

# Où nous ont mené les trajets de soins ?

Drs Jean-Charles Crosset et Philippe Bindelle (PointSanté)

# Sommaire

- ▶ Introduction
- ▶ (Pré)histoire des trajets de soins
- ▶ « Evaluation » ?
- ▶ Nos impressions



# Fameux challenge...





# Introduction





# La fragmentation du système de santé belge

- Piliers confessionnels (chrétien, socialiste, neutre)
- Hôpital vs extrahospitalier
- Disciplines: spécialistes vs. généralistes; médecins vs. infirmiers vs. pharmaciens vs. ergothérapeutes vs. kiné vs. ergo vs.
- Flandre vs. Bruxelles vs. Wallonie vs. Communauté germanophone

... et très réactif (<2% des dépenses pour les soins de santé concernent la promotion de la santé et la prévention).

# La population souffrant de maladie(s) chronique(s) est particulièrement vulnérable à cette fragmentation

Présence de multi morbidités

Nécessitant des traitements et des soins provenant de professionnels de plusieurs disciplines

Ces professionnels se trouvent dans des lieux de soins différents, mais viennent aussi parfois à domicile

Le financement des traitements, des soins, de l'aide peut venir de sources multiples

L'information récoltée à propos des antécédents, diagnostics, investigations, traitements et réaction aux traitements est éparpillée sur autant de lieux qu'il y a de disciplines et de lieux de soins

Nécessité de pouvoir partager l'information utile à tous les prestataires qui en ont besoin

**Les patients chroniques constituent 63% des décès, 70-80% des dépenses de santé**

De ...



Un système fragmenté  
Soins réactifs  
Approche centrée sur la maladie  
Modèle médical  
Dicté par l'offre  
Patient passif



Vers...



Continuité des soins & intégration  
Soins planifiés et proactifs  
Approche centrée sur la personne  
Modèle multidisciplinaire  
Centré sur la demande  
Patient participatif

Table 1.5. **Dashboard on health care resources**

	Above OECD average	Close to OECD average	Below OECD average	– Missing data
	HEALTH CARE EXPENDITURE *	DOCTORS PER CAPITA	NURSES PER CAPITA	BEDS PER CAPITA **
	Total spending per capita, USD PPP	Number of practising physicians per 1 000 population	Number of practising nurses per 1 000 population	Number of beds per 1 000 population
<b>OECD</b>	<b>4 003</b>	<b>3.4</b>	<b>9.0</b>	<b>4.7</b>
Australia	4 708	3.5	11.5	3.8
Austria	5 227	5.1	8.1	7.6
Belgium	4 840	3.0	10.8	6.2
Canada	4 753	2.7	9.9	2.6
Chile	1 977	2.1	2.1	2.1
Czech Republic	2 544	3.7	8.0	6.5
Denmark	5 199	3.7	16.7	2.5
Estonia	1 989	3.4	6.0	5.0
Finland	4 062	3.2	14.7	4.4
France	4 600	3.3	9.9	6.1
Germany	5 551	4.1	13.3	8.1



Table 1.4. Dashboard on quality of care

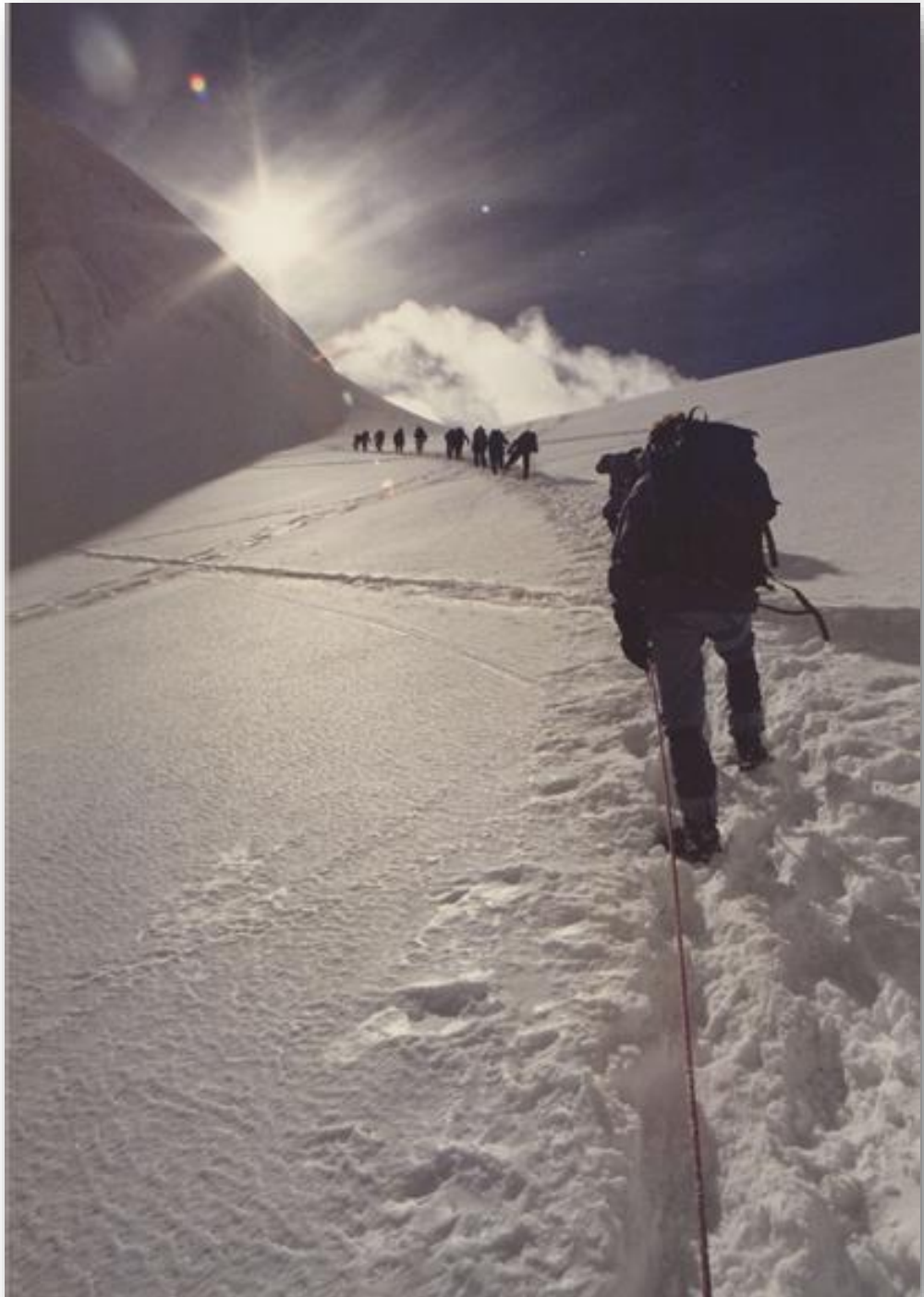
✔ Better than OECD average

● Close to OECD average

✘ Worse than OECD average

– Missing data

	ASTHMA AND COPD HOSPITAL ADMISSIONS	ANTIBIOTICS PRESCRIBED	ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION MORTALITY*	COLON CANCER SURVIVAL	OBSTETRIC TRAUMA (INSTRUMENT) **
	Age-sex standardised rate per 100 000 population	Defined daily dose per 1 000 population	Age-sex standardised rate per 100 000 population	Age-standardised survival rate in %	Crude rates per 100 vaginal deliveries
OECD	236	20.6	7.5	62.8	5.7
Australia	371 ✘	23.4 ●	4.0 ✔	70.6 ✔	7.2 ●
Austria	330 ●	14.0 ✔	7.4 ●	63.7 ●	–
Belgium	286 ●	29.2 ✘	7.0 ●	67.8 ●	3.4 ●
Canada	247 ●	20.8 ●	5.1 ✔	67.2 ●	16.9 ✘
Chile	99 ✔	–	11.3 ✘	51.5 ✘	–
Czech Republic	193 ●	19.6 ●	6.9 ●	56.1 ✘	–
Denmark	333 ●	16.1 ●	4.0 ✔	61.6 ●	10.9 ✘
Estonia	137 ●	12.1 ✔	10.6 ✘	58.4 ●	3.9 ●
Finland	184 ●	17.2 ●	5.6 ●	64.8 ●	3.7 ●
France	150 ●	29.9 ✘	5.6 ●	63.7 ●	–
Germany	284 ●	14.4 ✔	7.7 ●	64.8 ●	6.4 ●





Kanin

*“I come from a hundred years in the future to warn you that nothing really changes in the next hundred years.”*

