

# TOGETHER WE CHANGE

Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!



Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,  
Roy Remmen, Dirk Devroey





**Rédaction:**

Prof.dr. Jan De Maeseneer (UGent), Prof.dr. Bert Aertgeerts (KU Leuven), Prof.dr. Roy Remmen (UA), Prof.dr. Dirk Devroey (VUB)

**Avec les contributions de:**

Jan Heyrman, Yvo Nuyens, Ann Roex, Maaïke Van Overloop, Sara Willems, Birgitte Schoenmaekers, Frank Buntinx, Johan Wens, Lieve Peremans, Roel Van Giel, An De Sutter, Johan Buffels, Jo Dewachter, Thierry Christiaens, Myriam Deveugele, Patrick Vankrunkelsven, Jo Goedhuys, Michel Roland, Luc Van Gorp, Piet Vanden Bussche, Chantal Van Audenhove, Dirk Avonts, Dieter Vercammen, Lea Maes, Liesbeth Borgermans, Hilde Bastiaens, Kristin Van den Bogerd, Jean Macq, Jan De Lepeleire.

**Traduction:** Thierry Van Eeckhout

**Support administratif:** Claudine Lodomez, Hilde Cnudde

**Couverture:** "Together we can", sculpture de Guy Gielis, 2011

**Graphisme:** Anja Peleman

ISBN 9789491125102

Cette publication a été réalisée grâce à une initiative de l' "Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsgeneeskunde" (Réseau de collaboration interuniversitaire en médecine générale), avec le support organisationnel de Guy Gielis et An Stockmans (ICHO)

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou transmise sous forme électronique ou par d'autres moyens sans l'autorisation écrite préalable de la rédaction, à l'exception de courts fragments, cités uniquement dans le cadre de comptes rendus.

De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (réd) Together we change. Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais! Bruxelles, le 9 décembre 2014.

**TOGETHER WE CHANGE**  
**Soins de santé de première ligne:**  
**maintenant plus que jamais!**

Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,  
Roy Remmen, Dirk Devroey

---



## INHOUD

Together we change	7
Introduction	9
1. Les défis pour les soins de première ligne	11
2. Le contexte politique plus large	15
3. Un nouveau modèle d'organisation des soins	17
4. Un nouveau modèle de financement	27
5. Promotion de la santé, Prévention, «Empowerment» et Participation	37
6. Implémentation de l'Evidence-Based Medicine et des Soins de qualité	39
7. Innovation, Expérimentation et Recherche Scientifique	43
8. Formation, Enseignement et Ressources humaines	45
9. Le rôle du citoyen/patient	47
10. Bruxelles: Défi et Opportunité	49
11. Domaines charnières et conclusion	53
Samenvatting	57
Résumé	59
Summary	61
Annexes	63
Liste d'abréviations	66
Bibliografie	67



## TOGETHER WE CHANGE.

### Soins de santé de première ligne: maintenant plus que jamais!

Ce document constitue une base conceptuelle pour la concertation entre tous les acteurs de la première ligne, dans le domaine plus large des soins de santé et du bien-être ainsi qu'au niveau politique, pour activer l'action et le changement. Il a été réalisé suite à l'initiative des professeurs néerlandophones de médecine générale (UGent, KU Leuven, UA et VUB) et est considéré comme base de discussion par Domus Medica.

