

Together we change : une vision

Marinette Mormont,
journaliste à l'Agence Alter.

Together we change donne un signal clair : il faut changer fondamentalement la politique de santé à partir de la première ligne de soins pour faire face aux défis de l'accessibilité, de la viabilité financière, du vieillissement et de la qualité des soins. L'interprofessionalité occupe une place prépondérante dans ce texte dont nous présentons quelques éléments vus sous cet angle spécifique. Un texte qui invite à la discussion, mais surtout à l'action.

Extrait-synthèse du texte *Together we change*¹ réalisé à l'initiative de Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey, professeurs de médecine générale des universités de Flandre (Universiteit van Gent, Katholiek Universiteit van Leuven, Universiteit van Antwerpen et Vrij universiteit van Brussel).

La première ligne : une charnière pour le changement

La super-diversité ; la multi-morbidité ; l'équilibre entre qualité de vie, autonomie dans le suivi de sa santé et consignes des professionnels qu'impliquent les pathologies chroniques ; les inégalités de santé...

Il s'agit de répondre aujourd'hui à tous ces défis. Pour y faire face et aboutir à une approche de la santé et du bien-être qui soit globale, intégrée et continue, il faudra se reposer sur une première ligne de soins de santé forte. Les professionnels actifs en première ligne sont notamment : les dentistes, les diététiciens, les médecins généralistes, les sages-femmes, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux.

Ce qui suit correspond à la vision de *Together We Change*. La réalité de demain ?

1. Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey, (réd), *Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais !*, Bruxelles, le 9 décembre 2014.

Le niveau macro

C'est au niveau macro, c'est-à-dire au niveau fédéral et des entités fédérées, que des objectifs sont clairement formulés, sur base de plans stratégiques à long terme ; avec suffisamment de synergie et de complémentarité, et dans le cadre d'une concertation au sein de la Conférence interministérielle.

Au niveau fédéral, un « Budget moyen financier pour les soins de première ligne » est fixé, de même que les modalités de financement, avec la participation des entités fédérées qui ont la charge de veiller à la qualité, à la reconnaissance et à l'organisation des soins.

Le niveau méso : les zones de première ligne

Point de départ du changement : des soins de santé de première ligne basés sur des « zones de première ligne » organisées en territoires géographiques de 75.000 à 125.000 habitants (excepté dans les grandes villes où on peut opter pour une activité couvrant la population entière) ; soit, pour la Belgique entière, environ 110 zones formant la base pour l'organisation de l'offre de la première ligne.

C'est dans ces zones que les objectifs de santé généraux sont mis en œuvre, éventuellement complétés par des objectifs de santé locaux, spécifiques à une zone particulière. Ces zones de première ligne disposent d'un budget, soit une partie du budget fédéral « Moyens financiers des soins de première ligne » calculée proportionnellement aux besoins de la population locale.

Chaque zone de première ligne comprend plusieurs « dispositifs de soins de première ligne » eux-mêmes constitués de plusieurs « pratiques de médecine générale » mono- ou multidisciplinaires (voir ci-dessous le niveau « micro »). Dans ce modèle, le citoyen/patient choisit librement un dispositif de soins de première ligne (réseau), en s'inscrivant auprès d'une pratique de médecine générale appartenant à ce réseau. Il s'engage donc avec ce dispositif de manière structurée.

Au sein des zones de première ligne, des réseaux interprofessionnels de soins sont actifs : des pratiques de médecine générale/des équipes de première ligne mono- ou multidisciplinaires (comprenant entre autres des pratiques de soins infirmiers, de santé mentale de première ligne), des pharmaciens, des kinésithérapeutes, les centres de coordination de soins de santé et d'aide au maintien à domicile, les CPAS et services sociaux, des sages-femmes, des ergothérapeutes, des pratiques de promotion de la santé, des services de soins à domicile, des aidants proches et des bénévoles. Une attention particulière est portée sur la connexion avec les soins de santé mentale et avec le secteur « bien-être » (*Centrum Algemeen Welzijnswerk* – centre d'action sociale, CPAS, services sociaux des mutuelles...). Ces professionnels se rencontrent pour développer des pratiques communes basées sur les meilleures données scientifiques disponibles.

Certaines de ces pratiques sont regroupées exclusivement au sein d'un seul réseau (par exemple : pratique de médecine générale et pratique de soins infirmiers à domicile), tandis que d'autres services appartiennent à plusieurs réseaux (par exemple : pratiques de kinésithérapie, pharmacies...).

