met ce système en route. À côté de ça, je j'ai pas l'impression d'être vraiment soutenu pour suivre les patients diabétiques. C'est vraiment, je pense, que le fait que ce soit un impact financier, ça peut peut être aider, motiver plus de médecin généraliste à se soucier tout ça et de suivre un peu mieux le diabète. Je pense que c'est un impact financier plutôt qu'autre chose.

00:18:14

Étudiant: Est-ce que vous avez une idée de comment va être financé le trajet de démarrage?

00:18:18

Médecin traitant: Non. Bah c'est l'INAMI et c'est nous (rire).

00:18:24

Étudiant: C'est plus justement, on l'a un peu évoqué, mais de quelle manière vous allez être encouragé à mettre en œuvre ce programme?

00:18:32

Médecin traitant: C'est l'impact financier, je pense, qui va plus aider et le fait que les patients aient des aides aussi supplémentaires. Moi, j'avoue que si je pouvais passer pour avoir des appareils pour se tester, j'enverrai tous les patients chez le diabéto. Mais je sais que c'est pas possible, juste pour des trajets de soins, pour qu'ils aient ces aides financières aussi, mais c'est tout.

00:18:57

Étudiant: Là, c'est plus par rapport à la région, la Wallonie Picarde. De quelle façon va être organisé ce programme sur le territoire de Wallonie Picarde?

00:19:11

Médecin traitant: Je sais pas du tout.

00:19:15

Étudiant: C'est plus par rapport à la Belgique, à quelle image vous fait penser l'organisation du suivi des diabétiques sur le territoire belge?

00:19:32

Médecin traitant: C'est un peu compliqué de manière générale. Il manque beaucoup de médecins. Surtout, beaucoup de diabéto dans la région, on a beaucoup de patients laisser un peu à l'abandon par les spécialistes et on a l'impression de devoir finalement faire entre guillemets, leur travail, parce que c'est c'est impossible d'avoir des rendez-vous, c'est toujours beaucoup trop long. Une fois que ça se déséquilibre, on sait jamais les joindre. C'est moi je trouve ça. Je trouve que nous, en tant que médecin généraliste, si on ne voit pas vraiment de déléguer pour le diabète ou on va pas des séminaires réellement pour le diabète, on n'est pas formés du tout pour les nouveaux traitements, sachant que ça change tout le temps au niveau des critères de remboursement. Et les diabétologue sont pas disponibles. Et je trouve que c'est assez compliqué, parce qu'il ya peut être beaucoup plus jeunes médecins qui vont avoir plus facile à s'occuper de tout ça que d'autres peut être plus âgés, qui auront plus de mal parce qu'ils gardent leurs anciennes méthodes. Il n'y a pas vraiment de formation, j'ai l'impression un peu générale, pour pour s'occuper des patients diabétiques. J'ai impression que c'est un peu, c'est un peu compliqué en Belgique, on n'est pas des bons élèves au niveau du diabète, je pense.

00:20:44

Étudiant: C'est possible. Par rapport à la population générale. De quelle façon la population qui ne présente pas de diabète va être incluse dans ce programme?

00:20:57

Médecin traitant: De quelle façon ?

00:21:03

Étudiant: Quelqu'un qui n'est pas diabétique, de quelle manière il va être inclus dans le programme?

00:21:08

Médecin traitant: Dans le trajet de démarrage?

00:21:13

Étudiant: Oui.

00:21:14

Médecin traitant: Il faut être diabétique pour être dans le trajet de démarrage.

00:21:18

Étudiant: Oui, ça peut être oui.

00:21:20

Médecin traitant: Oui, par exemple, les patients qui sont obèses, les patients qui ont, de manière familiale ou ce genre de choses, c'est ça, c'est c'est patient là, qui peuvent être à risque de faire. Mais il faut être diabétique de toute façon.

00:21:39

Étudiant: C'était pas pour faire un piège, c'était juste là. C'est plus par rapport à la prévention et la promotion de la santé au niveau du territoire, par exemple de Péruwelz : comment est organisé la prévention et la promotion de la santé?

00:22:07

Médecin traitant: Je réfléchis, il n'y a pas grand-chose, à part les patients qui viennent chez le médecin pour des suivis, qui, on va les peser, on va voir qui sont un peu surpoids. On va essayer un peu d'expliquer les risques que ça encours. Mais c'est vrai qu'à côté de ça, j'ai pas l'impression qu'il y a vraiment un moyen. Pour les enfants, oui, on essaye de faire attention, à l'ONE, en médecin scolaire, on essaye de prévenir par rapport à tout ça, mais sinon, j'ai jamais vu de campagne pour ça dans Péruwelz.

00:22:44

Étudiant: On arrive à la fin de l'entretien est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ou une réflexion par rapport?

00:22:55

Médecin traitant: Non, je veux bien que tu m'expliques après le trajet de démarrage (rire).

Annexe 6 : Entretien MG 5 (Ath)

00:00:01

Étudiant: Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et me dire depuis combien de temps vous exercez?

00:00:07

Médecin traitant: Je m'appelle B. Je suis médecin généraliste diplômé de l'UCL, le 30 juin 1990, et j'exerce en tant que médecin généraliste depuis bientôt 33 ans. Donc, on travaille en équipe sur deux sites. Pour l'instant, on est cinq. L'année prochaine, on sera trois et demi. Donc, une population semi rurale, et on fait encore de la médecine générale avec des consultations au domicile, et on sort encore voir les gens à domicile, on consulte encore de nos patients âgées à domicile. On travaille avec deux assistants et une collègue. On est deux titulaires et là, on sera bientôt trois, puisque la quatrième va peut-être partir à moitié pour aller avec écouter le chant des sirènes dans le Brabant Wallon (rire). Mais elle va probablement garder un pied chez-nous et comme partout, on trouve plus d'assistant donc voilà. Positionnement par rapport à la médecine, on est envahi par l'EBM. On essaie de garder les pieds sur terre et de faire de la médecine et pas simplement des statistiques, ce qui semble devenir impossible vis-à-vis des attitudes de Vandenbrouck dont on connaît les influences, il suffit de savoir dans quelle partie il était affilié quand il était jeune.

00:01:24

Étudiant: Et sur quel territoire exercez-vous ?

00:01:29

Médecin traitant: C'est grand hein ! Essentiellement, entre Ath et Leuze. Oui donc les villages dépendant de Leuze du côté de Ath, le centre-ville de Ath, les villages du côté de Ath, mais pas dans la ville de Leuze.

00:01:45

Étudiant: Ok là, c'est par rapport au sujet du mémoire. Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge un diabétique de type 2 en médecine générale?

00:01:54

Médecin traitant: Le diabète de type 2, ça devient épidémique. La prise en charge, de manière générale, on va prendre, de manière médicale et diététique au départ. Donc, systématiquement, on collabore avec une ou deux diététiciennes et surtout une qu'on connaît très bien. Et les patients, ils sont réticents à l'idée de modification de régime alimentaire et leur mode de vie. Systématiquement, maintenant les envois chez la diététicienne, chez celles qu'on connaît, ou chez une autre, ou chez un autre, pour taper sur le clou. On s'est aperçu que la petite-fiche de conseil, ça ne servait absolument à rien du tout, puisque la réponse sera toujours, pourtant, je ne mange pas de sucre (rire). On peut répéter 36 fois le même cinéma : expliquer la genèse du diabète de type 2. C'est beaucoup plus difficile à soigner qu'un diabète de type 1. Parce qu'il faut persuader d'abord les gens de changer de mode de vie.

00:02:48

Étudiant: Et quelle place ça prend dans votre pratique de tous les jours en temps?

00:02:54

Médecin traitant: Dans le groupe, il y en a une qui est hyper spécialisé dans le diabète. C'est A, qui a fait son TFE sur le diabète. C'est madame "diabète" dans les cas compliqués. En temps ? C'est difficile à évaluer, je dirais quand même qu'un bon 15 % au moins, on tourne autour de ça. Avec de plus en plus de patients compliqués, de plus en plus d'emmerde avec les mutuelles. Malheureusement, on demande de plus en plus de prendre en charge le diabète de type 2, on s'aperçoit qu'on a plus en plus d'entraves à la possibilité de bien soigner un diabétique de type 2. Si ce n'est avec de l'eau bénite et un vélo (rire). Oui mais les choses sont comme elles sont hein !

00:03:36

Étudiant: Comment est incluse la prise en charge patient chronique et surtout du diabète dans le cursus de médecine?

00:03:43

Médecin traitant: Moi, je suis décalé, ça fait déjà 33 ans. Ça faudrait demander à un jeune médecin. J'en sais rien. Je sais pas.

00:03:48

Étudiant: Mais dans vos études à vous, est-ce qu'il y avait?

00:03:52

Médecin traitant: Le diabète ?

00:03:52

Étudiant: Oui.

00:03:52

Médecin traitant: On a eu la chance d'avoir nous, un prof qui était très conscientisé. C'est très marrant, parce qu'il en est mort. Il a écrit un magnifique bouquin sur le diabète de type 2. A l'époque lui tapait sur le clou : mieux soigner les gens et a fait tout contraire, il est mort d'un infarctus, en écoutant pas le stagiaire de garde à Saint-Luc, il fait son infar. Dans la fin des années 80, il tapait déjà sur le clou en prévoyant l'épidémie qui allait arriver, c'était déjà prévisible, on était très conscientisé de l'émergence de l'épidémie du diabète de type 2.

00:04:35

Étudiant: Ok là, c'est plus par rapport au programme en lui-même. Comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage?

00:04:47

Médecin traitant: Comme d'habitude par hasard. Je crois quand même qu'on a dû recevoir, mais il faut être attentif, un courrier, mais qui tombe dans l'e-HealthBox. Et alors, moi, je me suis abonné aux news, on appelle ça les urgences de l'INAMI. Je regarde de temps en temps, il y avait une annonce dedans, ou sinon il n'y a pas eu d'information vraiment bien officielle. Un confrère en avait parlé, par rapport au numéro de code qui avait changé. Au départ, les infos comme d'habitudes ont mal été organisées.

00:05:20

Étudiant: Et qu'est-ce que veut dire trajet de démarrage pour vous?

00:05:24

Médecin traitant: Trajet de démarrage, c'est un peu ambigu, puisque quand on regarde le texte, c'est adressé aux patients qui commencent du diabète de type 2, pour faire un trajet de soins, avec les objectifs habituelles du trajet, une prise en charge structurée et efficace. Maintenant, pourquoi pas y inclure tous les patients qui sont diabétique de type 2, même mal pour moi, je me dis que diabète de type 2 débutant, c'est aussi un diabète de type 2. Finalement, ça chipote, qu'on veut réintroduire, relancer une dynamique de prise en charge à améliorer, mais ce quand on regarde le texte: début diabète de type 2. On sait retirer les avantages qu'on avait quand même avec le trajet de soins, parce que l'ancien système ça servait à rien.

00:06:13

Étudiant: Pré-trajet de soins, c'est ça?

00:06:18

Médecin traitant: Oui c'est ça. Ça et rien, c'était la même chose. Sauf peut-être des avantages financiers c'est tout.

00:06:21

Étudiant: Et qu'est-ce que ce programme apporte de nouveau?

00:06:27

Médecin traitant: Il donne le droit à avoir des séances d'éducation de manière structurée, réduction la consultation diététique, l'éducation. De mieux pouvoir structurer le diabète au moment où c'est plus important, c'est au début qu'on a besoin et pas quand ça devient compliqué. C'est un peu une logique débile.

00:06:52

Étudiant: Ok comment le trajet de démarrage va être intégré dans votre pratique quotidienne ?

00:06:59

Médecin traitant: On s'y met directement, maintenant, on commence à les encoder. Le problème, c'est savoir comment on va organiser tout ça, surtout au niveau de l'éducation c'est pas clair du tout, pas clair du tout. Il y a, il y a tout ça. On commence à les encoder. Maintenant, pour le reste, diététicien : ça marche. L'éducation sait pas encore comment ça fonctionne au niveau du trajet de démarrage. Là, les infos ils sont nul part ! Je me suis amusé à regarder hier...

00:07:30

Étudiant: Je pourrais peut être vous renseigner.

00:07:33

Médecin traitant: Oui, parce que c'est pas clair. Adressez-vous au CML, il n'y a pas de CML. Certes, on s'en est pas occupé, il y avait trop de choses à faire, on est pas. Oui.

00:07:43

Étudiant: Et quel est votre rôle dans ce programme?