- Les citoyens occupent une place centrale dans le processus de dispensation des soins; leurs besoins et leurs objectifs en forment le point de départ. C'est le demandeur de soins qui en détient la gestion finale.
- L'administration de soins de première ligne, accessibles, de qualité et efficaces, constitue la réponse aux problèmes de santé et de bien-être. Elle fonctionne dans un cadre biologique, psychologique, sociologique et écologique.
- Le citoyen choisit ses soins de première ligne via l'inscription à une pratique de médecine générale, qui fait partie d'un dispositif de première ligne. La première ligne joue alors un rôle de porte d'entrée, en tant que premier contact et accueil pour les demandeurs de soins. Dans le cadre de la dispensation de soins chroniques, on fait alors référence à un modèle de soins intégrés, entre les acteurs de la première ligne et entre les acteurs de la première et de la deuxième ligne.
- Les soins de première ligne sont organisés en zones de première ligne de 75.000 à 125.000 habitants.
- Au sein des zones de première ligne, des réseaux interprofessionnels de soins de première ligne sont actifs: des pratiques de médecine générale/des équipes de première ligne mono- ou multidisciplinaires, avec des pratiques de soins infirmiers, un psychologue de première ligne, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, les CCSSD (centres de coordination de soins de santé et d'aide au maintien à domicile)/CPAS/services sociaux, pratiques de sages-femmes, ergothérapeutes, promoteurs de santé, services de soins à domicile, soignants informels et volontaires.
- Dans ces zones de première ligne, la collaboration est réalisée également avec des postes de garde, des équipes de soins palliatifs et des réseaux hospitaliers.
- Au niveau macro, un "Budget Moyens Financiers de Première ligne (BMF1)" est défini. Ce montant (théorique) est attribué à chaque zone de première ligne donnée sur base des besoins de soins de cette zone, et fait office de "benchmark" pour les moyens financiers utilisés effectivement en première ligne dans cette zone de première ligne.
- Dans le courant des 10 prochaines années, le système de rémunération à l'acte pour les médecins généralistes évolue progressivement vers un financement réparti sur 60% de financement non lié à l'acte (par l'augmentation du financement des DMG), 30% lié à l'acte, et 10% de pay-for-quality. À côté de cela, le financement "forfaitaire" (AR 23.04.2013) devient un fait, en intégrant également 10% de pay-for-quality. » par « À côté du fait que le financement "forfaitaire" (AR 23.04.2013) devienne une réalité, on intègre en plus 10% de paiement à la qualité.
- Au niveau de la zone de première ligne, la performance est évaluée au travers de la formulation et de la mesure d'atteinte d'objectifs en matière d'utilisation du Dossier Patient Électronique (DPE), de la promotion de la santé, de la prévention et du dépistage,...
- Ces transformations seront rendues possibles par des actions sur le plan de la qualité des soins, de la formation, tant l'enseignement professionnel de base que la formation continue, de l'expérimentation, de l'innovation et de la recherche scientifique.





## INTRODUCTION

Les soins de santé en Belgique se portent bien, tout au moins les réflexions à leur sujet. Jamais en un laps de temps aussi court ne sont parus autant de rapports importants et n'a-t-on organisé autant de conférences sur l'avenir des soins de santé. Ces dernières années, tous les acteurs ont participé à une conférence sur les soins de santé de première ligne et à un symposium sur la première ligne en Flandre (2013), conviés par le Ministre flamand de la santé, du bien-être et de la famille Jo Vandeurzen, ainsi qu'à la conférence de recherche 'Slimmer Zorgen voor Morgen' ('Des soins plus intelligents pour demain')<sup>1,2,3</sup>. Le KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, a publié en 2012 une «note de positionnement» concernant l'organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique<sup>4</sup>. Celle-ci a constitué la base d'un document pour le Groupe de travail inter-cabinet "Maladies Chroniques": «Note d'orientation: Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique, qui a mené à la conclusion d'un protocole d'accord entre le Gouvernement fédéral et les autorités des entités fédérées le 24 février 2014. Un plan d'action sera concrétisé vers le début de 2015 par une inter-administrations, mise sur pied par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et le Service Public Fédéral (SPF) responsable pour la Santé publique. En automne 2014 un rapport sur le «Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux» a vu le jour<sup>5</sup>. Zorgnet Vlaanderen a organisé en 2013 un congrès autour du thème «Together we care»<sup>6</sup> et «Together we count: vers un financement des hôpitaux périphériques axé sur les patients», une proposition largement soutenue pour arriver à un nouveau financement des hôpitaux périphériques<sup>7</sup>. Le 11 octobre 2014, du côté francophone, le Forum des Associations de Généralistes a publié une «Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires», dans laquelle on plaide en faveur de plus de collaboration sous forme d'équipes, d'une continuité bien organisée, d'une meilleure intégration horizontale et verticale et d'une diversification des mécanismes de financement<sup>8</sup>. Aussi bien lors de la formation du gouvernement flamand que fédéral, les partis politiques et d'autres parties prenantes ont formulé des points d'attention pour la politique en matière de santé. L'Accord de gouvernement du Gouvernement flamand 2014-2019<sup>9</sup> affirme que «le développement et le renforcement des soins de santé de première ligne sont cruciaux» (p. 109) et l'Accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014 consacre pas moins de 12 pages aux «soins de santé abordables, accessibles et de grande qualité»<sup>10</sup>.

La première ligne est également en pleine évolution sur le plan international: en se référant au Rapport Mondial sur la Santé « Soins de santé primaires: maintenant plus que jamais»<sup>11</sup>, le Bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié récemment le rapport «Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century»<sup>12</sup>, dans lequel les soins de santé de première ligne sont à nouveau avancés comme pierre angulaire d'un système de santé moderne: «Health 2020 remains committed to a primary health care approach as a cornerstone of health systems in the 21st century. Primary health care can respond to today's needs by fostering an enabling environment for partnerships to thrive, and encouraging people to participate in new ways in their treatment and take better care of their own health. Making full use of 21st-century tools and innovations such as communication technology – digital records, telemedicine and e-health – and social media can contribute to better and more cost-effective care. Recognizing patients as a resource and as partners, and being accountable for patient outcome are important principles». L'UE plaide en faveur du Soins de Santé Primaires au sein de la réforme de la politique de santé.