La zone de première ligne est responsable de la coordination de l'offre de la première ligne, et de la collaboration optimale avec les soins ambulatoires de deuxième ligne ainsi qu'avec les réseaux hospitaliers régionaux et supra-régionaux.

La zone de première ligne, en tant que niveau méso, est coordonnée par un « conseil de première ligne » au sein duquel sont représentés tous les acteurs dans les domaines de la santé et du bien-être ainsi que les citoyens/clients/patients.

Les missions du niveau méso

- réaliser une bonne coordination entre les pratiques de première ligne qui fonctionnent en réseau ;
- assurer un soutien sur le plan de l'accessibilité et de la qualité des pratiques de première ligne, avec une attention spécifique pour les tranches de population socialement vulnérables ;
- réaliser les fonctions de permanence 24/7 (par exemple : poste médicaux de garde de médecine générale, gardes de pharmaciens, de soins infirmiers, de dentistes, de soins à domicile...) dont la responsabilité revient par exemple aux cercles de médecins généralistes, aux organisations de pharmaciens, de personnel infirmier... ;
- organiser les fonctions pour lesquelles le niveau micro (le dispositif de première ligne) s'avère être à une échelle trop restreinte (par exemple : les soins palliatifs à domicile, équipes mobiles en santé mentale...) ;
- assurer la coordination intersectorielle entre prévention, soins curatifs, réhabilitation, accompagnement, soutien,... sur le plan du bien-être et de la santé (cela signifie que la zone de première ligne reprend les missions des *deel-SEL* et *deel-LOGO* en Flandre, et des « réseaux multidisciplinaires locaux » dans la partie francophone du pays). Une coordination particulière s'impose avec des dispositifs tels que l'Office de la naissance et de l'enfance et les centres psycho médico sociaux ;
- assurer la coordination avec les réseaux hospitaliers et les trajets spécialisés ;
- le niveau méso constitue également le premier niveau de coordination et d'agrégation des données rassemblées par les dispositifs de soins de première ligne au sein de la zone de première ligne.

Le niveau micro

Tous les citoyens sont invités à s'inscrire dans un « dispositif de première ligne » via une « pratique de médecine générale » (un dispositif est constitué d'une ou de plusieurs pratiques de première ligne, par exemple des pratiques de médecine générale, des pratiques de soins infirmiers à domicile...).

La « pratique de première ligne » est une unité opérationnelle responsable de l'offre de services généralistes à bas seuil, sur le plan des soins de santé ou de l'aide au maintien à domicile. Par définition, cette pratique fonctionne de manière interprofessionnelle (sous un même toit, en réseau, ou selon une combinaison de ces deux modalités), de manière accessible, continue et de qualité, en s'axant sur les besoins de la personne et de la population. La pratique s'adresse aussi bien à la population ambulatoire qu'aux personnes habitant dans un milieu remplaçant la famille (maison de repos et de soins...).

Une pratique de première ligne peut s'orienter vers les soins de santé (par exemple : une pratique de groupe avec une diététicienne et un psychologue de première ligne), vers les services d'aide au maintien à domicile ou vers les deux (exemple : maison médicale incorporant un service social).

Dans ce modèle, la collaboration opérationnelle présuppose le partage et l'utilisation en commun du dossier patient électronique. La collaboration fonctionnelle présuppose quant à elle au minimum un système de renvoi et/ou de rapport.

Pour mieux favoriser la qualité de vie et parvenir à l'inter-professionnalité, l'équipe de soins définit pour chaque patient des objectifs de soins centrés sur ses besoins (et sur non des problèmes de soins).

La gestion et la coordination au sein des et entre les dispositifs de soins de première ligne nécessitent de nouvelles fonctions de coordination (cf. le baccalauréat en soins de première ligne développé par le *University College Leuven Limburg*, ou par exemple une infirmière/ un infirmier formé à cette tâche, comme c'est le cas en province d'Anvers).

Quant à la liberté de choix du patient, elle passe du choix occasionnel (lorsque se manifeste un problème) vers le choix d'une équipe via l'inscription à une pratique de médecine générale. Pour chaque nouveau problème de santé, le patient ne peut plus s'adresser directement à la seconde ligne, excepté pour des situa-

tions d'urgence médicale. Un cadre strict de renvoi vers la seconde ligne est élaboré (échelonnement).