00:07:47

Médecin traitant: On va essayer de garder un rôle essentiel, parce que si on écoute toujours Vandembroucke, qui détricote tout, plus personne n'aura de. Si on l'écoute plus personne n'aurait de rôle préférentiel. Un orchestre sans chef d'orchestre ça marche pas hein. On voit dans un tas de, en mettant tout le monde à l'horizontal... Ça marche bien, le trajet de soins, l'avantage c'est qu'il y a quand même deux personnes, finalement, qui surveille bien l'histoire. C'est le médecin traitant et le spécialiste et l'infirmier qui passe et qui, qui surveille quoi, quand même, deux personnes complémentaires qui surveillent bien. On voit les les patients qu'on en a, les patients chroniques, compliquées, quand il y a des intervenants fixes, on arrive quand même à d'excellents résultats. On prend B. (patiente), c'est extraordinaire quand même ! Quelqu'un qui n'a pas beaucoup, pas beaucoup de neurones, qui fait confiance et qui arrive à se stabiliser. Alors qu'à priori, c'est quelqu'un chez-elle, devait très, très, très mal tourner. Donc la complémentarité est efficace et le moment de le faire c'est au début du diabète et pas quand on doit passer à des traitements compliqués avec de l'insuline.

00:08:56

Étudiant: Ok et de quelle manière va être organisé le trajet de démarrage sur le territoire de Wallonie Picarde?

00:09:09

Médecin traitant: Aucune idée ! Aucune idée ! Il y a trop d'intervenants, il y a trop d'intervenants. Malheureusement, la mort du système c'était les cercles, moi je suis fondateur du premier cercle qui était fondé, et là-dessus, mais on donne trop de responsabilités, notamment aux cercles qui ont un tas de choses à faire, notamment pour les gardes. Les responsables des cercles ont bien d'autres soucis que la gestion du diabète ou des choses comme ça, c'est pas clair, c'est pas clair du tout, on s'y retrouve pas, et c'est qu'il n'y a pas d'information pertinente et claire. Il y a trop d'intervenants dans le système et là, l'Etat est défaillant dans l'organisation de l'information par rapport au rôle des différentes personnes et comment tout coordonner, c'est bien beau de dire les noms des CML, il n'y en a pas.

00:09:58

Étudiant: Quand vous dites les CML ?

00:10:00

Médecin traitant: Les centres de coordination qui auraient dû être mis en place.

00:10:04

Étudiant: Comme il y a le RLM à Mons par exemple ?

00:10:08

Médecin traitant: Oui c'est ça ! CML ou RML ?

00:10:14

Étudiant: C'est réseaux multidisciplinaire local.

00:10:25

Médecin traitant: Oui c'est ça !

00:10:25

Étudiant: Qu'est-ce qui facilite le suivi d'un patient diabétique de type 2, plus généralement?

00:10:32

Médecin traitant: Son adhésion essentiellement. S'il a envie, ça va. S'il a pas envie c'est perdu d'avance.

00:10:40

Étudiant: C'était la question d'après justement, qu'est-ce qui freine? Justement?

00:10:45

Médecin traitant: C'est toujours le patient. Tout repose sur le patient. Il faut qu'une constellation, du moins des personnes fiables derrière pour le relancer. Ça donne la possibilité d'avoir des consultations remboursées chez un ou une diététicienne compétentes et qui un Aura suffisant que pour persuader le patient. Plus les réunions d'information on observe que les patients sont très attentifs à l'information. Ils adhèrent facilement pour la plupart. Ça change, ça change, ça change, on fait, le traitent jusqu'au que ça change. Tout le fait de traitement, parce que la formation qu'on a souvent, on n'a pas beaucoup de temps, on va-vite, on n'a pas toujours fait, n'a pas toujours le doigt sur les mêmes problèmes. Et l'ensemble de trois, on arrive à un excellent résultat. Les patients, que j'ai la plupart, qui ont une concertation, qui l'intervention de médecin, infirmier, diététicienne ont des résultats. j'ai des cadres clairs et nets, et c'est bien plus efficace. Encore plein de gens qui considèrent que le médicament va guérir leur diabète, guérir leur diabète ! Expliquer,

qu'il guérira pas du diabète, on va stabiliser un processus qui est mis en route et que c'est à eux à faire attention à leur mode de vie et que les médicaments viennent compléter. Je prends un médicament, je peux boire, je peux manger, je peux faire ce que je veux en fait ! Je m'en fous de mon cholestérol et de mon diabète.

00:12:07

Étudiant: C'est plus par rapport aux informations. De quelle manière sont centralisées les informations qui concernent un patient de manière générale ?

00:12:19

Médecin traitant: On travaille avec les dossiers médicaux informatisés. On travaille dessus depuis, j'ai 53 ans, depuis 30 ans ça devient quand même des outils hyper sophistiqué. L'Etat voudrait qu'on structure ça de manière hyper structuré. Le but est de pomper nos données avec des exigences délirantes qu'on ne peut pas suivre. Alors nous ils viennent à la consultation, il y a des choses qui sont pas forcément dans le dossier. Donc par rapport au patient, on va pas commencer à mettre une page A4 de critères. On a la bio, c'est bon, c'est mauvais. Il y a ça qui va, il y a ça qui va pas. Si on veut faire ça de manière rigoureuse, c'est impossible niveau timing ! On devrait avoir une feuille A4 avec tous les critères plus ou pas rempli. Il faut des consultations...C'est pas... Le critère temps qui intervient. Donc dans le dossier, on a les bios, nos commentaires, on a le rapport des spécialistes et on jongle avec tout hein ! ce qu'on voulait structurer quelque fois besoin, un résident, c'est de manière très structurée. De moi le fait. On s'est structurer le dossier uniquement dans une rubrique diabète, en intégrant sur la même page tous les facteurs intervenants. Pas beaucoup de gens qui le font, on saurait le faire. Il faut donner plus de temps. C'est par exemple, actuellement, c'est pas possible, c'est on travaille en fonction d'un résultat, on intègre ça et on marque la conclusion mais c'est vrai qu'on intègre pas toutes les données en un endroit. Le programme permet quand même de faire d'autres choses : des graphiques de poids. On trace facilement des graphiques d'insuline, de glycémie, d'hémoglobine glyquée. Avec l'outil informatique, on a rapidement une vue sur ce qui se passe à condition d'intégrer les données minimum biométrique : poids, taille et le suivi. Ce qui manque sans doute, ça il y a pas de programme qui le fait. C'est un système facile à intégrer, une page programme avec : tac-tac, j'ai ça, ça et ça. Est-ce que ça a été fait ou pas? L'ancien programme permettait mais c'était dans l'ancien système, il y a pas tous les critères exigés actuellement. Maintenant, je crois que les informaticiens perdent beaucoup de temps à suivre les exigences de l'État avec des trucs qui servent absolument à rien. Mais d'avoir, de travailler par par brique prédéfinie, je les ai plus en-tête. Mais moi je note, par exemple, facilement. Il est facile d'oublier ou de ne plus savoir quand le patient a été chez l'ophtalmo si on est pas attentif.

00:14:58

Étudiant: Ok, et vous parliez des rapports des spécialistes. Après, c'est peut-être plus une question fermée, mais est-ce que c'est facile à trouver ou?

00:15:09

Médecin traitant: Ça dépend de la bonne volonté des hôpitaux. En Belgique, c'est c'est je sais pas si vous connaissez la structure de circulation d'infos ? La circulation médical. Au départ, on avait uniquement des courriers papier. Les courriers papier se sont informatisés progressivement. Au départ, chaque hôpital envoyé "boum" ses données avec une passerelle. Finalement, les passerelles sont disparus. Il y en a encore qui existent, commerciales. Maintenant, tout passe par les e-Healthbox, qui est une boîte, c'est installé dans notre programme. Il y a une banque, il y a le Réseau Santé Wallon qui est une banque de données d'exams faits, qui n'est pas une banque de résultats, une banque de données de ce qui a été fait et qui sert de passerelle pour récupérer les données. Tout ça dépend de la bonne volonté. Donc, ici, on a beaucoup de problèmes avec beaucoup des hôpitaux. Il y en a qui se protègent, il y en a qui ne veulent pas, il y en a qui font semblant (rire). C'est très compliqué, très, très compliqué. Epicura (hôpital) très, très fonctionnel et très réactif. CHWapi (hôpital), toujours à la traîne, parce que c'est le CHWapi, ils ont été hacker et sont parano, toujours à traîne. Les flamands, un peu comme ils veulent, les flamands ont tendance à faire de la rétention de l'information vis-à-vis des médecins et du patient et des trucs qu'on a beaucoup de difficultés à voir. Mais, le Réseau Santé Wallon est un... Le problème, c'est que les résultats qui arrivent dans le Réseau Santé Wallon ne sont pas directement visibles du médecin directement.

On n'est pas averti que c'est arrivé, il y a pas de sonnette. Si le patient dit : "docteur, j'ai été faire une bio". Elle est dedans, on va la chercher, tandis que l'e-HealthBox, boum ça rentre. On va la voir le soir, on lit comme un document papier, mais on est dans une période de soi-disant de transition. Finalement, on sait plus très bien qui envoie quoi, comment. Epicura supprime le papier mais envoie encore des papiers. On voit les résultats, on voit tout de manière informatique. Mais comme tout est informatique, tout est considéré comme envoyé par informatique et certains trucs n'arrivent plus! CHWapi, si une biologie n'est pas complète, ils ne l'envoie pas. Ça veut dire que si, en plus, le diabète, un petit malin qui demande un dosage de Zinc, ça prend un mois, on peut pleurer pendant... Faut savoir que la communication avec les hôpitaux, c'est la bérézina hein ! Et ça semble pas être le fait du hasard malheureusement, Ça intègre cette partie de désintégration de la médecine générale dans une réorientation vers la médecine hospitalière. C'est la volonté de toute façon du pouvoir actuel, c'est de supprimer tout ce qui est extra hospitalier. Dans le projet du PS, actuellement, il y a suppressions, si j'ai bien compris, de la médecine spécialisée extrahospitalière, notamment. Et ça nous pend sous le nez aussi puisque nous on va rentrer dans le système du New Deal. Où, c'est l'héritage de 64. Nous, on a tous les désavantages des fonctionnaires et tous les désavantages des indépendants, donc aucun avantage des deux. On est médecin d'État actuellement, on est de faux indépendants. Donc il y a beaucoup de difficultés de communiquer avec les hôpitaux, Epicura c'est impossible. Le coup de fil du confrère, il y a dix minutes, il veut contacter, hier il a passé 40 minutes avant d'avoir un spécialiste dans un hôpital, on arrive pas ! Mais ils font tout pour que ça aille bien : "on fait des efforts !" Mais on peut pas dire à part ça, les médecins, ça se passe très bien avec, si on a le privé ou le numéro de téléphone. Par rapport à un médecin spécialiste ça se passe très bien. Le problème, c'est pas le médecin. Le problème, c'est la structure commerciale des hôpitaux qui voient ça d'un très mauvais... C'est géré par des administratifs, des commerciaux qui n'en ont rien à foutre de faciliter le boulot de l'infirmier, du médecin dans son travail. Ils font semblant, mais bon c'est pas une priorité. Ça devient très compliqué. Le temps qui passe, ça part en exponentiel. Il y a des informations dans toutes les sens hein ! Quand on a le document ça va quand on ne l'a pas, ça devient très, très compliqué. Mais les biologies on arrive à les récupérer. Il y a énormément un gens de bonne volonté, mais l'État et certains gros pouvoir freinent manifestement ou ont un double-langage. C'est clair.

00:19:15

Étudiant: Et justement en parlant de l'État. Comment pensez-vous que ce programme va être évalué, le trajet de démarrage?

00:19:23

Médecin traitant: Bah ils vont pomper nos données quoi, c'est tout ! Il n'y a plus personne qui pense qu'on montre pas nos données hein. Ils ont implémenté deux petits programmes dans nos dossiers pour prendre nos données de diabète et des données pour les antibiotiques. On est persuadé que, statistiquement, ils ont tout, même si c'est de manière anonyme. Facile à faire hein ! Faut pas être naïf, ce sont des gros serveurs. Ça m'étonnerai que CareConnect sachant leur lien ne donnent pas leur données à l'État. Et puis ça change rien d' façon, puisque le but, c'est clair au départ, si on a eu des DMI, c'est pour partager nos données avec le... On a tout intérêt aussi que ça circule au niveau de l'État s'il n'y a pas de commerce qui s'installe c'est la seule manière de voir si on est efficace ou pas efficace, et d'améliorer le système, question que ça soit bien fonctionnel. D'où l'intérêt quand même d'avoir des dossiers qui, qui fonctionnent. Mais tout n'est pas encodé dans les dossiers médicaux de manière exploitable statistiquement hein ! Tout le monde, on utilise pas tous, quasi jamais les nomenclatures internationales pour encoder les... On sait faire parce qu'on a fait avec le covid. Avec le covid, ils savent extraire toutes les données, et toutes ces données-là sont où ? Elles sont sorties, donc elles sont déjà exploitables par l'État. Faut pas être naïf. Pour le covid, on a établi la liste des patients en fonction des facteurs de risque. Elles ne sont pas restées chez-nous, elles ont circulées.