"Together we change" veut donner un signal clair: un changement fondamental de la politique de santé, à partir de la première ligne comme charnière et catalyseur, s'avère nécessaire, afin d'être en mesure d'affronter les défis actuels (accessibilité, viabilité financière, vieillissement, qualité) pour les soins. Nous sommes convaincus que de multiples petites étapes superposées ne suffiront pas; des choix fondamentaux et l'engagement de tous les acteurs sur le long terme seront nécessaires pour contribuer à ce dont la population a droit: des soins de santé "en bonne santé", de qualité et donc pertinents, socialement équitables et accessibles, et efficaces. Ces soins de santé doivent en outre être axés sur la personne et la société. Ils sont pérennes et innovants. Ces choix ne peuvent donner lieu à un "big bang", mais doivent être traduits en un plan stratégique, incluant une chronologie claire. Nous

adhérons donc au rapport récent du KCE sur le financement des hôpitaux<sup>5</sup>. Celui-ci mentionne clairement que pendant les 1 à 2 années à venir, un certain nombre d'actions devront être entreprises. C'est ce que nous faisons également pour la première ligne (voir 11.1. Domaines charnières). Afin d'arriver à une concrétisation suffisante, nous mettrons en exergue un "budget pour la première ligne" et les mécanismes de financement.

"Together we change" est réalisable en Flandre en Wallonie et à Bruxelles, car un consensus sur la direction que prennent les soins de santé de première ligne se dégage progressivement<sup>2,8</sup>. "Together we change" souhaite formuler, avec une vision claire cohérente, avec les développements sur le plan international et en faisant une analyse poussée des nœuds d'étranglements actuels, des propositions à différents niveaux. Nous traiterons successivement les défis et les goulots d'étranglements actuels, et ferons l'esquisse du contexte politique plus large au sein duquel un nouveau modèle de l'organisation des soins de santé doit se concevoir. Une attention particulière sera portée sur le mode de financement du nouveau modèle. Des contributions plus courtes traiteront de l'importance de la prévention, de la promotion de la santé et de l'empowerment. Ensuite nous passerons en revue l'Evidence-Based Medicine et la qualité des soins. Le rôle de l'innovation, de l'expérimentation et de la recherche scientifique sera accentué. Enfin, nous décrirons l'importance de la formation, de l'enseignement et de la formation continue pour la réalisation de ce modèle. Un chapitre séparé sera consacré à la situation bruxelloise.

Cette publication ne se limite pas à un document amorçant la discussion, mais constitue surtout une invitation à l'action pour tous les acteurs: Together we change! Pour ce faire, nous nous adressons à tous les intervenants en matière de soins de santé et de politique, avec qui nous discuterons volontiers les propositions formulées.

## 1. LES DÉFIS POUR LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

La littérature internationale consacre actuellement beaucoup d'attention au concept «Triple aim» comme objectifs pour les soins de santé: amélioration des soins tels que vécus par l'individu; amélioration de l'état global de santé au niveau de la population et réduction du coût des soins per capita<sup>13</sup>. Ce dernier objectif est surtout accentué aux États-Unis, où le coût des soins de santé s'avère très élevé. Vu de la perspective du patient, on pourrait considérer qu'il s'agit surtout de réaliser plus de «valeur» sur le plan de la santé avec les moyens engagés: on parle de «value based health care»<sup>14</sup>. La «value» est alors égale aux «outcomes» divisés par les «costs». Cette approche part principalement de la perspective du professionnel. Pour les citoyens/patients il s'agit plutôt de la qualité de vie, dont une bonne santé est une des conditions. Ils n'observent pas uniquement les «résultats en terme de santé» (p.ex. ne plus souffrir de mal de dos), mais également le processus (ne pas subir les désavantages ou les effets secondaires d'une intervention). Les malades chroniques en particulier accordent beaucoup de «valeur» au processus.