Le médecin généraliste : un manager

Dans ce modèle, la pratique de médecine générale demande une réorganisation. Le médecin généraliste doit gérer des tâches de management et devenir co-responsable d'une « petite entreprise ». La collaboration et la délégation de tâches font partie de ce processus. La délégation des tâches peut s'effectuer via l'engagement d'assistants de pratique. Les nouvelles collaborations mises en place dans ce contexte impliquent de nombreuses décisions, procédures à mettre en place, pour lesquelles il convient de prendre en compte les aspects juridiques, logistiques et idéologiques.

Le patient : coordinateur de ses soins

La condition pour arriver à des soins de qualité est de prendre comme point de départ la perspective patient. Comment concilier la « liberté de choix du patient », élément essentiel de prise en charge de la gestion de sa propre santé par le patient, avec le travail en équipes fixes, dont on sait qu'elles améliorent la qualité des soins (comparativement au travail en solo) ? La solution réside probablement dans le fait que le patient fasse le choix d'une « équipe » en fonction de la « valeur » globale du « dispositif de soins de première ligne ». Le patient choisit de cette façon, via l'inscription à une pratique de médecine générale, une équipe entière du dispositif de première ligne. Le choix du patient porte donc sur une dimension plus large dans le temps : il ne s'agit plus de ce que l'équipe peut offrir lors d'un épisode limité, mais de l'ensemble des soins dispensés par cette équipe (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins palliatifs, réhabilitation...).

Au centre du processus de soins : le concept de décision partagée, *shared decision making*, qui caractérise l'interaction entre le patient et l'équipe : de cette manière, les dispensateurs de soins sont mieux informés de ce que veulent exactement les patients, et les patients sont mieux informés sur les différentes possibilités et les fondements scientifiques des interventions.

Le patient est au centre d'une approche globale de soins intégrés. La perspective du patient devient le principe organisateur de cette nouvelle approche, qui remplace les modèles classiques où la dispensation des soins de santé est dirigée par l'offre. L'approche intégrée mène à des soins de santé et à un soutien social flexibles, personnalisés et sans perte de continuité. Coordinateur de ses propres soins, le patient est le porteur de sa propre



information. « Le patient au centre » signifie que la dispensation des soins s'opère le plus près possible du milieu naturel de vie du patient. Le patient y est guidé, coaché, conduit et renforcé par les professionnels (*patient-empowerment*).

Les citoyens/patients sont représentés au sein des « conseils des zones de première ligne ».

Modes de financement

Aujourd'hui, les moyens sont surtout orientés vers des soins réactifs, et non vers les soins chroniques, la concertation interdisciplinaire ou encore la prévention. La rémunération à l'acte au sein d'un système sans inscription favorise le phénomène de « shopping » des patients, ce qui a un impact négatif sur la continuité des soins. De même, le système de financement à l'acte n'incite pas à la collaboration ou à la délégation de tâches : par exemple, lorsqu'un médecin généraliste délègue des tâches à une infirmière, il voit baisser ses revenus.

Ce système de financement va évoluer : on estime que dans les 10 prochaines années, le système de rémunération à l'acte pour les médecins généralistes évoluera progressivement vers un financement réparti sur 60% de financement non lié à l'acte (par l'augmentation du financement des Dossiers médicaux globaux), 30% lié à l'acte, et 10% de *pay-for-quality*. À côté de cela, le financement « forfaitaire » (arrêté royal 23.04.2013)

deviendrait un fait, en intégrant également 10% de *pay-for-quality* (notons la présence, parmi les indicateurs de qualité, de : la qualité de la coordination entre les différents niveaux de soins de santé, la présence d'intégration effective des soins, la participation des individus et de la population, l'accessibilité du dispositif de soins).

Évaluer, former, innover

La performance de la zone de première ligne est évaluée, et les zones performantes reçoivent des moyens supplémentaires, ce qui crée de l'espace pour l'innovation, l'expérimentation et la recherche. Au niveau de la zone de première ligne, l'évaluation porte notamment sur l'utilisation du dossier patient électronique, sur les activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage.

Des actions sont menées sur le plan de la qualité des soins, de la formation (enseignement de base et formation continue), de l'expérimentation, de l'innovation et de la recherche scientifique. En matière de formation plus spécifiquement, la formation en médecine générale se concentre davantage sur « l'apprentissage interprofessionnel sur le lieu de travail ». Cette formation prend en compte la dimension suivante : comment différents professionnels peuvent-ils analyser ensemble et trouver des solutions à la complexité d'un cas patient ? ■