00:21:00

Étudiant: Là, c'est plus par rapport aux patients. Quel est le rôle du patient dans son suivi, justement par rapport au trajet de démarrage?

00:21:10

Médecin traitant: Juste penser qu'il a un rôle. D'admettre qu'il a un rôle. Arriver à convaincre le patient qu'il a un rôle à jouer dans sa prise en charge, et pas seulement un rôle actif, et pas seulement un rôle passif, ça c'est le plus dur. Et pas seulement chez les gens du milieu défavorisé hein ! On serait bien étonné. Il y en a quand même pas mal qui considèrent une médecine de luxe. Donc médecine de luxe, c'est un traitement de luxe dans lequel ils s'impliquent pas. On a pas plus de facilité avec des gens intellectuels et des gens cérébrés, c'est pas toujours vrai, rarement en cause aussi de beaucoup de difficultés se remettre en question.

00:21:52

Étudiant: Ok là justement, on en a un petit peu évoqué de niveau politique. Comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour le suivi de diabète de type 2?

00:22:03

Médecin traitant: Ça évolue quand même positivement. On peut pas... Le problème qu'on a, c'est pas l'État ce sont les mutuelles, c'est la relation entre les mutuelles et l'État. L'État a un double langage : vous aide, vous avez des possibilités de traitement, en même temps l'État pas par intermédiaire mutualiste qui, lui, a tout intérêt à nous emmerder pour conserver des statistiques excellentes et pas de pas faire de remboursement l'État. L'attitude de la mutualité socialiste, actuellement, c'est hystérique. On envoie un papier, il est inconsiderée. On nous oblige actuellement. C'est humiliant et c'est dégradant d'obliger des médecins généralistes considérés comme spécialiste, puisqu'on a, depuis 1990, on fait une spécialité finalement, depuis les années de nonantes. J'étais dans les premiers. On nous oblige encore demander des autorisations pour des médicaments qu'on va quand même pas prescrire à n'importe qui, alors qu'on permet en même temps la vente libre d'une saloperie pour des émules de Kim Kardashian, c'est quand même hystérique. Donc on part d'une politique démagogique qui n'est pas efficace. On autorise.. Deux médecin-conseils socialistes qui nous harcèle tout le temps ! Qui a refusé la semaine passée des bios, parce que il y avait pas la date de prélèvement sur le truc quoi ! Quand j'envoie une demande pour un médicament par internet, ça ne marche jamais chez les socialistes. Et si je vois par papier, on me répond une fois sur deux que la pièce annexe n'est pas jointe. Je ne suis quand même pas débille! ils savent pas foutre une agrafe quoi ! Ça, c'est du harcèlement continu! On est harcelé. Il y a vraiment un double discours. On vous donne les moyens de travailler mais en même temps attention, il y a des barrières. Il est plus important respecter une virgule que de soigner votre patient. Mais ça, c'est le système belge. Il y a trop d'actifs qui travaillent pour, pour entretenir des faux chômeurs qui sont des administratifs bas de gamme, et qui, eux, entretiennent leur travail en créant des faux problèmes. Il faut voir les choses comme elles sont. L'employé de la mutuelle, qui crée un faux problème en faisant attention aux virgules, il justifie son travail, il crée du faux travail en demandant au médecin, on passe un mois sans remboursement. Pendant ce temps-là, la personne n'est pas soignée ou désespérée parce qu'on lui permet pas de soigner. Et ça, le politique fait semblant de pas se rendre compte. Quand on va a des réunions avec les gens de Liège, puisque c'est maintenant, c'est des gens de Liège qui sont devenus des grands penseurs en médecine générale. Des discours surréalistes. Je vous dit tous ces gens travaillent en maison médicale, très, très à gauche. Ils font une médecine ouai efficace, mais ils voient peu de patients par jour et prennent le temps de le faire convenablement parce que leur travail est limité. C'est pas la médecine de terrain, c'est pas la, c'est pas sûr que les autres. Ça me ferait bien marrer les gens qui créent une maison médicale à Tournai et qui y serait du matin au soir (rire). Non, il y a vraiment des problèmes. Le gros problème, c'est l'administratif, tous les freins qu'on nous met, les bâtons qu'on nous met dans les roues de manière administratif. Ça, c'est terrible!

00:25:01

Étudiant: Ok et comment va être financé le trajet de démarrage?

00:25:08

Médecin traitant: Ça va être très compliqué, parce que il y a plus de sous. Comment ils vont faire ? J'aimerais bien qu'on m'explique, il n'y a plus de sous (rire). On le voit, tout ce qui passe à l'AVIQ est freiné, notamment des primes de l'AVIQ qu'on appelle administratives, que si je vois bien comment ils vont faire ça, ils vont chercher l'argent où? Si je comprends bien, on va faire... On devra être plus actif au départ, ça devrait nous permettre de moins prescrire de molécule onéreuse.

On va freiner la prescription de molécules onéreuses, puisqu'on aura investi sur les préventions. C'est ce qui me semble être logique, qui va arriver, prêt à parier.

00:25:46

Étudiant: C'est sûrement ça. C'est sûrement ça qui est prévu.

00:25:49

Médecin traitant: Oui, faut rester logique, puisqu'on devrait être plus efficace au départ, si on est efficace au départ, on devra passer moins molécules complexes.

00:26:01

Étudiant: On vient de parler justement de la prévention. Sur le territoire, vous où vous exercez, de quelle manière est incluse la prévention et la promotion de la santé dans votre quotidien? Est-ce qu'il ya des campagnes?

00:26:15

Médecin traitant: Rien ! Rien ! Epicura (hôpital) fait parfois des glycémies. Il n'y a pas grand-chose. Par manque de temps, je crois ! Par manque de temps. Tout le monde dit ça, tout le monde fait son petit truc dans son coin et finalement, ça n' aboutit à rien. Si on veut être efficace, il faut des informations de masse, global, tv, presse ou quelque chose qui touche les gens. C'est plus efficace d'avoir une bonne émission à la RTBF sur les soldats que 36 campagnes de la mutuelle par ci, une après-midi mutuelle, après-midi de ci de là. Ça marque plus l'esprit des gens. L'endroit où il faudrait le faire, c'est à l'école. C'est d'abord à l'école, pas normal d'avoir des gosses qui sont à l'école gardienne, avec les petits, avec des sodas dans leur cartable. C'est hystérique. C'est conséquent. On a eu un pédiatre, il y a quelques années, qui avait un distributeur de coca dans sa salle d'attente (rire). A l'entrée de l'hôpital d'Ath, distributeur de quoi ? Un distributeur de sodas. Parce que ça rapporte beaucoup de sous. Mais l'information sur les sodas commence à passer, doucement. C'est vrai, qu'il faut agir sur des campagnes de masse, l'information sur les risques de la nourriture.

00:28:03

Étudiant: On arrive à la fin de l'entretien est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter par rapport au trajet de démarrage ou?

00:28:14

Médecin traitant: Je crois que l'information devrait être plus. Il faudrait un canal, et un seul canal qui donne des informations, avec du matériel et surtout une concertation avec les socles médicaux pour intégrer tout ça de manière efficace. On intègre un tas de trucs dans le seul but de recueillir l'information pour l'Etat mais un outil sur le terrain efficace... Nous, ce qui nous tue c'est le temps, rien à faire. Je travaillais bien plus, plus efficacement il y a quinze ans que maintenant, parce qu'il y a quinze ans j'avais le temps. Et tout doucement on est tombé dans une situation catastrophique. Moi, je ne sais pas faire des journées de 24 heures. Je me dis que je sais plus faire ce que je faisais avant. Ce qui nous tue c'est le temps. Il faudrait des outils qui permettent de rationaliser ce qu'on fait. En tout cas c'est là-dessus qu'il faut agir. Des outils utilisables et pas des grands délires.

00:29:12

Étudiant: Oui centralisé!

00:29:15

Médecin traitant: Oui, ou alors il faut aller sur ChatGPT et demander à ChatGPT (rire). Ça marche hein ! Incroyablement efficace! Une fois sur deux en médecine : "je voudrais une grille d'évaluation de tel problème". Boum ! Ça arrive!

Annexe 7 : Entretien MG 6 (Leuze)

00:00:00

Étudiant: Pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter et depuis combien de temps exercez-vous?

00:00:08

Médecin traitant: Je m'appelle M. Je suis médecin généraliste à Leuze et je travaille depuis 2006 comme assistante et 2008, vraiment à Leuze!

00:00:18

Étudiant: Ok, et quel territoire couvrez-vous?

00:00:24

Médecin traitant: La commune de Leuze-en-Hainaut et les villages de la commune.

00:00:29

Étudiant: Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge les diabétiques de type 2 en médecine générale?

00:00:39

Médecin traitant: On fait, on est... En tout cas moi, j'essaye surtout de les dépister, de les trouver par des prises de sang quand même régulières, à partir d'un certain âge ou, selon les problèmes d'obésité, selon le patient. En général, on initie déjà la première explication de ce que c'est un diabète, on prend le temps de leur expliquer la maladie, leur expliquer que c'est important de la prendre en charge dès le début. Souvent, j'initie le premier traitement, tout ce qui est hygiéno-diététique aussi. Après, j'essaye de leur expliquer que ça va être un suivi qui demande une régularité, l'importance des prises de sang régulières, d'analyse d'urine une fois par an. Fin, j'essaye de vraiment insister sur l'explication de tout ça. Et puis bin voilà quoi, ça échappe un petit peu alors j'ai tendance à référer.

00:01:39

Étudiant: Aux spécialistes ?

00:01:40

Médecin traitant: Aux spécialistes.

00:01:41

Étudiant: Ok et quelle place prend le diabète dans votre pratique de tous les jours ? En temps, en?

00:01:50

Médecin traitant: C'est super dur, ça a évalué, mais je dois en voir tous les jours des patients diabétiques. Ouai, j'en vois quotidiennement. Après hier, ça m'a pris plus de temps parce que j'ai un monsieur qui est arrivé avec un nouveau capteur donc il a décidé de me lire tout le carnet et de me poser toutes ces questions (rire). Mais c'est très variable. Parfois, ça, ça représente pas grand-chose, et puis, parfois, un peu plus de temps.

00:02:16

Étudiant: Et là, c'est plus par rapport aux études: comment est incluse la prise en charge des diabétiques dans les études de médecine?

00:02:26

Médecin traitant: Alors moi, je me souviens même plus trop de mon cours de diabéto. Je me souviens que quand j'ai commencé comme assistante, j'ai même racheté un bouquin sur le diabète parce que je me sentais pas du tout formée correctement. Et moi, quand je suis sortie, on utilisait la metformine et les hypoglycémifiants, allez?

00:02:53

Étudiant: Les sulfamidés ?

00:02:53

Médecin traitant: Merci, les sulfamidés et l'insuline mais c'était à-peu-près tout. Les autres sont arrivés tous après.

00:03:06

Étudiant: Comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage?

00:03:11

Médecin traitant: J'ai vu passer un mail (rire).

00:03:16

Étudiant: Et qu'est-ce que signifie pour vous trajet de démarrage?

00:03:22

Médecin traitant: Pour l'instant quelque chose sur lequel je devrais me renseigner, mais que je n'ai pas encore fait.

00:03:26

Étudiant: Ok.

00:03:28

Médecin traitant: Ça signifie pas grand-chose (rire).

00:03:33

Étudiant: Cette question, peut être que ça va être compliqué d'y répondre, mais qu'apporte ce programme par rapport à l'ancien programme, qui était le pré trajet de soins?

00:03:44

Médecin traitant: Honnêtement, je sais pas ! Moi, je trouve que c'est beaucoup trop compliqué. Il y a eu trop de trucs ces quinze dernières années, entre les pré trajet de soins, les trajets de soins, les conventions diabète. Moi m'a perdue quelque part! Voilà !

00:04:02

Étudiant: C'est trop diversifié au niveau programme, c'est ça ?

00:04:04

Médecin traitant: Oui.

00:04:07

Étudiant: Et quel est votre rôle par rapport à ce programme justement?