Les défis actuels pour les soins (de première ligne) se résument comme suit:<sup>15</sup>

- **Développements démographiques et épidémiologiques:** le vieillissement est un fait (en 2016 dans l'Union Européenne l'espérance de vie moyenne sera de 84,6 ans pour les hommes et de 89,1 pour les femmes). La prévalence du cancer augmente, suite au vieillissement. Grâce notamment à l'amélioration des traitements, le cancer devient une affection chronique. Cela va de pair avec une augmentation de la «multi-morbidité» (présenter plusieurs affections chroniques): une étude récente<sup>16</sup> montre que la moitié des +75 ans présentent au moins 2 affections chroniques, et que deux sur cinq des +75 ans en présentent 4 ou plus. Des trajets de soins ne visant qu'une seule pathologie, ne suffiront donc pas. Ces patients nécessitent un changement de paradigme, de soins orientés pathologie vers des soins qui partent des objectifs du patient<sup>17</sup>. Cela signifie que les soins de première ligne joueront un rôle important pour éviter la dispersion dans l'administration des soins (approche orientée pathologie). La première ligne devra jouer le rôle d'«intégrateur» des soins dispensés, avec le citoyen et le patient. Une augmentation du nombre de personnes fragilisées pose aussi de nouvelles exigences à la qualité et à la collaboration interprofessionnelle.
- Un deuxième défi important est formé par les **développements scientifiques et technologiques**. Les avancées de la science offrent la perspective de nouvelles possibilités en matière de prévention et de procédures curatives sur le plan de la génétique, des affections cardiovasculaires, des sciences neurologiques, des soins oncologiques et des soins en santé mentale. On ne peut plus s'imaginer la pratique quotidienne de la médecine sans les technologies actuelles d'information et de communication. La durée des hospitalisations est en diminution permanente traduits en un plan stratégique, incluant une chronologie claire. On constate aussi que la technologie s'introduit dans les soins à domicile. Une vision claire et des procédures adéquates concernant leur utilisation doivent être développées. La première ligne a un rôle à jouer dans la traduction des nouveaux concepts vers l'approche des problèmes de santé, en tenant compte de la «pertinence» des soins administrés et en évitant la médicalisation de la vie quotidienne.
- **Les développements socio-culturels** font en sorte que le «patient» se comporte de plus en plus comme «consommateur»; suite aux informations disponibles sur internet, il approche les prestataires de soins avec de nouvelles questions. Le citoyen est également régulièrement invité à participer à des dépistages et des check-ups, qui engagent beaucoup de moyens technologiques, et qui engendrent de nouvelles questions concernant les soins. En outre, le changement du contexte sociétal (de plus en plus de personnes travaillent plus longtemps et recherchent un équilibre entre le travail et la vie privée), a un impact impor-

tant sur les soins informels (diminution de la disponibilité des volontaires, soignants informels,...). Force est également de constater le changement concernant la vision sur les soins en fin de vie. Un défi qui demande toute l'attention est que la composante existentielle de l'être gagne de l'importance. En plus des problèmes physiques et psycho-sociaux auxquels sont confrontés les individus, chacun de nous désire miser sur une vie pleine de sens, à côté de la simple qualité de vie. Les individus se présentent (en ce qui concerne la dispensation des soins) de manière différente, sont de plus en plus capables de s'exprimer et sont plus conscients du rôle qu'ils peuvent et doivent jouer – également au niveau existentiel. Le processus de soins devrait s'adapter à la situation de vie, d'où découle la place des soins administrés et du bien-être. Il s'agit de la question 'd'être ou ne pas être'...

- On constate sur **le plan socio-économique** qu'il existe de grandes différences en matière de santé selon le pays, mais également selon l'appartenance sociale au sein d'un même pays: «la pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre» est une réalité incontournable. **Un gradient social de santé** persiste dans notre pays. Quelques chiffres extraits de l'enquête santé récente de l'Institut Scientifique de Santé Publique illustrent: 47,2% des hommes avec une éducation faible présentent une mauvaise condition de santé, contrairement aux 20,4% d'hommes à éducation supérieure; 3 femmes sur 4 (78%) avec un faible niveau d'éducation ont consommé des médicaments contre la dépression au cours de la dernière année, vis-à-vis de 2 femmes sur 3 (68%) avec un niveau d'éducation supérieure; les hommes à faible niveau d'éducation présentent 2 fois plus d'affections chroniques que ceux avec un niveau d'éducation supérieure et le double de femmes avec uniquement une éducation de base se plaignent de douleurs, comparées aux femmes avec un niveau d'éducation supérieure<sup>18</sup>. En Belgique, 15% de la population vit actuellement sous le seuil de pauvreté, à Bruxelles 33%. La crise financière et économique a accentué les inégalités sociales sur le plan de la santé. La première ligne offre des opportunités pour trouver des solutions: d'une part, elle peut optimiser l'accessibilité aux soins, d'autre part elle devrait exercer une fonction de signal plus importante, afin de reconnaître avec les autres secteurs les «déterminants sociaux» de la santé (situation du logement et du travail, formation, cohésion sociale,...) et afin de prendre des mesures correctrices.
- Enfin, la **globalisation** mène au fait que l'administration des soins devient de plus en plus multiculturelle, et la population est de plus en plus à la recherche de solutions pour ses problèmes de santé à travers une perspective internationale. Il existe une concentration de la population dans les villes, ce qui fait que des «problèmes d'ordre global» deviennent de plus en plus visibles au niveau local. La dispensation de soins de première ligne dans un contexte multiculturel suscite de nouvelles questions concernant l'accessibilité et la coordination des soins ainsi que sur le plan de la réflexion concernant une politique de couverture universelle ou sélective<sup>19</sup>.