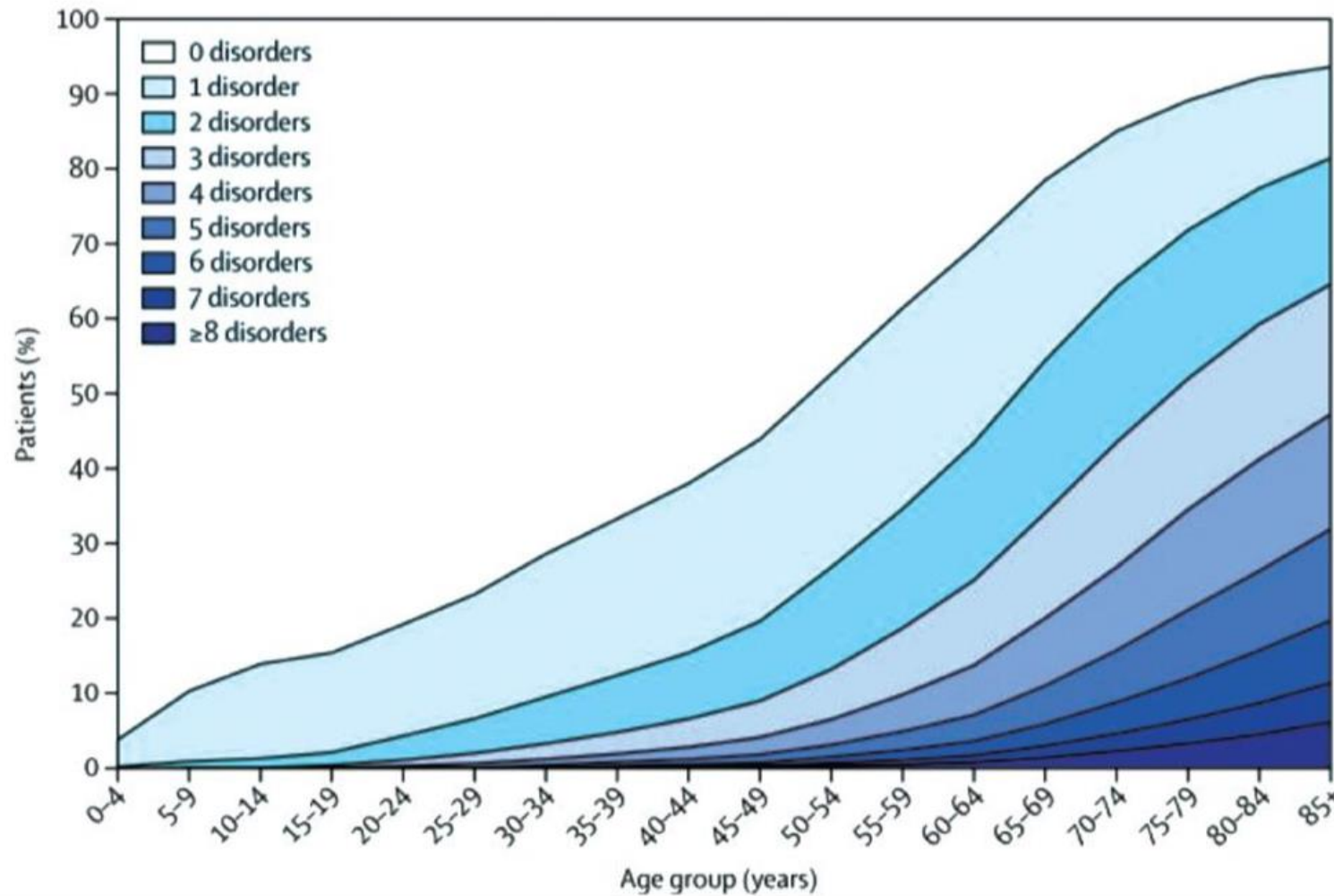
## La préhistoire des trajets de soins

# Quelques constatations de départ:

- Les maladies chroniques sont la première cause de décès de morbidité à l'échelle mondiale.
- Dans les 20 prochaines années, 1/3 de la population européenne sera âgée de plus de 60 ans.
- 70% des plus de 65 ans sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques (source Oms).
- 70 % des coûts de la santé en Europe et aux Etats-Unis concernent les maladies chroniques et leur multi morbidité.
- malgré des progrès thérapeutiques indiscutables dans de nombreuses maladies, les patients ne bénéficient pas toujours des meilleurs soins par rapport à leur affection chronique et leurs propres besoins.



# Nombre de personnes présentant une pathologie chronique, par groupe d'âge





# Quelques constatations de départ:

- Les maladies chroniques sont la première cause de décès de morbidité à l'échelle mondiale.
- Dans les 20 prochaines années, 1/3 de la population européenne sera âgée de plus de 60 ans.
- 70% des plus de 65 ans sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques (source Oms).
- 70 % des coûts de la santé en Europe et aux Etats-Unis concernent les maladies chroniques et leur multi morbidité.
- malgré des progrès thérapeutiques indiscutables dans de nombreuses maladies, les patients ne bénéficient pas toujours des meilleurs soins par rapport à leur affection chronique et leurs propres besoins.

# Le modèle Chronic Care de Wagner

## Communauté

Ressources et politiques

Aide à l'auto-  
prise en charge

## Système de santé

Organisation des soins

Aide à la  
décision

Prestations de  
services et de  
soins

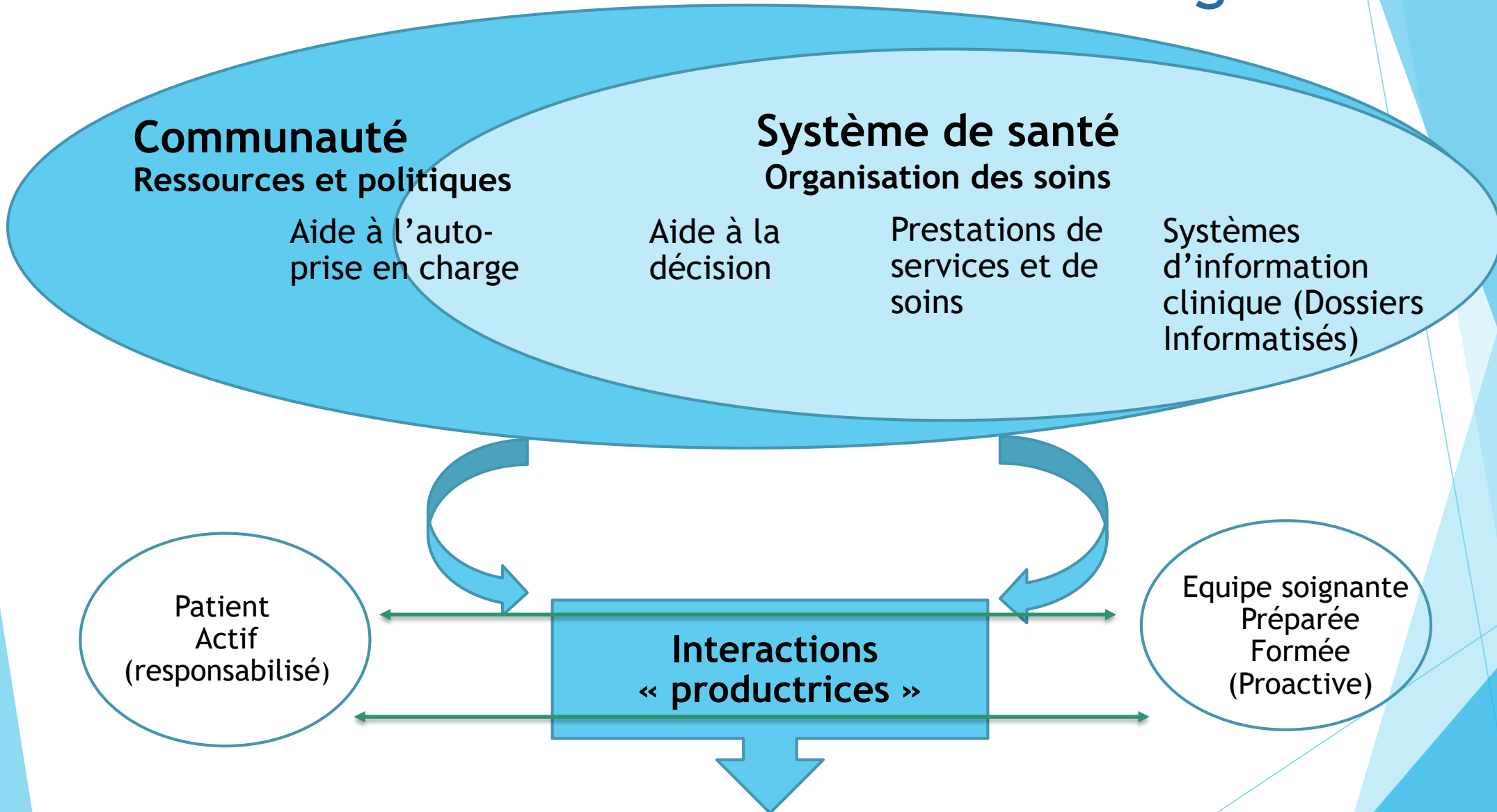
Systèmes  
d'information  
clinique (Dossiers  
Informatisés)