00:04:13

Médecin traitant: Je pense que mon premier rôle, ça va être de savoir comment fonctionne le programme. Ça va être un bon début (rire). Me renseigner un peu plus, c'était prévu de se dire: faudra se focus. Et après, je pense que inévitablement on prend en charge énormément de démarrage de diabète. Les diabétologue, on en a quand même pas beaucoup dans la région, donc on est amené à les prendre en charge quand même assez longtemps donc c'est important !

00:04:42

Étudiant: Ok, est-ce que vous avez une idée de comment va être organisé le trajet de démarrage sur le territoire de Wallonie Picarde ?

00:04:51

Médecin traitant: Non.

00:04:53

Étudiant: Ça, c'est fait. Là, c'est par rapport aux informations. Où pouvez-vous trouver des informations concernant le trajet de démarrage?

00:05:10

Médecin traitant: Sur le site de l'INAMI certainement.

00:05:12

Étudiant: Ok, et vous avez dit que vous avez reçu un mail, mais c'était à quel niveau?

00:05:21

Médecin traitant: Je sais plus si c'est le truc des généralistes, c'est je sais plus si c'est CMG ou SSMG, un de cela qui envoie des petites newsletters régulièrement, avec les liens, ou même le GDO envoie aussi assez souvent des... Je ne sais plus !

00:05:39

Étudiant: Après oui, justement, ça va être compliqué d'y répondre, mais qu'est-ce que le programme apporte de nouveau par rapport au suivi d'un diabétique?

00:05:56

Médecin traitant: Je crois que le but, c'est quand même que ce soit multidisciplinaire plus vite. Ça, c'est ce que j'ai compris comme intérêt, c'est l'intérêt que j'y voyais, voilà !

00:06:08

Étudiant: Là, c'est de manière générale, qu'est-ce qui facilite en général le suivi d'un patient diabétique de type 2 ?

00:06:22

Médecin traitant: Je dirais bien le niveau d'éducation du patient.

00:06:25

Étudiant: Ok.

00:06:25

Médecin traitant: Par rapport à son diabète et par rapport à tout ce qui est "éléments santé" en général, ça, ça facilite quand même énormément les choses.

00:06:36

Étudiant: Et contrairement, qu'est-ce qui freine justement le suivi d'un patient diabétique?

00:06:47

Médecin traitant: Je sais pas si c'est... Moi, j'ai quelques patients diabétiques et dépressifs et je trouve ça particulièrement compliqué, parce que j'ai pas cette espèce de motivation à se prendre en main. Et je trouve que là, il y a un "laisser-aller" qui s'entraîne en boule de neige et qui n'aide

pas du tout. Et alors, certains patients qui n'ont pas forcément les cartes en main pour vraiment faire attention à leur alimentation, pour faire attention à leurs activités physiques donc des milieux socio-culturels parfois un peu plus défavorisés, j'ai un peu plus de mal à les faire entrer. Aller voir une diététicienne, tout ça, ça leur paraît un peu pas pour eux.

00:07:26

Étudiant: Ok, de manière générale, de quelle manière vous trouvez les informations par rapport au suivi d'une personne diabétique?

00:07:39

Médecin traitant: Comment moi, je trouve les informations ?

00:07:42

Étudiant: Oui.

00:07:42

Médecin traitant: Pour le côté vraiment suivi médical ? Ca dépend, il y a des informations que j'ai plutôt en formation continue pour tout ce qui est nouveau médicament. Après, il y a aussi des délégués qui viennent avec les différents médicaments qui sortent. On en a eu quand même beaucoup en dix ans. Et alors, aussi via les liens du nouveau CMG, SSMG, où il y a parfois des mises à jour qui se font à ce niveau-là.

00:08:17

Étudiant: Là, c'est plus par rapport à la centralisation des informations. De quelle manière sont centralisées les informations concernant un patient de manière générale ? Ca peut être dossier informatisé...

00:08:31

Médecin traitant: Oui, nous on a un dossier médical informatisé. Il y a le réseau santé wallon pour trouver pas mal de choses. Moi, j'essaie que leur Sumher et leur schéma de médication sur le réseau santé wallon soit un jour, histoire que les traitements soient connus.

00:08:50

Étudiant: Et, de manière générale, vous trouvez après, c'est un peu plus fermé comme question. Mais de manière générale, vous trouvez facilement les rapports, par exemple des spécialistes, etc., pour les diabétiques ?

00:09:04

Médecin traitant: Ça dépend. Alors ça, ça dépend vraiment du médecin spécialiste. Dans le coin, on a une. J'ai déjà appelé quatre fois pour lui dire que je voulais des rapports et ça n'a pas vraiment changé la donne (rire). J'ai arrêté d'appeler, mais parce que j'avais eu ses secrétaires, je dis : "écoutez, passez la moi, j'en ai marre !". J'ai un patient qui est, qui est passé sous insuline, qui a fait une hyper glycémie à plus de 500, il a été hospitalisé. C'est pas un petit diabétique de type 2 tout débutant où ma foi, je peux encore me passer d'un rapport. Donc, on n'est pas une région très bien gâtée en diabétologie en fait. Et puis, il y a des services, par contre, où ça tourne super bien et on reçoit les rapports nickel, et on a un contact téléphonique facile. Donc c'est médecin dépendant.

00:10:04

Étudiant: Au niveau de la centralisation des informations, ça se passe de la même manière pour les personnes diabétiques. Il n'y a pas de dossiers spécifiques ?

00:10:13

Médecin traitant: Non, je pense pas. Moi, j'ai pas.

00:10:18

Étudiant: Là, c'est par rapport à après: comment va être évalué ce programme ?

00:10:32

Médecin traitant: Je ne sais pas ! (rire).

00:10:32

Étudiant: Et comment on peut justifier l'existence du nouveau programme trajet de démarrage ?

00:10:41

Médecin traitant: Je pense qu'au plus vite on suit les patients diabétiques, mieux ils sont suivis, au plus on leur explique les choses, au plus aussi ils vont se prendre en main correctement. En tout cas, on peut l'espérer et donc, mine de rien, en termes de coût pour la santé, je crois que ça revient moins cher de prendre du temps au début que de tous les laisser dégénérer petit à petit. Donc au niveau comorbidités, je pense que c'est intéressant aussi. Alors pour le patient certainement, je pense, j'en suis sûr, et je crois, qu'au niveau de l'INAMI, il y a quand même un côté financier qui

fait qu'il vaut mieux investir tant qu'ils sont en bonne santé que de se retrouver avec toutes les complications derrière.

00:11:25

Étudiant: C'est par rapport aux patients, quel est son rôle, justement dans son suivi dans le trajet de démarrage?

00:11:35

Médecin traitant: Je ne sais pas assez, assez bien comment ça fonctionne. Dans le trajet de soins, je sais qu'il s'engage quand même à un certain nombre de consultations et à être suivi et à voir un tel, un tel. D'ailleurs ça, j'insiste parfois, parce qu'il y a des patients qui ne signent sans venir et qui ne font pas ce qui est écrit. Leur dire quand même que c'est un contrat, mais je ne sais pas pour celui-là.

00:12:01

Étudiant: C'est plus au niveau politique. Comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour les suivis des patients diabétiques de type 2?

00:12:13

Médecin traitant: Je ne sais pas ! (rire). Je ne me sens ni suivi, ni par... Je ne sais pas, non, je n'ai pas de soutien particulier.

00:12:26

Étudiant: Et est-ce que vous avez une idée de comment va être financé le trajet de démarrage ?

00:12:35

Médecin traitant: Non plus ! Je suis désolé je vais pas être très...

00:12:38

Étudiant: Et justement, de manière générale, si vous deviez penser à une image ou quelque chose qui représente les suivis, le suivi des patients diabétiques en Belgique, qu'est-ce qui vous viendrait à l'esprit ?

00:13:10

Médecin traitant: Un mille-feuille hyper compliqué ! (rire). Non, mais vraiment, c'est hyper compliqué, mais en tout cas, c'est pas clair du tout dans ma tête. Mais ça, je crois que vous l'avez bien compris.

00:13:17

Étudiant: Mais c'est compliqué pourquoi?

00:13:23

Médecin traitant: De par la multiplicité des choses qui ont été faites et les critères qui vont avec. Et je trouve que c'est pas toujours... Entre les conditions de remboursement des médicaments, les patients en je sais pas quoi, qui sont remboursés à 100 %. Mais par contre, sur un trajet de soins, certains sont certains sont pas. Et alors fin, ouais, je trouve que c'est compliqué ! Il y a trop de règles différentes et que je n'ai jamais une manière claire dans une information complète.

00:13:57

Étudiant: Et comment on pourrait remédier à ce problème-là?

00:14:01

Médecin traitant: Vous allez tout m'expliquer ? Nan ? (rire).

00:14:04

Étudiant: Je n'ai peut-être pas toutes les réponses, ok, mais c'est déjà une bonne réponse.

00:14:12

Médecin traitant: C'est un peu intéressé de ma part de répondre à l'enquête. Je me suis dit que j'aurais deux ou trois informations en cours de route (rire).

00:14:18

Étudiant: Ces informations-là, je vais vous les donner après, parce qu'autrement ce serait...

00:14:21

Médecin traitant: Ok, oui.

00:14:22

Étudiant: Là, c'est plus par rapport à la population générale, au niveau de Leuze, comment est organisée la prévention et la promotion de la santé ?

00:14:39

Médecin traitant: A Leuze ?

00:14:39

Étudiant: Oui.

00:14:39

Médecin traitant: Il y a, comme partout, un truc ONE pour les petits. Il y a la médecine scolaire qui va passer. Maintenant, sinon, je trouve pas qu'il y ait des choses incroyables en prévention de

la santé à Leuze. Je trouve pas qu'il y ait beaucoup d'initiatives. Un petit peu au niveau... Comment il s'appelle ? Le conseil des aînés fait quand même de temps en temps des petites réunions et des séances d'information sur certains sujets et parfois, ça balaye la santé. Mais voilà.

00:15:15

Étudiant: On va arriver à la fin de l'entretien est-ce que vous auriez une réflexion ou quelque chose à ajouter par rapport à ce qui a été dit?

00:15:23

Médecin traitant: Non, pas spéciale.

Annexe 8 : Entretien MG 7 (Tournai)

00:00:02

Étudiant: La première question déjà, c'est est-ce que vous pouvez vous présenter et depuis combien de temps vous exercez?

00:00:08

Médecin traitant: Moi, je suis le docteur R., je travaille à Tournai. Je suis officiellement diplômé depuis le premier octobre 2023. Ça fait sept mois et plus les trois ans d'assistanat avant.

00:00:25

Étudiant: Ok, et sur quel territoire exercez-vous? Quelle commune couvrez-vous?

00:00:31

Médecin traitant: Tournai essentiellement, essentiellement Tournai et Kain, Froyennes, un peu Rumes. Cette zone-là quoi !

00:00:43

Étudiant: Ok ici, comment fonctionne le cabinet? Parce que, est-ce que c'est cabinet médical? C'est pas une maison médicale ?

00:00:53

Médecin traitant: Non ! On fonctionne. On est cinq médecins généralistes, il y a un Kiné aussi, des infirmières avec un centre de prélèvement, mais au niveau médecine générale, on est tous indépendants, on a tous nos patients, on touche tous nos honoraires, donc c'est... On est tous dans le même bâtiment, mais on travaille entre guillemets, chacun pour soi.

00:01:16

Étudiant: Actuellement, de quelle manière prenez-vous en charge un diabétique de type 2 en médecine générale?

00:01:27

Médecin traitant: Donc par où commencer ? Moi, depuis depuis que je connais ce trajet de démarrage du diabète. Je le démarre, j'explique au patient qu'avec moi, il n'y a pas grand-chose qui change. Je fais déjà ce que je faisais avant. Je contrôle l'hémoglobine glyquée, cholestérol, hypertension, le poids, je fais les urines une fois par an. Hémoglobine glyquée, la prise de sang, c'est tous les trois à six mois en fonction un peu de quand je les vois. Parfois, ils voient quand même le diabétologue même dans le diabète de type 2, mais souvent, sinon c'est que moi, et on contrôle régulièrement en fonction si c'est bien contrôlé, pas contrôlé. Je leur conseille d'aller chez l'ophtalmo une fois par an. Qu'est-ce que je fais d'autre ? Les pieds, j'essaye de faire une fois par an, mais ça, j'avoue que je suis un peu moins régulier là-dessus, le testing de la sensibilité. Et sinon, pour le trajet de démarrage, ce que je fais depuis le début de l'année je leur imprime, j'ai eu un document PowerPoint ou je leur imprime: qu'est-ce que ça leur offre comme avantage à eux, ce trajet. C'est un peu comme ça que je fonctionne.