Pour pouvoir formuler une réponse aux défis, nous sommes confrontés à un certain nombre de **goulots d'étranglement importants**. Nous les résumons brièvement:

- Alors que la Belgique est reconnue pour son excellente assurance maladie, des **inégalités** sur le plan de **l'accessibilité** aux soins persistent: un pourcentage de plus en plus important de la population mentionne devoir reporter les soins médicaux pour des raisons financières<sup>20</sup>. Des études comparatives internationales montrent que la Belgique se situe à la 20ème place sur 31 pays en ce qui concerne le report de la visite au médecin pour des raisons financières (8,6% est amené à le faire).
- La Belgique compte un **nombre relativement élevé de lits d'hôpital aigus reconnus** par habitant (4/1000 habitants en 2012). La durée de séjour semble diminuer, mais est en moyenne encore toujours assez élevée<sup>21</sup>.

- Un goulot important reste la **surconsommation**. Le Belge est un grand consommateur de médicaments. L'enquête santé 2008 indique que 15% des +15 ans a consommé des psychotropes dans le courant des deux dernières semaines. Dans la tranche d'âge la plus élevée, il s'agit de 36%<sup>18</sup>. Il existe une surconsommation de neuroleptiques dans les maisons de repos et de soins. On constate un niveau élevé d'exams complémentaires de dépistage (p.ex. analyses sanguines dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate) et les statistiques sont élevées dans notre pays pour certaines interventions (p.ex. nombre élevé de césariennes). Ceci incite à la réflexion, aussi bien chez les professionnels de la santé que chez les citoyens/patients.
- Le rapport sur la performance du système de santé belge<sup>22</sup> mentionne un certain nombre de **goulots sur le plan de la qualité des soins**: certains indicateurs montrent que l'administration des soins n'est pas adéquate, p.ex. le choix d'antibiotiques, le faible pourcentage de patients diabétiques bénéficiant d'un suivi correct, des doses importantes d'irradiation d'origine médicale dans le cadre de l'imagerie en comparaison aux autres pays Européens, une faible continuité des soins (malgré un progrès indéniable, 42% pourcent de la population ne dispose toujours pas de Dossier Médical Global en Flandre, pourcentage qui est encore plus important en Wallonie et à Bruxelles), un degré d'hospitalisation dépassant de 15% la moyenne européenne.
- Au sein des cabinets de médecins généralistes (avec réceptionniste, personnel infirmier, assistants labo, accoucheuses, kinésithérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux,...) il apparaît que la Belgique présente le score le plus faible de tous les pays en ce qui concerne le degré de **collaboration interprofessionnelle**. L'absence d'équipes permanentes de première ligne, avec une composition fixe de professionnels qui collaborent pendant une période assez longue, rend plus difficile la mise sur pied de procédures de qualité et des transferts de tâches entre les disciplines.

Ces goulots mènent à la conclusion que pour formuler des réponses aux défis on devra partir d'une vision politique plus large, en considérant plus que jamais la **nécessité d'une première ligne de soins de santé forte**<sup>23</sup>.

L'ensemble des défis (super-diversité, multi-morbidité, complexité des problèmes, gradient social et inégalités de santé) exige l'intégration au niveau de la première ligne de soins de tous les programmes «verticaux» et «catégoriel» destinés à des publics cibles spécifiques, pour aboutir à une approche globale, intégrée et continue<sup>24</sup>.

Les solutions aux goulots d'étranglement cités prennent pour point de départ un certain nombre de valeurs fondamentales: la solidarité, l'équité sociale, la qualité, la durabilité,... Cela signifie que chacun possède un droit d'accès à des soins de santé de qualité en fonction de ses besoins et nécessités, et que chacun, selon ses moyens, devra contribuer au financement du système de soins de santé.

Le «Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin (SARWGG) - Conseil consultatif stratégique bien-être santé famille» de la Communauté flamande a formulé deux notes d'orientation comme réponse à ces défis. Dans la note d'orientation «Maatschappelijk Verantwoorde Zorg - Soins socialement équitables» cinq points de départ importants ont été formulés: qualité, performance, équité, pertinence et accessibilité, qui doivent être opérationnalisés via un certain nombre de composants<sup>25</sup>. Dans la note d'orientation «Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen - Soins Globaux et Soutien en Flandre» on plaide en faveur d'un nouveau paradigme, dans lequel les besoins, questions, et objectifs de la personne en demande de soins (et son entourage) forment le point de départ, tout en réalisant un shift de paradigme d'une organisation des soins et du soutien «orienté problème de santé» vers une «orientation buts de vie». Son ambition ultime doit être la recherche de la qualité de vie pour et par tout citoyen<sup>26</sup>.