Patient  
Actif  
(responsabilisé)

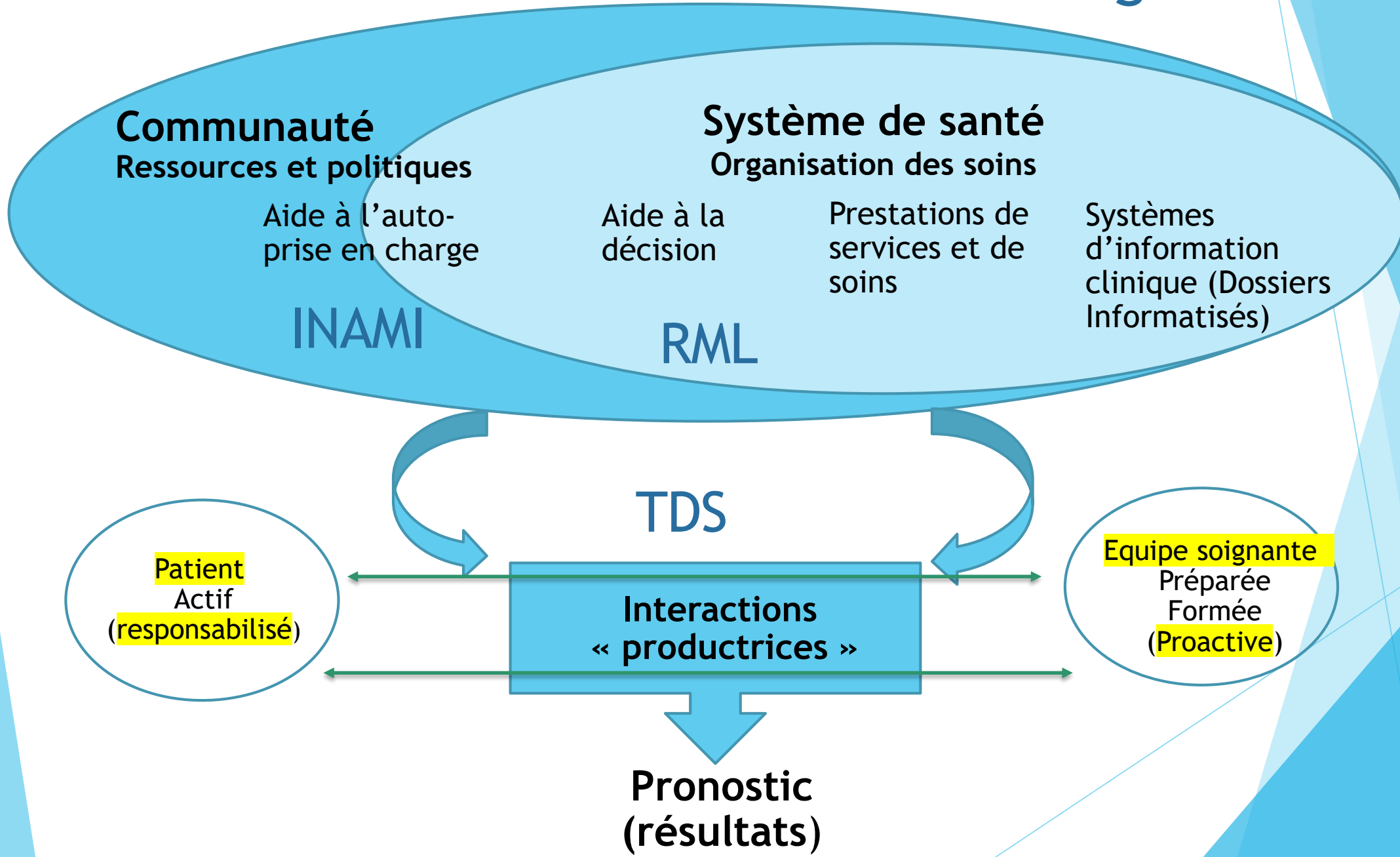
Interactions  
« productrices »

Equipe soignante  
Préparée  
Formée  
(Proactive)

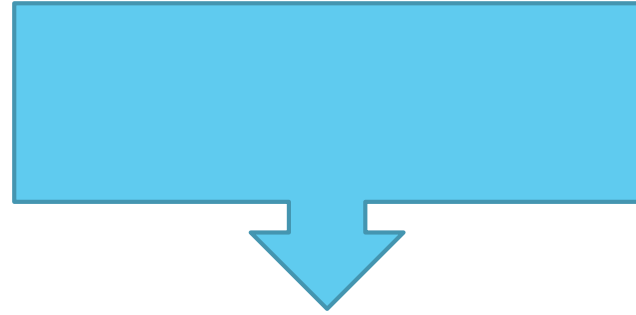
Pronostic  
(résultats)



# Le modèle Chronic Care de Wagner



# Le modèle Chronic Care de Wagner



## Pronostic (résultats)

« des modifications du fonctionnement de l'équipe du cabinet permettent d'abaisser l'HbA1c en moyenne de 0,6%, comme le démontre un ensemble de 26 études.[6](#) »

Les ajustements médicamenteux n'obtiennent de résultats comparables qu'à un coût bien plus élevé, et sont plus susceptibles d'entraîner des effets secondaires ! »

[6](#) Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control : A meta-regression analysis. JAMA 2006;296:427-40.



# La fragmentation du système de santé belge

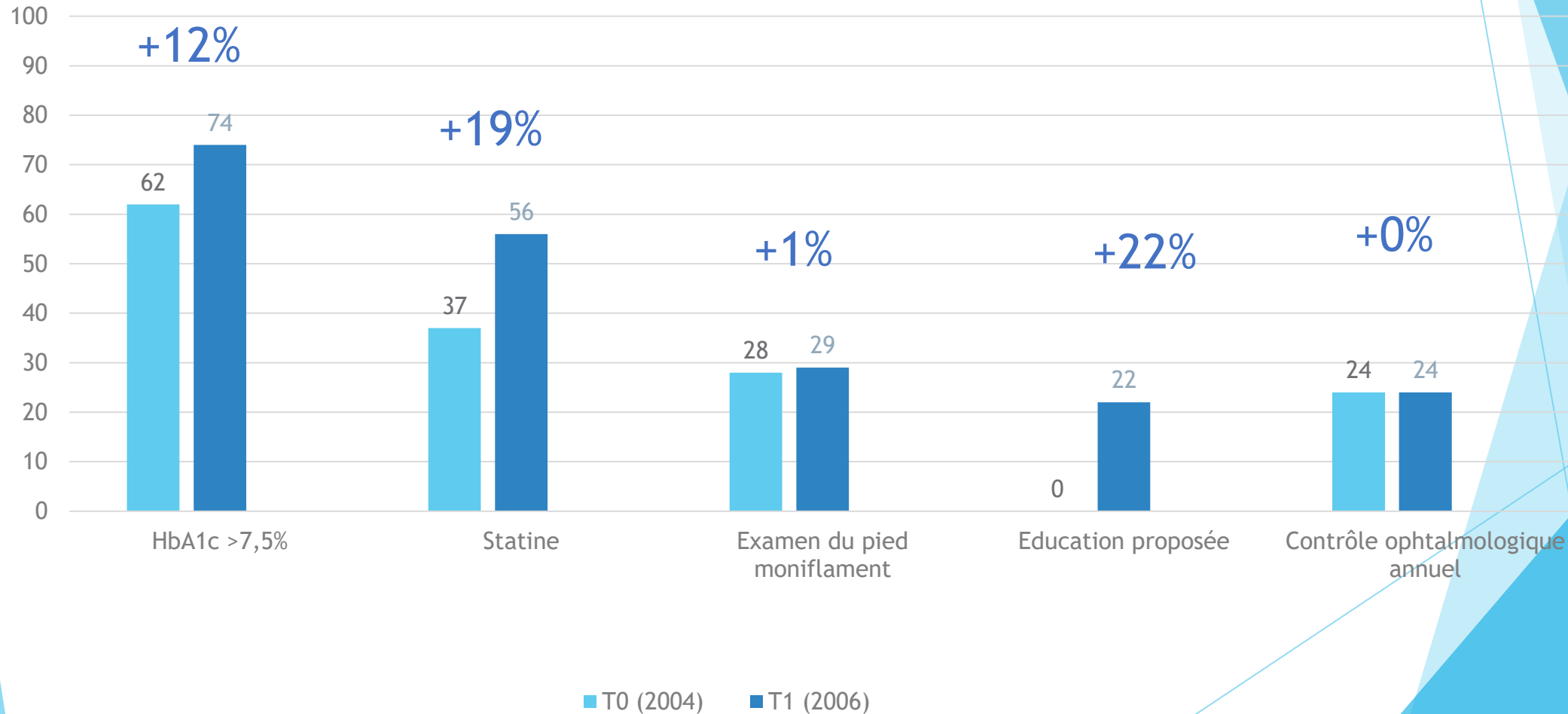
Peut-on transférer le Chronic Care Model de Wagner dans le système de santé belge ?