00:02:40

Étudiant: Par rapport au programme, comment avez-vous pris connaissance du trajet de démarrage?

00:02:45

Médecin traitant: C'est mes collègues qui m'en ont parlé, puis un de mes collègues m'a envoyé la présentation PowerPoint. Puis j'ai un peu regardé exactement quoi. Je me suis basé un peu sur les rapports de diabète pour cibler mais voilà quoi ! Par exemple les diabétologue, mais c'est souvent sous insuline met des objectifs de glycémie etc.. Ca, j'avoue que je dis pas aux patients de se piquer, etc., parce que souvent c'est avec des cachets. Peut-être à tort ce que je dis mais...

00:03:23

Étudiant: Ok, et qu'est-ce que veut dire trajet de démarrage pour vous?

00:03:28

Médecin traitant: Trajet de démarrage, c'est simplement faire ce qu'on faisait déjà entre guillemets, mais ça permet d'intégrer le patient dans un système de remboursement pour certaines prestations. Moi, c'est comme ça que je le vois. Et oui, je gagne des sous parce qu'il y a un code. Mais au-delà de ça, au-delà de ça, ça permet aussi de cadrer la consultation, de se dire: ok, je dois viser ça, ça, ça, ça, ça pour être dans les clous. Moi, au niveau suivi pratiquement parlant, que de ma personne, ça change quasiment rien. Mais ça, ça, parfois, ça ouvre la porte, on se rend compte qu'ils vont chez le pédicure ou ils veulent aller chez la diététiciennes des fois.

00:04:13

Étudiant: Quelle différence faites-vous entre la prise en charge avec trajet de démarrage et sans trajet de démarrage?

00:04:21

Médecin traitant: Je dirais un peu plus de, pas plus de suivi pour moi en tant que tel, mais plus de... Moi à termes, j'aimerais bien créer un réseau via ce trajet vous voyez ? Savoir l'envoyer chez une diététicienne, par exemple, les éducateurs en diabète, je vous avoue que je leur montre la feuille, mais je fais : ça, vous oubliez, parce que je trouve que c'est pas hyper utile, spécialement tout de suite. Ça dépend s'ils ont juste de la Metformine, par exemple, et surtout, j'en connais pas ! C'est un peu ma limitation par rapport à ça. Ça, c'est encore quelque chose à construire. Mais c'est plus justement leur dire qu'ils peuvent aller faire tout ça. Et je pense, par exemple, pour la perte de poids, aller voir une diététicienne, c'est bien ! Faire attention aux pieds dans le diabète, c'est bien ! Aller chez le podologue ou la pédicure médicale, c'est important ! Je pense, c'est ça, vraiment l'avantage du trajet, c'est plus pour le patient d'ouvrir des portes.

00:05:21

Étudiant: C'est plus par rapport aux études de médecine, comment était incluse la prise en charge des patients diabétiques dans votre cursus de médecine?

00:05:31

Médecin traitant: On avait des cours endocrinologie, puis il y a eu deux ou trois cours de médecine générale tournant autour du diabète, et puis ça, ça a été surtout en pratique, durant les trois années d'assistantat avec les feedback, nos cours un peu. Je travaillais déjà en tant qu'assistant et on avait des cours de temps en temps ou alors des réunions avec les autres assistants et deux profs en séminaire, et on discutait parfois de la prise en charge du diabète.

00:06:08

Étudiant: C'est peut-être plus une question fermée, mais est-ce que, justement, la mise en place des programmes a été expliqué ou prévu dans votre cursus ?

00:06:18

Médecin traitant: Du trajet démarrage ?

00:06:19

Étudiant: Ou d'autres ?

00:06:21

Médecin traitant: Non ! Ça, c'est par exemple les trajets de soins du diabète, même avant le trajet de démarrage, quand ils sont chez des diabétologues. Pour vous dire, je me retrouve pas encore entre convention, convention diabétique et trajet diabétique. J'ai toujours pas exactement la différence. Si j'ai bien compris, convention, c'est quand ils ont pas d'insuline mais qui sont suivis par le diabétologue, ou qu'il y a un truc. Et trajet de soins, c'est quand ils sont sous insuline puis c'est tout. Mais pour vous dire ça, on n'a jamais eu de vraies explications. C'est plus sur le terrain qu'on apprend. C'est comme le trajet de démarrage. Moi, c'est je crois, que c'est depuis le premier début de l'année je l'ai appris en février, quelque chose comme ça. Puis, il y a un de nos collègues ici qui nous a fait une petite explication ici, mais j'ai jamais eu d'infos de nulle part sur ce démarrage de trajet de démarrage du diabète. Ou alors j'ai eu des mails que j'ai pas lus mais alors ça m'étonnerais parce que je les lis quand même.

00:07:25

Étudiant: C'est plus par rapport à vous, quel est votre rôle, on y a déjà un peu répondu, mais quel est votre rôle dans ce programme?

00:07:35

Médecin traitant: Mon rôle dans ce programme: gérer la partie médecine de la prise en charge du diabète, et je pense que ça intègre des gens aussi, de voir un peu... De leur faire comprendre que le diabète, c'est pas une maladie bénigne : "Ho, j'suis diabétique, et puis c'est tout !". Ils rentrent vraiment dans un trajet de soins parce que c'est une maladie importante à traiter et un suivi quotidien à faire. Moi, mon rôle, c'est de leur rappeler ça et de suivre un peu les malheurs et etc., et les complications.

00:08:11

Étudiant: Et comment va être organisé le trajet démarrage sur le territoire de Wallonie Picarde?

00:08:20

Médecin traitant: Aucune idée ! Je sais pas si y'a un truc qui est censé être organisé mais aucune idée.

00:08:25

Étudiant: Et est-ce que vous vous voyez coordonner ce programme seul ?

00:08:31

Médecin traitant: C'est-à-dire ?

00:08:33

Étudiant: Est-ce que vous voyez seul gérer tout de A à Z au niveau de ce programme, parce que c'est vous qui le mettez en route, mais est-ce que vous voyez seul le gérer ?

00:08:46

Médecin traitant: Ouai, moi ouai ! Je pensais plutôt gérer tout seul vers les objectifs, tout seul, et j'en ai commencé peut-être dix, quinze et des retours que j'ai soit les gens allaient chez les paramédicaux. Soit ils s'en foutent, et je fais ce que je faisais avant, soit, des fois, ils y allaient déjà. Pour l'instant j'attends le feed-back de voir un peu comment ça se passe niveau remboursement pour le patient. Je sais même pas trop comment ça se passe, si c'est la mutuelle qui les rembourse mieux, si c'est le prestataire qui leur fait, qui doit mettre un code spécifique. Mais non, je pensais gérer tout seul. Je ne sais pas s'il y a des aides prévus, mais sinon voilà.

00:09:31

Étudiant: Toutes ces questions-là, on y a répondu. De manière générale, qu'est-ce qui facilite en général le suivi d'un patient diabétique de type 2 ?

00:09:42

Médecin traitant: Qu'il fasse bien son suivi, donc qu'il vienne me voir, c'est ce qui facilite les choses, et qu'il accepte de faire des prises de sang quand même plus qu'une fois par an et qu'il rentre dans un schéma, ou même si c'est qu'avec son médecin traitant, il y a quand même des trucs à faire tous les ans.

00:10:00

Étudiant: Ok, et contrairement, qu'est-ce qui freine justement le suivi d'un patient diabétique ?

00:10:06

Médecin traitant: La non-compliance au traitement ! Quand ils se rendent pas compte que c'est dangereux malgré les explications, on a quand même beaucoup qui se perdent un peu dans la nature. J'en ai eu un, il était diabétique, il a tout arrêté, j'ai récupéré, il était à douze je crois d'hémoglobine glyquée, c'est ça, je pense, c'est éduquer le patient que c'est pas une maladie anodine, on va dire ça comme ça.

00:10:34

Étudiant: Par rapport au diabète de type 2, de quelle manière vous trouvez les informations concernant celui-ci ? Concernant le diabète de type 2 ?

00:10:45

Médecin traitant: J'allais sur la... Les informations, celles que j'ai de base, et les nouvelles informations, c'est un peu la formation continue. Pendant mon cursus, j'allais beaucoup sur le SSMG, par exemple, ou sur EBM Practice Net, ou dans les, on va faire des formations d'accréditation. Il y en avait notamment une présentation, je sais plus quand, sur le diabète par le docteur B., ici au CHWapi (hôpital), et je crois qu'elle est passée et que je l'ai pas faite, mais c'est un peu, c'est un peu ça l'idée.

00:11:21

Étudiant: Ou pouvez-vous trouver par rapport au trajet de démarrage, les informations le concernant ?

00:11:26

Médecin traitant: Ca, je suis sûr que je peux trouver sur ! J'avais déjà regardé un peu il y a un ou deux mois, sur internet, sur l'INAMI, etc., je crois.

00:11:36

Étudiant: Ok là, c'est plus par rapport à l'information du patient en général. De quelle manière vous les centraliser les informations concernant un patient ?

00:11:48

Médecin traitant: Dans mon dossier. J'ai pas d'exemples comme ça. En gros, lors de la consultation, je mets suivi: démarrage, trajet de soins, démarrage "trajet de démarrage" du diabète. Je mets tous mes objectifs, là où on en est, en bas à droite de mon truc je mets quand je l'ai démarré. Et après chaque consultation, je regarde un peu où on en est quoi. Mais par exemple, un patient qui a une hémoglobine glyquée qui est bien contrôlée, à part reconstruire que c'est bien contrôlé, j'ai pas grand-chose à faire. Mais c'est c'est tout, tout le travail sur le long court.

00:12:31

Étudiant: Là, on n'a pas encore la réponse, mais, à votre avis, comment va être évalué ce programme?

00:12:42

Médecin traitant: Je pense que c'est bien, parce que, même de mon point de vue un peu objectif, je pense que ça nous force aussi à être un peu plus rigoureux dans le suivi, parce qu'on se dit: ok, il faut faire ça, ça, ça, ça, ça. Par contre, par rapport à la, aller, à la complémentarité pluridisciplinaire, je trouve qu'il falloir c'est difficile à répondre maintenant, va falloir voir un peu avec le temps, comment ça se passe avec les, les paramédicaux. Par exemple, ici, on aurait une diététicienne, ça aurait été, il n'y en a pas dans le bâtiment, mais ça aurait été beaucoup plus simple par exemple. Donc ça, j'ai pas vraiment la réponse. Moi, ici, mon plus gros frein, pour l'instant avec ce truc, c'est que j'ai l'impression que je fais exactement la même chose qu'avant, je touche des sous très concrètement. Mais je leur propose, je leur explique, même chez le dentiste, je leur explique et tout, mais très honnêtement, je ne sais pas s'ils sont mieux remboursés chez le dentiste ou si le dentiste doit mettre un code parce qu'ils sont diabétique. Je sais pas comment ça fonctionne, mais je leur invite aller chez le dentiste, je leur invite aller chez la diététicienne, et ça ouvre la discussion. Et ça, je trouve ça bien. Ça peut se voir un peu au long-terme. Comment se goupille cette pluridisciplinarité moi je trouve.

00:14:06

Étudiant: Et comment justifiez-vous l'existence de ce nouveau programme?

00:14:12

Médecin traitant: Parce qu'on a encore trop de diabétiques non diagnostiqués et on a encore trop de diabète non contrôlés, et ça, c'est la première chose. La deuxième chose: les diabétologue sont débordés parce qu'on en a de plus en plus, et en première ligne, je trouve que c'est à nous, médecin traitant, de prendre ça en charge ! Un diabète de type 2 qui arrive chez le diabétologue, ça devrait pas exister en première ligne, ou il est à 15 % d'hémoglobine glyquée, j'en sais rien, mais un diabète diagnostiqué, il est à 8, on sait, je sais faire tout ce qu'il faut tout seul. J'ai pas besoin de l'envoyer chez le spécialiste. Je trouve que c'est là où c'est important. Ouai c'est les deux trucs importants.

00:14:57

Étudiant: Là, c'est plus par rapport, justement, aux patients lui-même, quel est son rôle dans son suivi, par rapport à ce programme?

00:15:10

Médecin traitant: Je crois qu'il doit venir me voir de temps en temps. Ça, c'est son obligation. Je sais pas combien de fois c'est par an, mais ça doit être quatre fois. Je crois tous les trois mois minimum, j'en sais rien ! Sinon l'obligation ? Il est responsable de sa santé aussi.