Les soins intégrés placent le patient au centre d'une approche globale de prestations de service<sup>27</sup>. La perspective du patient devient le principe organisateur de cette nouvelle approche et remplace les modèles classiques de la dispensation de soins de santé dirigés par l'offre, en mettant l'accent sur une liberté de choix socialement justifiée. L'approche intégrée mène à des soins de santé et un soutien social qui sont flexibles, personnalisés et sans perte de continuité. Le patient est le coordinateur de ses propres soins, et le porteur de sa propre information concernant sa santé. **«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 est guidé, coaché, conduit et renforcé par les professionnels («patient-empowerment»).

Ceci ne peut être atteint que par la mise en place d'un système de soins de première ligne comme il a été défini en juillet 2014 par l'«Expert Panel on effective ways of investing in Health» (organe d'avis de la Commission européenne): *«Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté, caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne, par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un «partnership» durable avec les patients et les aidants proche, dans le contexte de la famille et de la communauté locale, et joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population.*

*Les professionnels actifs dans la première ligne sont entre autres: 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».*<sup>28</sup>

## 2. LE CONTEXTE POLITIQUE PLUS LARGE

Dans le texte nous utilisons la classification macro, méso, micro et nano, aussi bien pour désigner le niveau politique que celui des soins de santé. Le tableau 1 donne quelques exemples concrets de ce cadre conceptuel.

Tableau 1: Cadre conceptuel.

	Politique	Dispensation des soins	Couverture (population)
<b>MACRO</b>	Règlementation au niveau de l'Europe, de la Belgique, des entités fédérées et les moyens attribués à ce niveau	Analyse des résultats, étalement scientifique des processus de soins	1,5 à 11 millions d'habitants
<b>MÉSO</b>	les conditions organisationnelles pour la prestation des soins sont créées au niveau des zones de première ligne, en y incluant les conditions pour la continuité des soins	Coordination de la promotion de la santé, des soins curatifs, palliatifs et de la prévention. Coordination avec la 2ème ligne et les trajets spécialisés. Organise la continuité 24/7.	75.000 à 125.000 habitants
<b>MICRO</b>	Les choix organisationnels et de financement des dispositifs de soins de première ligne et des pratiques de première ligne, ainsi que leur reconnaissance	Dispensation concrète des soins par des équipes/réseaux interprofessionnels pour la population inscrite dans le cadre du dispositif de première ligne. Soutien par des volontaires et des aidants proches	Un dispositif de soins de première ligne couvre en milieu rural minimum 5000 citoyens, en territoire urbain minimum 10.000
<b>NANO</b>	Accompagnement, formation continue et intervision des dispensateurs de soins. Amélioration de la "Health Literacy"	L'interaction concrète demandeur de soins – professionnel	Un demandeur de soins (et éventuellement sa famille)

Au **niveau macro**, la politique de santé doit être réalisée sur base de plans stratégiques à long terme avec des objectifs clairs. Le rapport KCE 229 mentionne que «tout gouvernement en Belgique responsable des soins de santé doit **définir** et veiller à **une série d'objectifs et de chiffres limités** pour la maîtrise de la politique de santé au cours de sa législature». On conseille en outre qu'au travers des différentes législatures, on continue à poursuivre les objectifs et qu'il y ait suffisamment de synergie entre les objectifs aux différents niveaux politiques. Il convient également au niveau des politiques locales de définir des objectifs de (soins de) santé spécifiques. La Belgique reste un des rares pays au sein de l'OCDE n'ayant pas d'objectifs (fédéraux) précis pour la santé publique. L'Accord de gouvernement 2014 y a répondu en mentionnant que «La politique s'adaptera aux **objectifs santé**, en y couplant un planning budgétaire stable sur plusieurs années»<sup>10</sup>. La Flandre formule déjà depuis plusieurs années des objectifs santé dans les domaines où elle est compétente. Les objectifs santé doivent partir d'une définition objective des besoins («Health Needs Assessment»), mais doivent également porter l'attention sur les préférences et les valeurs de la population, sur ce que les individus estiment important en matière de (prestation de soins de) santé. Ils peuvent être d'ordre qualitatif ou quantitatif, et peuvent être exprimés en termes de résultats ou de processus. Lors de la définition des objectifs santé, tous les acteurs doivent être impliqués (citoyens, professionnels de la santé, institutions de santé, organismes assureurs,...) et ce à tous les niveaux où les objectifs devront être mis en œuvre. Un objectif santé idéal répond au concept **SMART** (**S**pécifique, **M**esurable, **A**tteignable, **R**éaliste, planifié dans le **T**emps).