➔ L'expérience d'Alost...



# Résultats de l'expérience pilote d'Alost (2004-2006)

Evolution des objectifs prioritaires récoltée par les médecins généralistes chez les patients répondants aux critères.



# Médecine des Maladies Métaboliques

## Décembre 2011

*Le parcours de soin : une solution ou une contrainte supplémentaire?*

*Health care delivery pathway: a solution or a constraint?*

*M. Varroud-Vial*

La loi a instauré un parcours de soins pour les patients atteints de maladie chronique, qui doit être organisé sous la responsabilité des médecins traitants. De nombreux dispositifs incitent les médecins à prescrire un parcours de soins approprié aux diabétiques : recommandations, guides ALD, programme SOPHIA, CAPI, tableau de bord informatisés, formation continue, programmes de « disease management ». L'effet de ces actions porte principalement sur l'amélioration du suivi et paraît modeste sur **l'inertie clinique qui reste importante**. Une des raisons est que l'application du modèle bio-médical au parcours de soins peut générer une mauvaise observance du patient qui renforce l'inertie clinique du médecin.

**Le modèle bio-psycho-social centré sur le patient est probablement plus adapté à obtenir une réduction de l'inertie clinique, en favorisant le dialogue avec le patient et la coopération pluridisciplinaire.**

Le Plan Personnalisé de Santé, issu des réseaux et expérimenté par la HAS, est un outil pour appliquer cette démarche.



# Evaluation

# Trajets de soins (2009-2013)

## Rapport global d'évaluation

- ▶ Analyse des données cliniques et biologiques transmises par les médecins généralistes pour leurs patients ayant un trajet de soins (ACHIL).
- ▶ Analyse des documents, groupes de discussion et questionnaire en ligne pour les patients
- ▶ Analyse du questionnaire en ligne pour les éducateurs en diabétologie
- ▶ Résultats de l'étude de la VUB et analyse des rapports annuels des RML

# Trajets de soins diabète de type 2 et IRC: évaluation de l'impact sur les processus et les résultats (ACHIL-ISP).

- ▶ 79% de patients TdS enregistrés
- ▶ pour 82% de ces patients une série complète des paramètres a été transmise
- ▶ 75% des médecins ayant des patients TdS ont transmis des données dont la qualité est excellente.

## Résultats:

- ▶ Certaine efficacité des TdS (meilleure conformité avec les recommandations de bonne pratique)
  - ▶ Impossibilité de se prononcer avec certitude sur les résultats de santé
- ➔ Evaluation à suivre afin de constater si elles sont durables et imputables aux trajets de soins.



# Evaluation de la satisfaction des patients et de la perception des expériences vécues (ABD)

- ▶ 77% satisfait
- ▶ 74% se sent mieux soigné
- ▶ 65% conseilleraient le trajet de soins à d'autres patients
- ▶ 47% des patients estime que l'information sur les TDS doit venir du médecin généraliste alors que d'après les résultats, la principale source d'information est l'éducateur, suivi du médecin spécialiste et enfin par le médecin généraliste



# Rapport questionnaire éducateurs en diabétologie en 1<sup>o</sup> ligne et centres de conventions ( INAMI)

- ▶ Satisfaction et motivation globale
- ▶ Solutions à envisager rapidement afin d'éviter un décrochage réel suite à différents obstacles rencontrés:
  - Prévoir plus de temps
  - Meilleure rémunération
  - Patient mieux référencer vers les éducateurs par les médecins généralistes

# Etude de la VUB

Résultats de l'étude VUB (Mark LEYS) Projet d'étude d'octobre 2012 à juin 2013 sur base d'analyse de documents et des groupes de discussion.

Evaluation de l'organisation des RML, le rôle du promoteur trajets de soins (PTS) et de la collaboration avec les services intégrés de soins à domicile (SISD).

NB: Ne porte pas sur l'efficacité clinique.

## ► *Résultats*

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

# Conclusions et recommandations

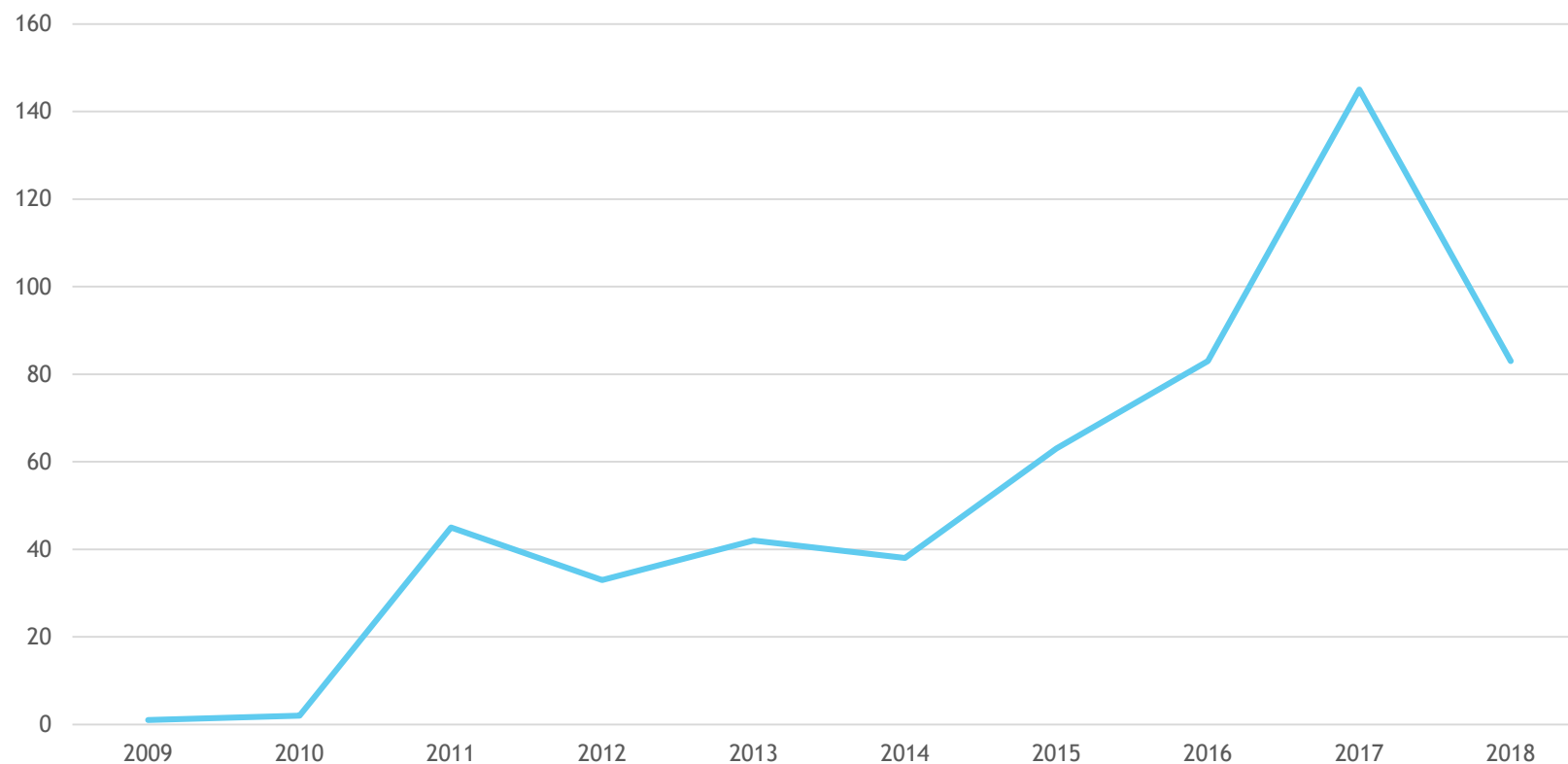
1. L'évaluation doit se poursuivre pour confirmer l'amélioration de la qualité des soins, doit être plus performante à l'avenir et être soutenue par une plateforme d'évaluation globale.
2. Recadrer et renforcer: le rôle central du généraliste, des soins multidisciplinaires proactifs planifiés, adapter les critères d'inclusions au Tds, renforcer le rôle des éducateurs, des pharmaciens , l'empowerment du patient.
3. Soutenir : l'IT, une meilleure gestion des rml, une information sur les Tds, la formation.
4. Simplifier: réglementation, prescription médicament et matériel d'autogestion, contrats de Tds.