00:15:34

Étudiant: Ici, maintenant, c'est des questions un peu plus par rapport au niveau politique. Comment êtes-vous soutenu actuellement par le niveau politique pour les suivis de diabète de type 2?

00:15:47

Médecin traitant: Soutenu ? (Étonnement)

00:15:48

Étudiant: Oui, après, vous en avez déjà évoqué le financement.

00:15:52

Médecin traitant: Ouai, le financement, le financement.

00:15:55

Médecin traitant: Vous vous percevez quelque chose, mais est-ce qu'il ya d'autres choses qui sont mises en place pour vous soutenir au niveau politique ?

00:16:07

Médecin traitant: Rien justement ! Il y a le financement, mais à part ça, pratiquement parlant, je vous dis: moi, j'ai même pas eu, c'est mon collègue qui m'en a parlé. J'ai pas eu d'infos. Alors voilà, peut être que j'ai pas cherché, etc. Je mets la faute sur personne, mais je trouve que quand on lance un trajet comme ça, il faut au moins, je sais pas, de nous envoyer un cours ou un truc comme ça.

00:16:34

Étudiant: Ok. De quelle manière allez-vous être encouragé à mettre en œuvre ce programme ? Il y a un incitant financier?

00:16:45

Médecin traitant: Oui, et puis, je trouve, pour les patients, ça ouvre quand même la porte à des remboursements. Si c'est juste faire trois cliques, toucher 22 €, et je crois que c'est vingt-deux. et

et puis faire ce que je fais, je trouve pas. Oui, je suis content, je gagne des sous, mais je trouve, c'est pas l'objectif du trajet. Quand je fais les cliques, moi, j'ai une obligation morale de quand même, de quand même jouer le jeu, de faire le trajet et bien suivre le patient. Mais ça, c'est ce que je faisais déjà avant, ça m'a ça, ça me coûte rien, et c'est parler des avantages qu'ils ont.

00:17:27

Étudiant: Et au niveau du territoire de Wallonie picard, est-ce que, est-ce qu'il y aura des choses qui vont être mises en place pour vous aider à mettre en place ce programme?

00:17:40

Médecin traitant: Non, je pense qu'il serait, je pense pas. Ce qui serait bien, c'est d'avoir un peu, mais c'est pas tellement à la taille de la Wallonie Picarde, c'est plus la taille ici du Tournaisis, avoir des infos sur... Se coordonner, plutôt entre professionnels de la santé, tout ça, ce serait bien, parce que quand je dis au patient aller chez la diététicienne, j'ai pas de nom à donner, mais ça c'est plus. Après moi, je suis jeune, je suis récemment installé, peut-être qu'il y a des médecins plus âgés qui ont leur réseau, etc., et que moi, je n'ai pas encore.

00:18:18

Étudiant: C'est plus par rapport à la population en général, de quelle manière est organisée la prévention et la promotion de la santé sur Tournai ?

00:18:30

Médecin traitant: Sur Tournai ? C'est une très bonne question. J'en sais rien, je pense, au niveau Tournai. Je sais pas répondre. Je pense qu'il y a de temps en temps des affiches ou des trucs sur la prévention par rapport à telle ou telle autres choses, mais ça, je sais pas. Et après, je pense que chaque cabinet ou chaque médecin fait un peu la prévention à son niveau.

00:19:07

Étudiant: On arrive à la fin de l'entretien est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter par rapport à tout ce qu'on vient de discuter?

00:19:17

Médecin traitant: Non, après moi, je suis la seule chose que j'ai à rajouter, c'est je suis récemment installé le programme, il est nouveau. Il faut se laisser un peu de temps, je pense.

Annexe 9 : Grille de lecture des entretiens aux médecins généralistes

	A. Développer le système de prestation/réorienter les services de santé (coordination des soins)	B. Aide à la décision	C. Système d'informations	D. Autogestion/Développement des compétences personnelles (définition d'objectifs thérapeutiques)	E. Construire une politique publique/système de santé	F. Créer des environnements favorables/renforcer l'action communautaire
MG 1 (Mouscron)	« Il a vu L. (éducatrice en diabétologie) et rapidement ses glycémies ce sont normalisées. » « Le médecin généraliste et l'éducateur. Il y aussi, je sais, la diététicienne et le podologue, même si là, je sais jamais trop vers qui envoyer. Mais je sais qu'au CSAS, il vont mettre en ligne les noms des diététiciens, on pourra envoyer chez-eux aussi. Et puis le pharmacien pour les médicaments, ou qui, éventuellement, l'achat de tigettes. » « Je sais que certains médecins sont encore des ours à travailler dans leur coin. Moi, je	« Déjà par le docteur O. (diabétologue) ... » « Par l'INAMI... » « On en a parlé dans des journaux médicaux. » « Je cherche pas, on reçoit. »	« En général, pour mes patients, moi, mes dossiers, je suis pointilleux, sont complets. » « On reçoit de toute façon dans logiciel tous les courriers, les biologies, les résultats de radio, les résultats des spécialistes. » « ...sur les réseaux santé, on a accès en direct. » « On a des extractions automatiques. Pour la prime télématique, on doit exporter des données qui sont extraites des logiciels tous les trois mois. »	« Il doit apprendre à se connaître, à connaître sa maladie pour la prendre en charge. » « Mais c'est c'est lui l'acteur central quand même, s'il fait n'importe quoi, on arrivera à rien. »	« Aucune idée mais j'imagine qu'ils se sont rendu compte que le diabète ça flambe et que ça coûte cher et que plus tôt on traite les gens, moins il y aura de complications. » « Un des professeurs a répondu que l'INAMI s'était rendu compte que les diabétiques, en trajet de soins, étaient mieux suivis qu'en convention diabète. » « J'imagine que tout ça a primé dans la tête, à l'INAMI donc. » « Par une petite prime quand on met quelqu'un au trajet de démarrage, on a un petit peu de sous. Ça	« ...il y a des patients, les antécédents familiaux, et ils sont tous diabétiques dans leur famille... » « Ces gens-là, ça serait intéressant qu'ils aient un programme d'éducation pour l'hygiène de vie. » « ...la maison de la santé à Mouscron. » « Ils vont faire une semaine pour bien manger et bouger etcétera. » « Nous, dans notre métier, on essaie aussi de si les gens sont en surpoids, on les interpelle, on parle de leur hygiène de vie. » « ...il faut se surveiller, parce qu'il ya vraiment des familles, des ethnies

	suis pour le partage des tâches et 100 % partage des compétences et des informations. » « Je prescris les séances d'éducation etc. Maintenant, on a des retours, on reçoit des rapports d'éducation on les reçoit directement par rapport ordinateur. Ça, c'est bien, ça permet quand même meilleure, meilleure suivi. » « Le seul truc qui est dommage pour les patients diabétiques, c'est en ophtalmologie, ils écrivent jamais et on est, on sait jamais, si le patient a une rétinopathie ou pas. » « On a pas de Réseau Local Multidisciplinaire dans la région. » « On a eu la chance que le docteur O. (diabétologue) était très, très dynamique et qu'il a mis en place un centre au CSAS avec partenariat avec les mutuelles. » « C'est quand même le docteur O. qui a mis tout ça en place. On aurait dû à la mise en place des réseaux locaux, en créer un ici dans la région et ça n'a jamais				peut être un soutien (rire). » « C'est les mutuelles qui nous payent une fois par an un forfait... » « ...c'est un montant de 24,92 euro, une fois par an (recherche sur logiciel pour trouver le montant). »	des fois. Quelques fois, je suis sidéré, parfois dans les les ethnies sans racisme aucun dans les ethnies qui viennent d'Afrique du nord, combien combien c'est effrayant le nombre de diabétique, dans ces ethnies-là, j'imagine qu'il y un facteur favorisant, génétique ou leur façon de manger. »
--	---	--	--	--	---	--

	été fait... C'est toujours les mêmes qui font tout. »					
MG 2 (Bernissart)	« ...on initie le traitement à la base... » « ...on les envoie même pas chez diabétologue, vu les temps d'attente... » « Le suivi autre que médicaux n'était pas toujours hyper assuré, parce que souvent, ces patients-là vont pas chez le podologue, font leur contrôle ophtalmo habituel sans plus et ont pas d'infirmier un soin diabéto qui les aide non plus. » « C'est plutôt nous qui nous chargeons un peu de l'éducation et quand ils sont vraiment très déséquilibré, j'essaie de les envoyer chez diabétologue. » « Là, par contre, il faut vraiment qu'il y ait une aide en plus par un infirmier ou une diététicienne qui soit installée, parce que sinon les patients sont perdus complètement. » « ...des petits diabètes, et on sait très bien les contrôles sans les diabétologues... »	« Moi, j'ai trouvé sur le site de l'INAMI. » « Je sais pas si j'ai eu toutes les infos là-dessus, mais en tout cas, ils expliquent le code, les différents acteurs, etc. » « En général, dans les guidelines, on a parfois des articles sur PubMed, dans les recommandations de bonnes pratiques. » « ...de la part des délégués médicaux... » « On a quand même pas mal de formations sur le diabète, je dois en avoir deux ou trois par an sur de nouvelles molécules et qui sont souvent	« ...dans notre dossier médical global, dans notre dossier informatisé, on a un onglet où on peut mettre, où on met, les antécédents, les traitements. On peut relier les événements entre eux. » « Par exemple, on peut relier que telle visite chez le spécialiste, est liée à son diabète, tel médicament aussi, la prise de sang aussi, maintenant, ça, c'est vraiment au niveau médical. »	« Son adhérence, je pense, c'est la première chose, c'est le patient lui même. » « Tout ce qui est contrainte, quand on les envoie faire 45 mille examens différents ou des choses qui sont vraiment compliquées à mettre en place, si il doit seulement appeler, avoir un rendez-vous pour seulement avoir ces médicaments et tout ça, ça complique beaucoup les choses. Je pense que plus c'est facile, au mieux c'est je dirais que c'est vraiment ça. » « Je pense qu'il va devoir participer un petit peu... » « C'est lui qui va devoir prendre contact avec les infirmiers, s'il le souhaite, avec les podologues, etc. »	« Alors là, j'en sais rien du tout ! (rire). » « On ne parle pas beaucoup de politique en médecine, parce que les décisions qui sont prises ces derniers temps sont jamais très favorables (rire). » « Ici, en tout cas, l'INAMI a fait quelque chose de bien. » « ...c'est quand même assez lent. » « Je trouve que, sinon, au niveau de tout ce qui est mis en place, au niveau des remboursements, quand il y a des trajets de soins, au niveau des consultations paramédicales, c'est vraiment bien, ... » « C'est juste la mise en place, qui est parfois un petit peu complexe, qui peut prendre du temps. »	« Alors là, je sais pas. J'ai pas l'impression qu'elle sera inclus. » « ...un dépistage de diabète et d'hypertension. » « ...ou avec la Croix-Rouge, ils ont pris les glycémies des personnes et les prises de tension à la commune. » « Il y en a qui viennent de façon très spontanée chez le médecin, contrôler leur prise de sang annuelle. » « ...il y a des séances d'informations dans les écoles... »