L'objectif prioritaire de l'Accord de gouvernement de «vouloir réduire les différences d'années en bonne santé attendues», pourrait p.ex. être opérationnalisé de la manière suivante: «Pour 2020 l'augmentation annuelle du gradient social en matière de santé en termes d'espérance de vie en bonne santé, devrait, selon le niveau d'éducation, se traduire converti en une baisse annuelle»<sup>29</sup>.

Lors de la préparation et du développement des mesures politiques, une distinction claire doit être faite entre les avis politiques stratégiques, les activités de gestion et les activités opérationnelles<sup>30</sup>. **Les avis politiques stratégiques** envisagent le long terme, sont formulés en début du cycle politique, sont basés sur l'évidence et l'expertise scientifique, et réservent une place à l'interrogation par la participation des acteurs sociaux impliqués - y compris les citoyens et les patients. Les **activités de gestion** sont de préférence constituées suite à une concertation structurée entre les autorités, les citoyens et utilisateurs, les professionnels de la santé, les organismes assureurs,... et donnent lieu à des accords auxquels toutes les parties s'engagent. Et enfin, les dispositifs, prestataires et demandeurs de soins impliqués doivent participer aux **activités exécutives**, visant l'implémentation sur le terrain.

Cette description s'éloigne fortement du modèle actuel de prise de décisions fédérale, qui est basé pour les soins de santé sur des accords bilatéraux par discipline entre les prestataires/professionnels et les mutuelles (Commission Médico-Mutualiste, Infirmiers-Mutuelles,...). Les points de vue convergent pour dire que la façon actuelle de conclure des accords mono-disciplinaires ne s'avère plus être pertinente pour les besoins et défis actuels.

### 3. UN NOUVEAU MODÈLE D'ORGANISATION DES SOINS

#### 3.1. Le niveau méso: les zones de première ligne

Au niveau méso nous sommes en faveur d'un concept géographique, car c'est sans doute la seule façon de définir les besoins de santé pour une population dans le cadre des soins de santé de première ligne. On ne peut par définition pas concevoir la première ligne autrement que sur base de dispositifs de soins au sein de petites entités géographiques bien circonscrites pour lesquelles, comme mentionné dans la note d'orientation du KCE concernant les soins chroniques<sup>3</sup>, l'organisation en territoires hiérarchiques, qui ne se chevauchent pas, constitue la clé pour une intégration efficace des soins. Dans ce contexte il est important de veiller à ce que certains territoires «ne restent pas sur la touche et que l'organisation des soins soit axée de façon maximale sur cette répartition géographique». En se référant aux résultats de la conférence sur les soins de santé de première ligne et le symposium qui l'a suivie<sup>1,2</sup> les soins doivent être organisés en se basant sur des **zones de soins géographiquement bien définies et limitrophes** (tout en respectant les frontières des communes), **couvrant une population de 75.000 à 125.000 habitants** (le «niveau semi-urbain» selon la terminologie du décret flamand sur les régions de soins). Ceci veut dire que la Belgique compterait environ 110 de telles zones de première ligne, qui formeraient la base pour l'organisation de l'offre de première ligne (en réalité ce nombre pourrait être inférieur, puisque les grandes villes -à l'exception peut-être de Bruxelles et Anvers- n'auraient pas d'avantage à se diviser en différentes zones de première ligne). Les zones de première ligne constituent la base de l'organisation des soins et sont soutenues par des «zones de soins hospitalières» (environ 15, maximum 20), comme décrites dans le rapport KCE sur la réforme du financement des hôpitaux (page 39)<sup>5</sup>. Comme le dit également ce rapport, les zones de soins hospitalières devraient s'aligner de façon optimale sur les délimitations territoriales appliquées dans le cadre des zones de première ligne. Il est important d'y appliquer le principe organisationnel d'«organisation en cube»<sup>31</sup>. Ce principe de cube demande de mettre en place une structure territoriale sans chevauchements, dans laquelle chaque territoire organisationnel de plus petite taille constitue le segment d'un et d'un seul territoire organisationnel plus grand, afin de pouvoir tenir compte de manière flexible de la diversité des zones, et de permettre la mise en place de modèles de croissance harmonieux dans l'intégration et la coordination des soins. Si par exemple des services de soins à domicile désirent s'organiser sur un plus petit territoire que la zone de première ligne, plusieurs services de soins à domicile sont possibles à condition de ne pas dépasser les frontières de zones de soins. En vue de l'accessibilité aisée aux réseaux de services des hôpitaux régionaux, une bonne synchronisation des zones de première ligne et des bassins de soins hospitalières s'impose. De cette façon, l'offre complémentaire au sein d'un réseau hospitalier peut parfaitement répondre aux besoins de la population des (de plusieurs) zones de première ligne. Il est important de prévoir un échelonnement de l'offre hospitalière, afin d'optimiser la subsidiarité grâce à la collaboration entre **réseaux hospitaliers régionaux et suprarégionaux**. L'ensemble des zones de première ligne, des réseaux hospitaliers régionaux et suprarégionaux, forment une partie intégrante du «**Zorgstrategisch Plan Vlaanderen**» (Plan stratégique des soins en Flandre)<sup>7</sup> qui pourrait être développé de manière similaire en Wallonie et à Bruxelles.