Pour les RML:

1. Recadrer: missions ( soutien au travail multidisciplinaire de 1<sup>o</sup>ligne).
2. Soutenir: coaching des PTS, échanges d'expériences entre projets.
3. Évaluation: élaborer une évaluation et un feed-back prospectifs.
4. Communication: promouvoir le TDS auprès des dispensateurs de soins et des patients.

# Evaluation locale en chiffres

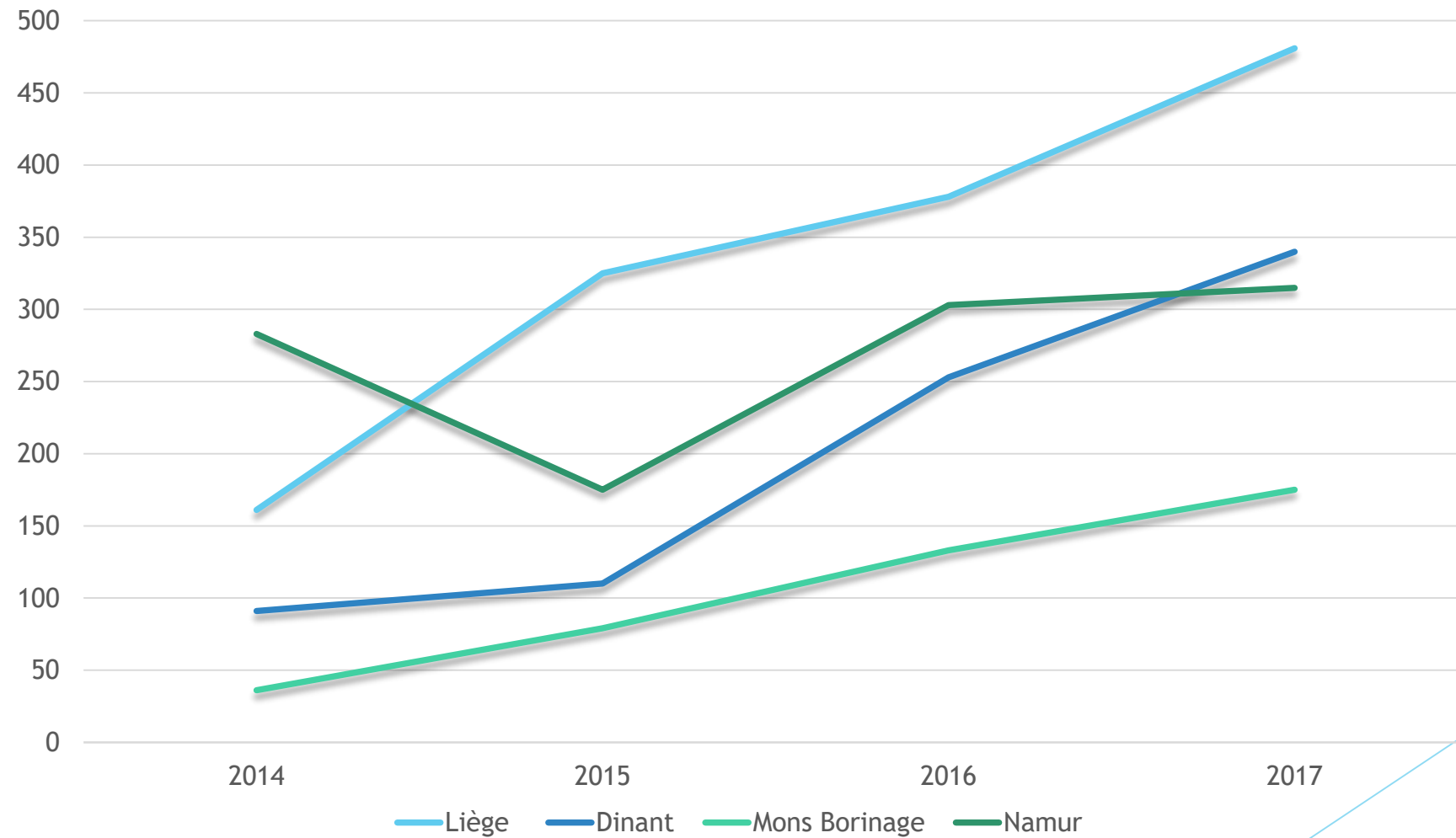
Nombre de trajets de soins diabète ouverts par année au PointSanté





# Autres régions

Nombre de trajets de soins diabète ouverts par année par RML





196

médecins généralistes de la zone du  
cercle ont ouvert un ou plusieurs trajets  
de soins par l'intermédiaire du  
PointSanté.



Kanin

*“I come from a hundred years in the future to warn you that nothing really changes in the next hundred years.”*

# Evolution ?

Un consensus se dégage pour affirmer que les trajets de soins doivent continuer à être développés. Il est cependant nécessaire d'en simplifier la gestion administrative.

I. Le cadre INAMI doit devenir plus contraignant, tout en offrant une latitude d'adaptation aux besoins locaux.

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'état a vu passer la tutelle des RML de l'état fédéral à la région wallonne; quels sont les changements constatés?

- Contacts réguliers entre l'administration et nos réunions d'inter-RML,
- Cadre financier proposé de 3 ans (sécurité d'emploi) avec soutien et projet à définir: rapport d'activité annuel,
- Cadre budgétaire plus précis et contrôlé.

II. Les critères d'inclusion doivent être plus larges: les trajets doivent débuter dès le diagnostic

III. La fonction d'éducateur au diabète doit être renforcée

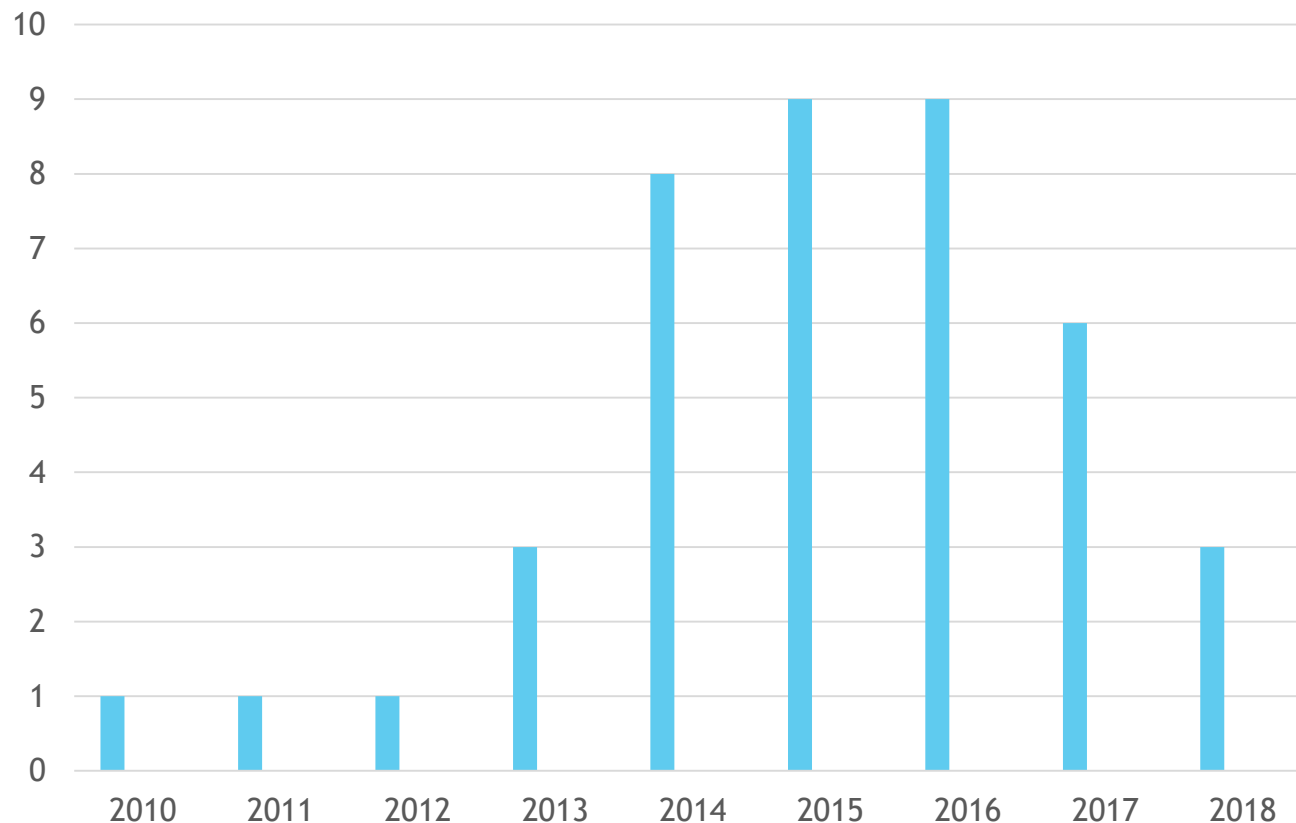
IV. Il doit être possible d'ajuster le nombre et la durée des séances d'éducation en fonction des besoins individuels du patients