	« Je pense que nous, on a vraiment le rôle de première ligne,... » « ...c'est un travail pluridisciplinaire. » « On a besoin des paramédicaux,... » « Ça, c'est hyper important, je pense que tout le monde se coordonne correctement pour faire avancer les choses. » « Ça permet de se passer un petit peu des endocrinologues qui sont, qui sont déjà, qui ont bien assez de travail,... »	organisées par des délégués médicaux. » « ...c'est plus les guides de bonne pratique. » « ...les conseils supérieur de la santé... » « ...faut quand même rechercher assez souvent tous les ans, je pense, il faut se remettre à la page. »				
MG 3 (Chièvres)	« Moi, je vois pas vraiment de quoi il s'agit d'un trajet de démarrage maintenant. » « ...j'explique toutes les mesures hygiéno-diététiques... » « ...moi, j'ai jamais lancé de pré trajet de soins et parce que c'était c'était plus de paperasse qu'autre chose,... » « Et les délais de consultation des spécialistes aussi, quand on arrive à un diabète qui est assez avancé, qui est plus avancé et qu'on veut de passer la main à l'endocrino-	« Je pense qu'il faut surtout agir au niveau de cours, pendant la formation des étudiants, parce que, il y a aussi les Glem, les formations pendant, toutes nos années de pratiques. »	« ...le dossier informatisé, tout est dedans. » « On doit mettre sur le réseau de santé les Suhmer qui reprennent à chaque fois tous les antécédents aussi, à savoir que je pense que, en hôpital, aucun médecin spécialisé ne regarde le Suhmer. » « Et alors il y a les sur le réseau de santé, les résultats labo et les résultats des rapports des	« Le fait que les gens, je dirais que les gens sont pas mal entourés de diabète, connaissent quand même le diabète et connaissent déjà, sans qu'on les informe, une partie des risques. » « ...ils sont plus conscientisés à la prise en charge. » « Les mauvaises habitudes de vie qui nous envahissent et le fait que tout ça soit normalisé, la consommation d'alcool, la consommation de, les mauvaises nourritures qui nous entourent... » « Se prendre en charge lui même, être conscientisé et de lui même être proactif, parce	« Ce qui est bien, c'est que, avec les, avec les diabète de type 2, quand ils ont un trajet de soins, effectivement, il y a une, il y a une belle prise en charge au niveau financier,... » « ...il n'y a pas vraiment de limite au niveau financier pour la prise en charge actuellement d'un diabète. »	« La prévention, pour moi, elle se fait au cabinet, régulièrement, quand on voit les patients, on en parle, on fait les prises de sang. » « A la télé, on-dit manger, bouger... » « ...mais pour moi, la prévention principale, c'est c'est ici, au cabinet. »

	diabéto, c'est compliqué, parce que les rendez-vous, on est généralement à trois mois de délai et on prend en charge nous mêmes, ... » « ...je ne reçois jamais les rapports d'ophtalmologues, ... » « Les diabéto, on a assez bien les retours, même si parfois, il faut un petit temps pour avoir le rapport. » « Une meilleure collaboration entre santé publique et médecin généraliste pour mieux nous sensibiliser (rire). »		spécialistes qui nous aident vraiment à tout centraliser et voir si le patient va bien à ses rendez-vous et s'il a déjà été alors qu'il était chez un autre médecin. »	que c'est vrai que nous, on doit faire attention à son suivi. » « Et le rôle du patient, c'est de savoir ce qu'il doit faire, c'est les suivis qu'il doit avoir et de lui même, si jamais il se rend compte que ça fait longtemps, lui même prendre rendez-vous lui même, en parler au médecin traitant, pour être actif dans sa prise en charge et pas se laisser aller complètement et faire confiance à 100 %. »		
MG 4 (Péruwelz)	« ...on commence à les suivre au cabinet. Moi, je n'envoie pas souvent chez le diabétologue. » « ...j'ai encore du mal à savoir lequel on va mettre en trajet soins, lequel on va mettre réellement en convention, pourquoi on met l'un dans une catégorie et pourquoi pas dans une autre. » « ...finalement, c'est plus les diabéto qui nous donne juste le papier : "signez ça pour son trajet de soins". » « ...on sait qu'il y a ce code qu'on peut mettre	« ...j'avais des cours de d'endocrino... » « ...on avait des séminaires sur le diabète... » « Comment, on nous apprend à gérer les programmes ? Bah ils nous expliquent pas (rire). » « ...petit séminaire donné par une firme... »	« Nous, on a un dossier informatisé partagé avec les médecins du cabinet. Autant ceux de Blaton qu'ici c'est partagé entre tous, et on a accès comme ça aux notes de chacun, en prise de sang de chacun. Et aussi au réseau santé wallon, on a aussi accès aux notes des spécialistes et des prises de sang des spécialistes. Donc	« Un patient qui est compliant... » « Les patients qui sont pas compliqués, qui suivent, qui arrivent, qui suivent pas les recommandations, ce qu'on ce qu'on leur dit de faire, qui ne suivent pas leur traitement, qui arrêtent sans demander qui c'est c'est ceux qui ne viennent juste plus. » « Et, et ça, c'est un peu embêtant, c'est vraiment ceux qui viennent plus, ceux qui viennent plus faire d'autres contrôles de manière générale, ou qui arrêtent leur traitement de manière générale, c'est quand il faut. »	« Je suppose, s'ils demandent qu'on mette des codes de nomenclature, c'est qu'ils veulent voir si on a fait beaucoup ou pas. » « J'ai l'impression qu'ils ont vraiment fait ce système pour que les patients aillent de moins en moins chez le diabétologue. » « Ça permet de toucher un petit peu. On touche une petite somme à chaque fois qu'on met ce système en route. »	« Il faut être diabétique pour être dans le trajet de démarrage. » « Je réfléchis, il n'y a pas grand chose, à part les patients qui viennent chez le médecin pour des suivis, qui, on va les peser, on va voir qui sont un peu surpoids. » « Pour les enfants, oui, on essaye de faire attention, à l'ONE, en médecin scolaire, on essaye de prévenir par rapport à tout ça, mais sinon, j'ai jamais vu de campagne pour ça dans Péruwelz. »

	pour le trajet démarrage, mais on sait jamais lequel de nous l'a fait. » « ...on a une pratique de groupe, ... » « Les rapports des spécialistes, oui, quand ils en font, ... » « Donc on a pas trop de problèmes pour les rapports des spécialistes. » « Il manque beaucoup de médecins. Surtout, beaucoup de diabéto dans la région, ... » « ...on a l'impression de devoir finalement faire entre guillemets, leur travail, ... »	« Mais sinon, je pense qu'on a reçu aussi un communicant comme quoi c'était sorti par l'Inami, mais ça s'est parmi tous les courriers qu'on reçoit (rire). »	c'est tout le temps informatisé. » « Il y a des patients, des spécialistes qui bloquent parfois leur ou des hôpitaux qui bloquent parfois des rapports, et les patients nous voient qu'il ya un rapport mais n'ont pas accès au rapport que nous, que nous, on a accès. »	« C'est d'être assidu dans ses glycémies (rire)... » « ...s'il doit voir au moins deux fois par an son médecin traitant et essayer de rendre un peu plus assidu dans son traitement, un peu plus compliant aussi, peut être dans dans son traitement et dans son diabète. »	« À-côté de ça, je j'ai pas l'impression d'être vraiment soutenu pour suivre les patients diabétiques. » « ...motiver plus de médecin généraliste à se soucier tout ça et de suivre un peu mieux le diabète. Je pense que c'est un impact financier plutôt qu'autre chose. » « Bah c'est l'INAMI et c'est nous (rire). » « C'est l'impact financier, je pense, qui va plus aider et le fait que les patients aient des aides aussi supplémentaires. »	
MG 5 (Ath)	« La prise en charge, de manière générale, on va prendre, de manière médicale et diététique au départ. » « ...on collabore avec une ou deux diététiciennes... » « Dans le groupe, il y en a une qui est hyper spécialisée dans le diabète. » « Il donne le droit à avoir des séances d'éducation de manière structurée, réduction la consultation diététique, l'éducation. » « ...surtout au niveau de	« On a eu la chance d'avoir nous, un prof qui était très conscientisé. » « Je crois quand même qu'on a du recevoir, mais il faut être attentif, un courrier, mais qui tombe dans l'e-HealthBox. » « Et alors, moi, je me suis abonné aux	« On travaille avec les dossiers médicaux informatisés. » « Le but est de pomper nos données avec des exigences délirantes qu'on ne peut pas suivre. » « Donc dans le dossier, on a les bios, nos commentaires, on a le rapport des spécialistes et on jongle avec tout hein ! »	« Son adhésion essentiellement. S'il a envie, ça va. S'il a pas envie c'est perdu d'avance. » « Tout repose sur le patient. » « Juste penser qu'il a un rôle. D'admettre qu'il a un rôle. Arriver à convaincre le patient qu'il a un rôle à jouer dans sa prise en charge, et pas seulement un rôle actif, et pas seulement un rôle passif, ça c'est le plus dur. » « Donc médecine de luxe, c'est un traitement de luxe dans lequel ils s'impliquent pas. On a pas plus de facilité avec des gens intellectuels et des gens cérébrés, c'est pas toujours vrai, rarement en cause aussi de	« Malheureusement, on demande de plus en plus de prendre en charge le diabète de type 2, on s'aperçoit qu'on a plus en plus d'entraves à la possibilité de bien soigner un diabétique de type 2. Si ce n'est avec de l'eau bénite et un vélo (rire). » « On sait retirer les avantages qu'on avait quand même avec le trajet de soins, parce que l'ancien système ça servait à rien. »	« Rien ! Rien ! Epicura (hôpital) fait parfois des glycémies. Il n'y a pas grand chose. Par manque de temps, je crois ! » « Tout le monde dit ça, tout le monde fait son petit truc dans son coin et finalement, ça n'aboutit à rien. » « Si on veut être efficace, il faut des informations de masse, global, tv, presse ou quelque chose qui touche les gens. »

	l'éducation c'est pas clair du tout, pas clair du tout. » « Donc la complémentarité est efficace... » « Les centres de coordination qui auraient dûs être mis en place. » « Il faut qu'une constellation, du moins des personnes fiables derrière pour le relancer. » « Donc il y a beaucoup de difficultés de communiquer avec les hôpitaux, ... »	news, on appelle ça les urgences de l'INAMI. » « Un confrère en avait parlé, par rapport au numéro de code qui avait changé. » « Au départ, les infos comme d'habitudes ont mal été organisées. »	« On s'est structurer le dossier uniquement dans une rubrique diabète, en intégrant sur la même page tous les facteurs intervenants. » « Avec l'outil informatique, on a rapidement une vue sur ce qui se passe à condition d'intégrer les données minimum biométrique : poids, taille et le suivi. »	beaucoup de difficultés se remettre en question. »	« Le problème, c'est la structure commerciale des hôpitaux qui voient ça d'un très mauvais... C'est géré par des administratifs, des commerciaux qui n'en ont rien à foutre de faciliter le boulot de l'infirmier, du médecin dans son travail. » « Il y a énormément un gens de bonne volonté, mais l'Etat et certains gros pouvoir freinent manifestement ou ont un double-langage. C'est clair. » « Bah ils vont pomper nos données quoi, c'est tout ! » « Ca évolue quand même positivement. » « Le problème qu'on a, c'est pas l'Etat ce sont les mutuelles, c'est la relation entre les mutuelles et l'Etat. » « On nous oblige encore demander des autorisations pour des médicaments qu'on va quand même pas prescrire à n'importe qui, alors qu'on permet en même temps la vente libre d'une saloperie pour	« L'endroit où il faudrait le faire, c'est à l'école. »
--	--	--	---	---	--	--

					des émules de Kim Kardashian, c'est quand même hystérique. » « Le gros problème, c'est l'administratif, tous les freins qu'on nous met, les bâtons qu'on nous met dans les roues de manière administrative. Ça, c'est terrible! » « Ca va être très compliqué, parce que il y a plus de sous. » « On le voit, tout ce qui passe à l'AVIQ est freiné, notamment des primes de l'AVIQ qu'on appelle administratives... » « On devra être plus actif au départ, ça devrait nous permettre de moins prescrire de molécule onéreuse. On va freiner la prescription de molécules onéreuses, puisqu'on aura investi sur les préventions. »	
MG 6 (Leuze)	« En tout cas moi, j'essaie surtout de les dépister... » « Et puis bin voilà quoi, ça échappe un petit peu alors j'ai tendance à référer. » « Aux spécialistes. »	« Alors moi, je me souviens même plus trop de mon cours de diabète. Je me souviens que quand j'ai commencé comme	« Oui, nous on a un dossier médical informatisé. Il y a le réseau santé wallon pour trouver pas mal de choses. Moi, j'essaie que leur Sumher et leur schéma de	« Je dirais bien le niveau d'éducation du patient. » « Moi, j'ai quelques patients diabétiques et dépressifs et je trouve ça particulièrement compliqué... » « Et je trouve que là, il y a un "laisser-aller" qui s'entraîne en boule de neige et qui n'aide pas du tout. »	« Je ne sais pas ! (rire). Je ne me sens ni suivi, ni par... Je ne sais pas, non, je n'ai pas de soutien particulier. » « Non plus ! Je suis désolé je vais pas être très... »	« ...un truc ONE pour les petits. » « Il y a la médecine scolaire qui va passer. » « Maintenant, sinon, je trouve pas qu'il y ait des choses incroyables en prévention de la santé à Leuze. »