- Février 2016: transformation du passeport du diabète en « pré-trajet », modèle de soins qui a pour but de mieux encadrer tous les patients atteints d'un diabète de type II qui ne sont ni en TdS ni en convention
- Mai 2018: un sous-groupe de patients intégrés le modèle de soins « Suivi d'un patient diabétique de type II » a droit au remboursement de prestations d'éducation au diabète prescrites par le médecin généraliste en fonction de ses besoins.



**Bémol: Pénurie d'éducateurs!**

## Nombre d'éducateurs en diabétologie actifs par année sur notre zone de soins



Les promoteurs de Réseaux Multidisciplinaires Locaux des différentes régions de Wallonie constatent que des éducateurs motivés quittent cette activité pour des raisons financières, qu'ils exercent leur activité comme infirmiers indépendants ou salariés attachés à un service de soins à domicile.



## ETAPE 1

### SUIVI/PRÉ-TRAJET

Indiquer dans l'ADS du patient le code : 102852

Le médecin généraliste est amené à offrir des soins adéquats basés sur les recommandations de bonne pratique chez le patient identifié.

Il examine avec le patient les objectifs individuels et les notes dans son DMG (indispensable dans le suivi du patient diabétique).

Pour les patients âgés de 15 à 69 ans, présentant un risque cardiovasculaire défini comme IMC > 30 et/ou comme hypertension artérielle: possibilité de prescrire 4 séances d'éducation en diabète par an.

Les 4 séances peuvent être réparties ou non entre ces différents prestataires :

- > Educateur en diabétologie : informations sur la maladie et le mode de vie à adopter.
- > Diététiciennes : éducation diététique.
- > Pharmaciens : incitation à l'observance thérapeutique.
- > Infirmiers à domicile: visite de suivi, soutien de l'autogestion.
- > Kinésithérapeutes : incitations à l'activité physique.

Accès aux documents  
(prescription type, récapitulatif,...)  
sur [www.pointsante.be](http://www.pointsante.be)

## ETAPE 2

### TRAJET DE SOINS

- > Contrat de collaboration entre le patient, le médecin traitant et l'endocrinologue référent.
- > Education en diabétologie réalisée par un éducateur sur prescription du médecin généraliste.
- > Accès au matériel d'autogestion sur prescription du médecin généraliste avec mention "Tds" (uniquement pour les patients qui ont ou entament un traitement par injection).
- > Facilité de remboursement pour certains médicaments avec mention "Tds".
- > Honoraire forfaitaire annuel pour le médecin généraliste + remboursement des consultations pour le patient.

### ÉDUCATION & AUTOGESTION

- > Education en diabétologie réalisée par le médecin généraliste (notifiée dans le DMG).
- > Accès au matériel d'autogestion sur prescription du médecin généraliste avec la mention "programme éducation et autogestion".
- > Obligation de résultats (HbA1C < 7,5% 3 mois avant la prolongation).

Accès aux documents  
(prescriptions, liste des médicaments,...)  
sur [www.pointsante.be](http://www.pointsante.be)

## ETAPE 3

### CONVENTION DIABÈTE

- > Education en diabétologie réalisée par les infirmières de la convention.
- > Accès au matériel d'autogestion (glucomètre, tiges, lancettes, capteurs: nombre variable selon le groupe auquel appartient le patient).
- > Suivi diététique.
- > Suivi en podologie et psychologique (si besoin).

### Récapitulatif des différentes prises en charge du diabète de type 2

	Suivi/pré-trajet	Éducation & autogestion	Trajet de soins	Convention diabète
Prise en charge	Dès le diagnostic	Incrétinomimétiques injectables ou 1 à 2 injections d'insuline	ou ADO dose maximale	2 injections d'insuline (groupe temporaire) ou Plus de 2 injections d'insuline Diabète de grossesse
Glucomètre	Non	1x/3 ans	1x/3 ans*	Selon besoins
Tigettes et lancettes	Non	2x50 tigettes + 100 lancettes/an	3x50 tigettes + 100 lancettes/6 mois *	Variable selon les groupes A, B ou C de la convention
Éducation en diabète	Possible pour un sous-groupe de patients	Non	5x/an + 5 séances uniquement la 1ère ou 2 <sup>e</sup> année de Tds	Dans les centres de convention
Diététique	2x/an	2x/an	2x/an	Dans les centres de convention
Podologie	2x/an	2x/an	2x/an	Selon besoins
Remboursements des consultations	Non	Non	Oui	Non
Accès facilité aux traitements	Non	Non	Oui	Oui

\*uniquement pour les patients qui ont ou entament un traitement par injection

## Point Santé

# PRISE EN CHARGE PROGRESSIVE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2

Edition 2018

Vade-mecum destiné au médecin généraliste

---

### DIAGNOSTIC

- > Glycémie à jeun > 1,26 g/l 2 reprises
- > OU glycémie > 2 g/l à n'importe quel moment
- > OU hémoglobine glycosylée > 6,5 %

### STADIFICATION

**1 Suivi/pré-trajet**  
> A ouvrir dès le diagnostic du diabète de type 2

**2 Education et autogestion**  
> Traitement ou début d'un traitement d'incrétinomimétiques injectables ou d'une seule injection d'insuline par jour, gérée par le médecin généraliste "en solo"

**Trajet de soins**  
> Contrôle insuffisant lors d'un traitement oral maximal (décision du MG en fonction de la tolérance du patient) et un traitement à l'insuline est envisagé (aucun délai n'est imposé pour le passage à l'insuline)  
> Ou 1 à 2 injections d'insuline ou incrétonomimétiques injectables par jour

**3 Convention diabète**  
> Au moins 3 administrations d'insuline par jour par jour et, en outre, le patient souffre d'une affection médicale grave (cancer, insuffisance respiratoire chronique, infarctus, AVC, patient greffé rénal 4 ou en dialyse, etc.)

### Recommandations INAMI

- 1 Examens cliniques**  
> BMI, TA (tous les 6 mois) et évaluation du risque de plaie aux pieds (tous les 15 mois)
- 2 Analyses biologiques recommandées**  
> HbA1c (tous les 6 mois), bilan lipidique (Cholestérol HDL et LDL, triglycérides), créatinine sérique et microalbuminurie (tous les 15 mois)
- 3 Objectifs individuels à fixer avec le patient**  
> Arrêt du tabagisme, alimentation et activité physique
- 4 Mise en place de collaborations multidisciplinaires**  
> Examen ophtalmologique (tous les 15 mois), prescription de l'éducation en diabète, diététique et podologie

Plus d'infos sur [www.inami.gov.be](http://www.inami.gov.be)

---

### COORDONNÉES

**Point Santé**  
Rue de la Marne 4 | 4800 VERVIERS  
087 71 01 59 | 0473 99 97 59  
[pointsante.coordination@gmail.com](mailto:pointsante.coordination@gmail.com)

**Centre de convention du CHR VERVIERS**  
Rue du Parc 29 | 4800 VERVIERS  
087 21 22 59

**Centre de convention de la Clinique Sainte Elisabeth d'Heusy**  
Rue du Naimeux 17 | 4802 HEUSY  
087 21 31 11

**Centre de convention de la Clinique Reine Astrid de Malmédy**  
Rue Devant les Religieuses 2 | 4960 MALMEDY  
080 79 32 85

Pour plus de renseignements rendez-vous sur notre site internet [www.pointsante.be](http://www.pointsante.be)

## V. Le patient doit être mieux informé et impliqué plus activement dans le trajet de soins

L'empowerment du patient est un processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé

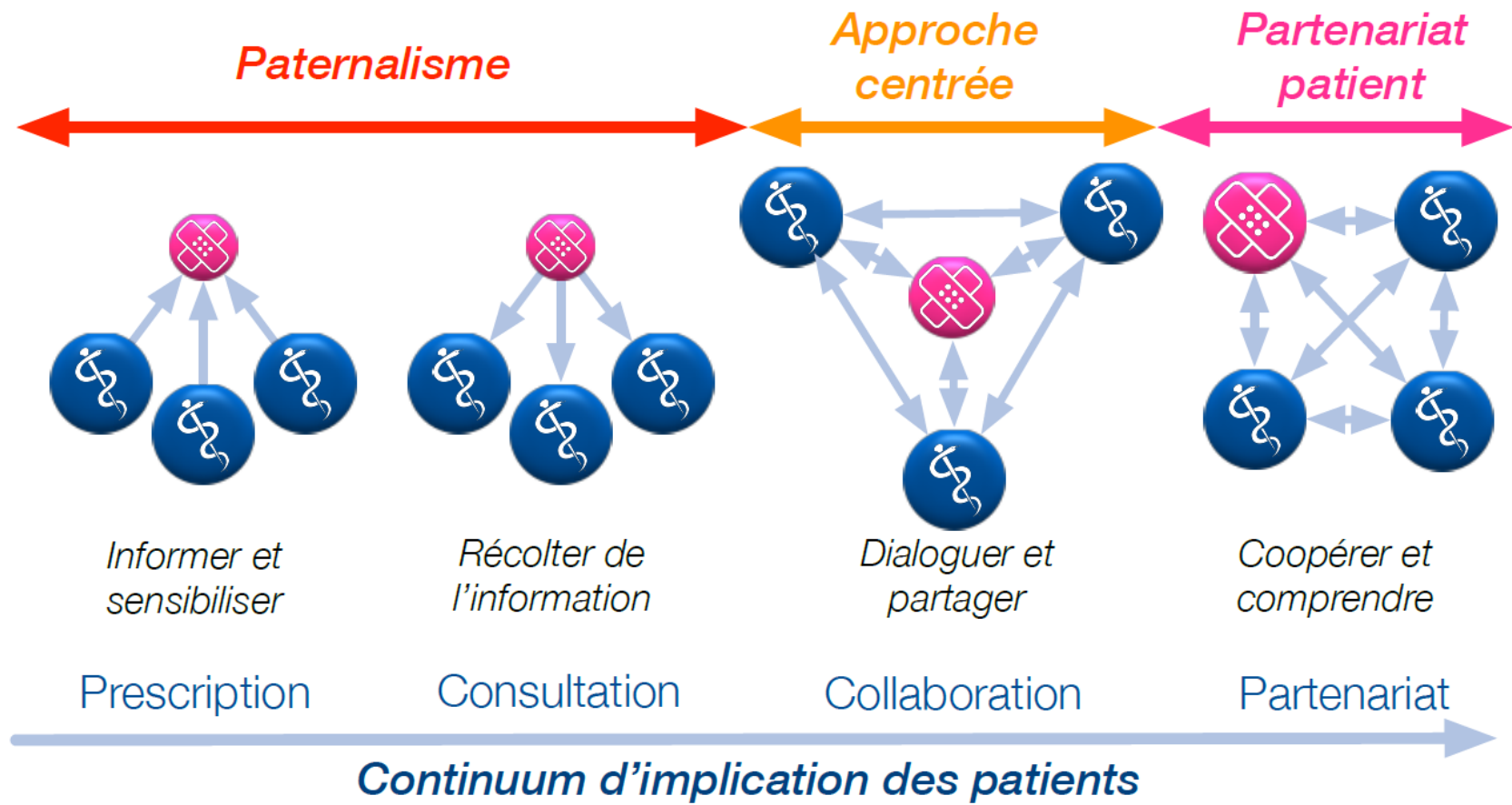
*Glossaire de la promotion de la santé. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1998*

### Le patient partenaire de ses soins et **du système de soins de santé**

**De nombreuses études ont démontré qu'impliquer le patient dans ses soins et l'organisation des soins a des conséquences positives pour la santé du patient comme pour le système de soins de santé. L'idée développée dans cet article est de dépasser l'approche « centrée sur le patient » et de faire du patient un partenaire des professionnels pour relever ensemble les défis actuels de santé publique<sup>(\*)</sup>.**

**LES FORMES CLASSIQUES  
D'« EMPOWERMENT » NE  
SUFFISENT PAS**





Lecocq, D. et Néron, A. (2018). Le patient partenaire de ses soins et du système de soins de santé . ABD. Le supplément du médecin, 61(6), 27-33.



## VI. Les avis sont divisés quant à la forme que devraient prendre les trajets de soins, à savoir rester 'orientés pathologie' ou évoluer vers un cadre pour les soins chroniques.

- 2009: personnes âgées fragiles à domicile → appelés projets « Protocole 3 »
- 2010: Soins de santé mentale pour adultes → appelés projets « Psy 107 »
- 2009: Trajets de soins

Ces différents projets ont fait aboutir de nouveaux **rôles** dans les soins :

(promoteurs de TdS, éducateurs diabète, case management, ergo à domicile, soutien psychosocial, équipe mobile de soins psychiatriques...)

et de nouvelles pratiques (travail multidisciplinaire, évaluation BelRAI, autoévaluation...)

# SOINS INTEGRES

*« Gérer et fournir des soins de santé, dans un continuum de promotion de la santé, prévention de la maladie, diagnostic, traitement, gestion de la maladie, réadaptation et soins palliatifs, aux différents niveaux et lieux de soins, et en fonction des besoins du patient. »*

OMS

## Soins intégrés versus soins coordonnés

meilleure interconnectivité  
entre des soins non modifiés.



réorganisation complète des services de  
soins et d'aide  
avec mise en commun des ressources et  
ajustements des pratiques



Le 19 octobre 2015, les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé, au sein de la Conférence Interministérielle, un Plan Conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé 'Des soins intégrés pour une meilleure santé'.

[www.integreo.be](http://www.integreo.be)

**19** projets sont candidats

Population: **3,67** millions habitants

Groupes-cibles:

- Maladie chronique accompagnée d'une fragilité (physique, psychique, sociale, polymédication, polypathologie, syndrome métabolique, hospitalisations multiples,...)
- Bénéficiaires de l'assurance-soins flamande ou du statut/forfait 'malade chronique'
- Patients chroniques isolés à domicile, patients chroniques très dépendants en structure résidentielle



## VII. Les éducateurs au diabète et les intervenants SISD doivent être impliqués plus activement dans la concertation.



Revalorisation financière des éducateurs et de la concertation

Problème de la concertation :

- lieu de rencontre
- temps nécessaire

Collaboration locale SISDEF – PointSanté

- partage de locaux
- collaboratrice dans les 2 structures
- représentation aux CA

# VIII. L'échange électronique d'informations doit bénéficier d'une attention particulière

La machine est lancée, malgré la « lasagne » institutionnelle belge.

## Partenaires de l'eSanté



**INAMI**  
Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)



Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement



Plate-forme eHealth



**KCE**  
Fédéral Instituut voor de Gezondheidszorg  
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé  
Belgian Health Care Knowledge Centre  
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)



**afmps**  
Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé



**isp WIV**  
Institut scientifique de santé publique



Medex



**CPVP**  
Commission de la protection de la vie privée  
Commission de la protection de la vie privée



**AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID**  
Agentschap Zorg & Gezondheid



**abrumet**  
Réseau Santé Bruxellois - Abrumet asbl



Réseau Santé Wallon (RSW)



**ARH**  
Antwerpse Regionale Hub (ARH)



**CoZo**  
Collaboratief Zorgplatform



**VZV**  
Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven



**CIN-NIC**  
Collège Intermutualiste National (CIN)

**MUTUALITÉS**



**LUSS**  
La Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)



**Vlaams Patiëntenplatform**  
Vlaams Patiëntenplatform

# L'échange électronique d'informations doit bénéficier d'une attention particulière

## Interrogations :

- Accessibilités aux données : pour qui et quoi ?
- Places des paramédicaux :
  - pharmaciens projet local IRC
  - éducateurs
- Logiciels médicaux : risque de monopole
- Vie privée...