	« ...entre les pré trajet de soins, les trajets de soins, les conventions diabète. Moi m'a perdue quelque part! » « Les diabétologue, on en a quand même pas beaucoup dans la région,... » « Je crois que le but, c'est quand même que ce soit multidisciplinaire plus vite. »	assistante, j'ai même racheté un bouquin sur le diabète parce que je me sentais pas du tout formée correctement. » « J'ai vu passer un mail (rire). »	médication sur le réseau santé wallon soit un jour, histoire que les traitements soient connus. »	« Et alors, certains patients qui n'ont pas forcément les cartes en main pour vraiment faire attention à leur alimentation, pour faire attention à leurs activités physiques donc des milieux socio-culturels parfois un peu plus défavorisés, j'ai un peu plus de mal à les faire entrer. Aller voir une diététicienne, tout ça, ça leur paraît un peu pas pour eux. » « Dans le trajet de soins, je sais qu'il s'engage quand même à un certain nombre de consultations et à être suivi et à voir un tel, un tel. » « ...c'est un contrat,... »	« Un mille-feuille hyper compliqué ! (rire). Non, mais vraiment, c'est hyper compliqué, mais en tout cas, c'est pas clair du tout dans ma tête. Mais ça, je crois que vous l'avez bien compris. » « De par la multiplicité des choses qui ont été faites et les critères qui vont avec. » « Il y a trop de règles différentes et que je n'ai jamais une manière claire dans une information complète. »	« Le conseil des aînés fait quand même de temps en temps des petites réunions et des séances d'information sur certains sujets et parfois, ça balaye la santé. »
MG 7 (Tournai)	« On fonctionne. On est cinq médecins généralistes, il y a un Kiné aussi, des infirmières avec un centre de prélèvement, mais au niveau médecine générale, on est tous indépendants, on a tous nos patients, on touche tous nos honoraires, donc c'est... On est tous dans le même bâtiment, mais on travaille entre guillemets, chacun pour-soi. »	« C'est mes collègues qui m'en ont parlé, puis un de mes collègues m'a envoyé la présentation PowerPoint. » « On avait des cours endocrinologie, puis il y a eu deux ou trois cours de médecine générale tournant autour	« Dans mon dossier. »	« Je crois qu'il doit venir me voir de temps en temps. Ça, c'est son obligation » « Sinon l'obligation ? Il est responsable de sa santé aussi. »	« Ouai, le financement, le financement. » « Rien justement ! Il y a le financement, mais à part ça, pratiquement parlant, je vous dis: moi, j'ai même pas eu, c'est mon collègue qui m'en a parlé. J'ai pas eu d'infos. » « Si c'est juste faire trois cliques, toucher 22 €, et je crois que c'est vingt-deux. et et puis faire ce que je	« J'en sais rien, je pense, au niveau Tournai. Je sais pas répondre. » « Je pense qu'il y a de temps en temps des affiches ou des trucs sur la prévention par rapport à telle ou telle autres choses, mais ça, je sais pas. » « Et après, je pense que chaque cabinet ou chaque médecin fait un peu la prévention à son niveau. »

	« Parfois, ils voient quand même le diabétologue... » « Je leur conseille d'aller chez l'ophtalmo une fois par an. » « Mais au-delà de ça, au-delà de ça, ça permet aussi de cadrer la consultation,... » « Moi à termes, j'aimerais bien créer un réseau via ce trajet vous voyez ? » « Savoir l'envoyer chez une diététicienne, par exemple, les éducateurs en diabète, je vous avoue que je leur montre la feuille, mais je fais : ça, vous oubliez, parce que je trouve que c'est pas hyper utile, spécialement tout de suite. Ça dépend s'ils ont juste de la Metformine, par exemple, et surtout, j'en connais pas ! » « Je pensais plutôt gérer tout seul vers les objectifs,... » « Par contre, par rapport à la, aller, à la complémentarité pluridisciplinaire, je trouve qu'il falloir c'est difficile à répondre maintenant, va falloir voir un peu avec le temps, comment ça se passe	du diabète, et puis ça, ça a été surtout en pratique, durant les trois années d'assistanat avec les feedback, nos cours un peu. » « Pour vous dire, je me retrouve pas encore entre convention, convention diabétique et trajet diabétique. J'ai toujours pas exactement la différence. » « Les informations, celles que j'ai de base, et les nouvelles informations, c'est un peu la formation continue. » « ...le SSMG... » « ...sur EBM Practice Net... » « ...on va faire des formations d'accréditation ... »			fais, je trouve pas. Oui, je suis content, je gagne des sous, mais je trouve, c'est pas l'objectif du trajet. »	
--	---	--	--	--	--	--

	avec les, les paramédicaux. » « ...les diabétologue sont débordés parce qu'on en a de plus en plus, et en première ligne, je trouve que c'est à nous, médecin traitant, de prendre ça en charge ! » « Se coordonner, plutôt entre professionnels de la santé, tout ça, ce serait bien, ... »	« ...sur internet, sur l'Inami etc, je crois. »				
--	---	--	--	--	--	--

	Les connaissances et rôles des médecins généralistes par rapport au « trajet de démarrage »
MG 1 (Mouscron)	« ...j'ai échangé pleins de mails à-propos du trajet de démarrage avec lui, justement pour des demandes, et puis par mon épouse, qui est éducatrice en trajet de soins diabète. » « J'avais déjà tendance à quand même envoyer un pré trajet, même si, au début, les règles dans ma tête étaient pas claire, la limite d'âge notamment. J'ai une fois été attrapé... » « C'est vrai qu'il y a peut-être un peu de flou. Moi, mes patients, je les reconvoque quand même régulièrement. » « C'est quand même quelque part le généraliste qui devra assurer le suivi. Voir si le patient a vu son éducateur. »
MG 2 (Bernissart)	« On n'a pas eu, je trouve, beaucoup d'informations qui sont arrivées. » « ...une infirmière en diabétologie qui m'en avait parlé il y a quelques mois,... » « Mais mais je ne l'ai pas encore lancé moi-même. » « ...l'utiliser pour les patients du premier groupe que je compte pas envoyer chez le diabétologue,... » « ...on a vraiment le rôle de première ligne, puisque les seuls qui vont diagnostiquer ce type de diabète... » « C'est à nous d'en parler aux patients, et il n'y a jamais aucun patient qui vient nous voir en nous disant: "j'aimerais bien-être en pré trajet de soins" (rire). » « ...d'office on doit leur en parler. » « ...ce programme, il n'existe pas, sans nous,... »
MG 3 (Chièvres)	« Moi, je vois pas vraiment de quoi il s'agit d'un trajet de démarrage maintenant. » « Peut être que, comme je disais, je le connais sous un autre nom et que je peux apprendre ici. » « ...j'ai jamais lancé de pré trajet de soins et parce que c'était c'était plus de paperasse qu'autre chose, et qu'il n'y avait pas vraiment de bénéfices pour les patients qui étaient diabétiques au début... »
MG 4 (Péruwelz)	« ...on sait qu'il y a ce code qu'on peut mettre pour le trajet démarrage, mais on sait jamais lequel de nous l'a fait. » « Pour moi, tant pour le diabète vraiment débutant, ça peut être intéressant pour la pédicure, mais c'est vrai que, sinon, ou alors je ne le sais pas encore à quoi d'autres ça peut servir? » « Il faudrait qu'on y pense à chaque fois... » « On sait que le trajet de soins été mis en route, mais avec ce programme, avec le trajet de démarrage, on n'a pas, on n'a pas d'onglet vraiment, qui montre que ça a été fait, et on ne sait pas vraiment suivre par rapport à ça. » « On n'y pense pas beaucoup, parce que c'est vrai que, on ne voit pas, ça se noie un peu dans toutes nos notes, finalement, de consultation. » « Je vois pas trop à quoi, ce que ça change par rapport à ce qu'on faisait habituellement. » « ...à part devoir penser à mettre ce code. » « Si c'est un nouveau diabétique, on lui explique ce que c'est que le trajet de soins démarrage,... »
MG 5 (Ath)	« Trajet de démarrage, c'est un peu ambigu, puisque quand on regarde le texte, c'est adressé aux patients qui commencent du diabète de type 2, pour faire un trajet de soins, avec les objectifs habituelles du trajet, une prise en charge structurée et efficace. » « Maintenant, pourquoi pas y inclure tous les patients qui sont diabétique de type 2, même mal pour moi, je me dis que diabète de type 2 débutant, c'est aussi un diabète de type 2. » « On sait retirer les avantages qu'on avait quand même avec le trajet de soins, parce que l'ancien système ça servait à rien. » « Il donne le droit à avoir des séances d'éducation... » « ...on commence à les encoder. » « Le problème, c'est savoir comment on va organiser tout ça, surtout au niveau de l'éducation c'est pas clair du tout, pas clair du tout. » « On va essayer de garder un rôle essentiel,... » « Si on l'écoute plus personne n'aurait de rôle préférentiel. » « Un orchestre sans chef d'orchestre ça marche pas hein. »

MG 6 (Leuze)	« Pour l'instant quelque chose sur lequel je devrais me renseigner, mais que je n'ai pas encore fait. » « Moi, je trouve que c'est beaucoup trop compliqué. » « Je pense que mon premier rôle, ça va être de savoir comment fonctionne le programme. Ça va être un bon début (rire). » « Et après, je pense que inévitablement on prend en charge énormément de démarrage de diabète. »
MG 7 (Tournai)	« Trajet de démarrage, c'est simplement faire ce qu'on faisait déjà entre guillemets, mais ça permet d'intégrer le patient dans un système de remboursement pour certaines prestations. » « Et oui, je gagne des sous parce qu'il y a un code. » « ...ça permet aussi de cadrer la consultation,... » « Pour vous dire, je me retrouve pas encore entre convention, convention diabétique et trajet diabétique. J'ai toujours pas exactement la différence. » « C'est comme le trajet de démarrage. Moi, c'est je crois, que c'est depuis le premier début de l'année je l'ai appris en février, quelque chose comme ça. » « Mon rôle dans ce programme: gérer la partie médecine de la prise en charge du diabète,... » « De leur faire comprendre que le diabète, c'est pas une maladie bénigne... » « Moi, mon rôle, c'est de leur rappeler ça et de suivre un peu les malheurs et etc, et les complications. »

	L'implantation du « trajet de démarrage » sur le territoire de Wallonie Picarde
MG 1 (Mouscron)	« A Tournai, je sais pas trop. On a pas de Réseau Local Multidisciplinaire dans la région. On a eu la chance que le docteur O. (diabétologue) était très, très dynamique et qu'il a mis en place un centre au CSAS avec partenariat avec les mutuelles. » « On aurait dû à la mise en place des réseaux locaux, en créer un ici dans la région et ça n'a jamais été fait... C'est toujours les mêmes qui font tout. » « Il n'y a pas eu de volonté de créer quelque chose et c'est trop tard. Il y a eu des demandes, mais l'AVIQ ne donne plus d'argent pour créer de nouveaux réseaux locaux. » « Maintenant, avec le projet « proxisanté », on verra ce que ce que madame Christie Morreale va faire. » « C'est vrai que pour les informations, ce serait bien d'avoir un site central de référence ! »
MG 2 (Bernissart)	« J'en sais rien du tout (réflexion). » « On nous a juste dit qu'il fallait mettre des codes, qu'on pouvait expliquer aux patients, mais je sais pas... »
MG 3 (Chièvres)	« Je pense qu'il faut surtout agir au niveau de cours, pendant la formation des étudiants, parce que, il y a aussi les Glem, les formations pendant, toutes nos années de pratiques. » « C'est vraiment au début de la pratique qu'on doit, qu'on doit agir. » « Et si on veut toucher les jeunes médecins, c'est par des formations pendant le pendant l'Assistanat. » « Si, dans les premiers, les premiers trajets de soins, on pouvait avoir une ligne de, de référence téléphonique juste pour nous répondre au cas où on oublie, on oublie un élément, ou bien on a une question, ... » « Et donc pendant la mise en place, ce sera bien d'avoir une ligne directe. »
MG 4 (Péruwelz)	« Je sais pas du tout. » « Il manque beaucoup de médecins. Surtout, beaucoup de de diabéto dans la région,... »
MG 5 (Ath)	« Aucune idée ! Aucune idée! Il y a trop d'intervenants, il y a trop d'intervenants. » « Malheureusement, la mort du système c'était les cercles,... » « ...on donne trop de responsabilités, notamment aux cercles qui ont un tas de choses à faire... » « Les responsables des cercles ont bien d'autres soucis que la gestion du diabète ou des choses comme ça... » « Il y a trop d'intervenants dans le système et là, l'Etat est défaillant dans l'organisation de l'information par rapport au rôle des différentes personnes et comment tout coordonner, c'est bien beau de dire les noms des CML, il n'y en a pas. » « Les centres de coordination qui auraient dû être mis en place. »
MG 6 (Leuze)	« Non. »
MG 7 (Tournai)	« Aucune idée ! Je sais pas si y'a un truc qui est censé être organisé mais aucune idée. »