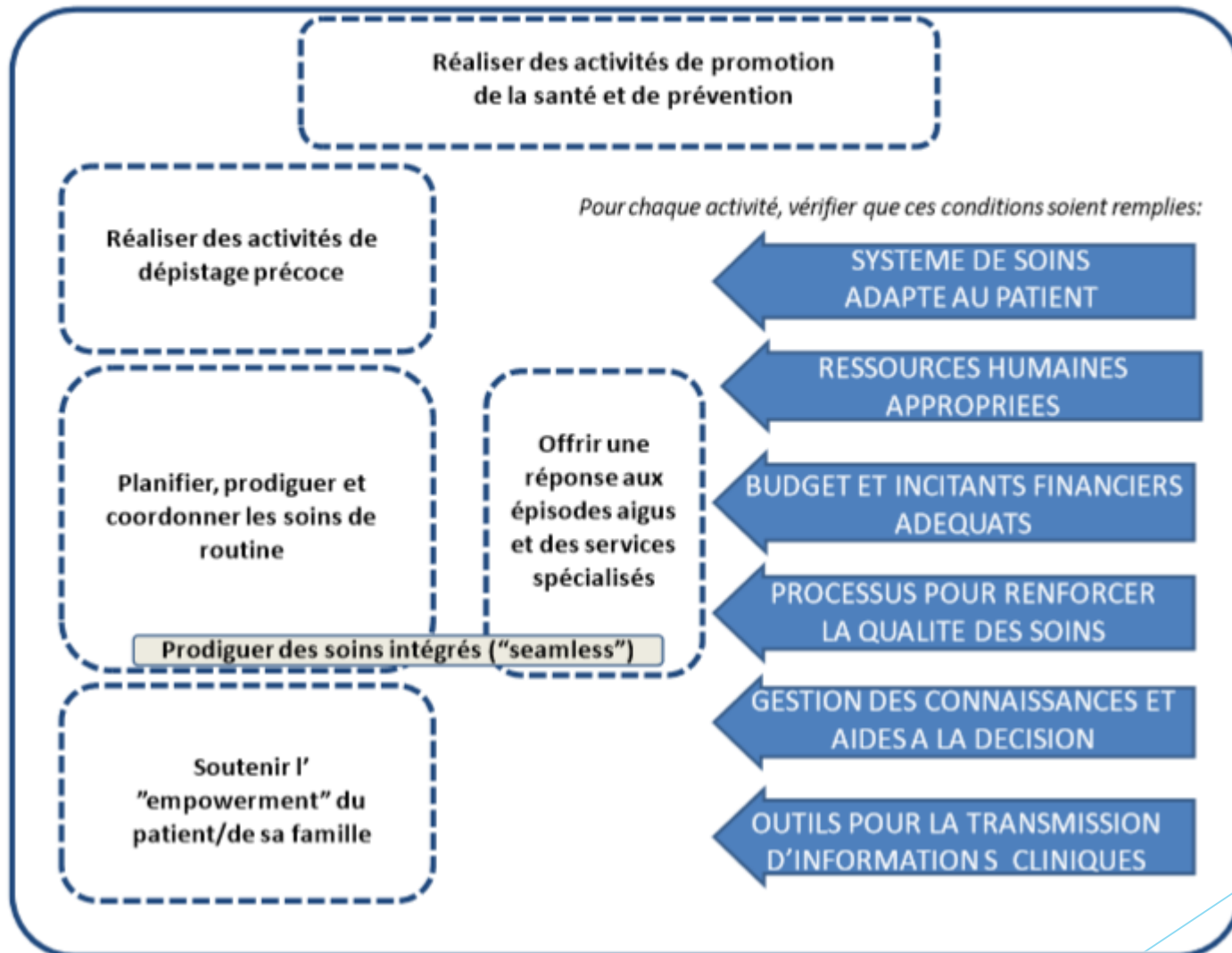
## Futur :

- Télémédecine
- Apps médicales : projet pilote en BPCO en Norvège
- Informatisation après demain : Huss à Helsinki, est un pionnier en la matière:
  - une version numérique de leur hôpital physique
  - dispose de hubs par service pour communiquer avec les patients.
  - « symptom navigator », des consultations virtuelles et des rendez-vous de suivi.



## Modèle conceptuel pour un système de soins de santé orienté vers les soins chroniques (version simplifiée)

Mettre en place et suivre un modèle de soins dynamique basé sur l'évolution des valeurs sociétales, des besoins des patients et de leur famille, de la pratique clinique et des budgets disponibles



## Le train est en marche

- Prolongation des trajets de Soins et gestion par RW
- Projet interministériel : Soins intégrés pour une meilleure santé
- 25 réseaux cliniques loco-régionaux (01/01/2020)
- Les attentes des patients ont changé (internet, communication).



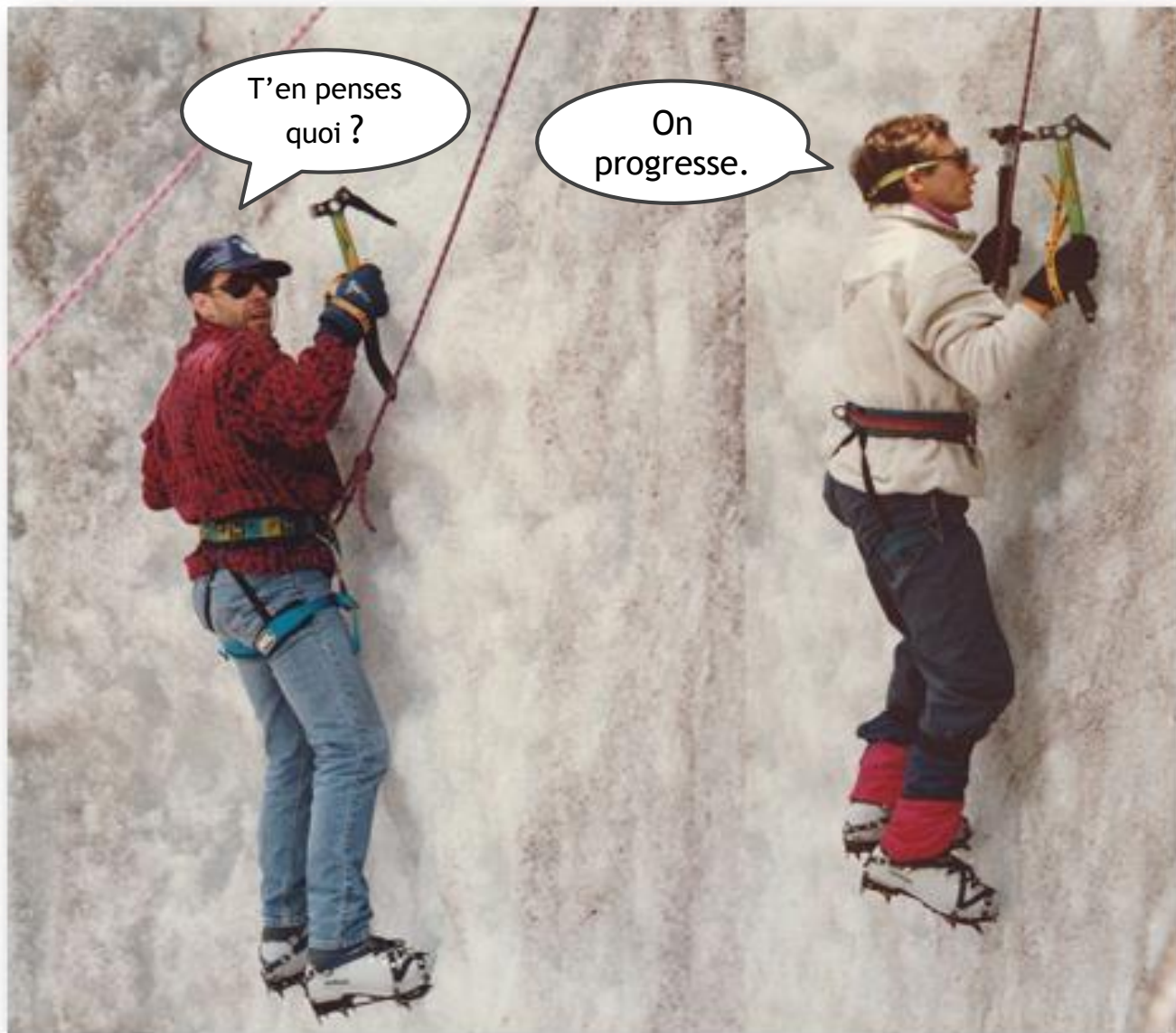
Avenir des structures SISD et RML ???

# Où nous ont mené les trajets de soins ?

Un chemin vers un nouveau paradigme.

- Redistribution des rôles.
- Nouveaux partenaires, nouveaux partenariats.
- Nouvelles modalités de collaboration 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne.
- Redistribution des responsabilités : patient et traitant.





Nos impressions



**Merci de nous  
avoir accompagné.**