Les **zones de première ligne** constituent le **niveau méso** au sein duquel les objectifs santé généraux sont mis en œuvre (voir chapitre 2), éventuellement complétés par des objectifs santé locaux, spécifiques à une zone de première ligne particulière. On réalisera au niveau méso un certain nombre de fonctions de coordination p.ex. entre la prévention, la promotion de la santé, les soins curatifs, les soins palliatifs, mais également entre les soins de santé et de l'aide au maintien à domicile, et on y implémentera la collaboration opérationnelle intersectorielle (entre aide au maintien à domicile, santé, emploi, logement,...). Des modèles tels que le «Community Oriented Primary Care»<sup>32</sup> pourraient servir d'inspiration.

Cela signifie qu'au sein des zones de première ligne une concertation devrait être organisée entre le secteur des soins et de l'aide et les sociétés du logement, entre le secteur des soins l'assistance et l'emploi (accompagnement de trajets d'emploi, initiatives sociales de l'emploi,...), entre le secteur des soins et de l'aide et d'autres domaines sociaux pertinents (agents de prévention, certains services policiers,...)

Les **missions du niveau méso** sont:

- de réaliser une bonne coordination entre les pratiques de première ligne qui fonctionnent en réseau;
- d'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;
- de réaliser les fonctions de permanence 24/7 (p.ex. poste médicaux de garde de médecine générale, gardes de pharmaciens, de soins infirmiers, de dentistes, de soins à domicile...) dont la responsabilité revient par p.ex. aux cercles de médecine généralistes, les organisations de pharmaciens, de personnel infirmier...;
- d'organiser les fonctions pour lesquelles le niveau micro (le dispositif de première ligne) s'avère être à une échelle trop restreinte (p.ex. les soins palliatifs à domicile, équipes mobiles en santé mentale...);
- d'assurer la coordination intersectorielle entre prévention, les soins curatifs, la réhabilitation, l'accompagnement, le 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). Une coordination particulière s'impose avec des dispositifs tels que l'ONE et les Centres PMS.
- d'assurer la coordination avec les réseaux hospitaliers et les trajets spécialisés.

Le **niveau méso** peut en outre fournir un **soutien** pour:

- la prise de responsabilité dans les fonctions de permanence des soins (collaboration aux postes de gardes de médecine générale, services de garde);
- l'engagement d'assistants de pratique pour les soins de première ligne, du personnel d'accueil,... (cfr les règles IMPULSEO);
- le soutien aux nouvelles implantations dans des zones en pénurie de médecins généralistes, des zones d'habitation à faible densité ou des zones à grande précarité;
- fournir de l'information codée (en ICPC-2: International Classification of Primary Care) et anonymisée pour des analyses de gestion aux niveaux méso et macro.

Le niveau méso constitue également le premier niveau de coordination et d'agrégation des données (codées), rassemblées par les dispositifs de soins de première ligne au sein de la zone de première ligne.

La zone de première ligne est soutenue au niveau macro par la région, sur le plan de l'enregistrement, du développement du modèle, du développement d'outils,... Certains ont proposé un niveau intermédiaire (le «SEL» = Samenwerking Eerste Lijn = Collaboration de première ligne) entre le niveau méso (la «zone de première ligne») et le niveau macro (la région), avec comme mission la coordination de

l'offre de soins et comme tâches: «encadrer, coordonner et représenter». Ces tâches sont de préférence assurées par la zone de première ligne, ce qui simplifie la structure et évite un niveau intermédiaire.

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.

Il existe plusieurs options pour délimiter les zones de première ligne. Actuellement «Domus Medica» en fait l'exercice, afin d'arriver à un modèle bottom-up, avec des «zones de première ligne» autonomes. Une autre approche pourrait consister à partir d'entités existantes, p.ex. la fusion de deux zones de police,... Il existe pour ce modèle des structures politiques basées sur un processus de décision démocratique (échelonné), qui respectent les frontières des communes et permettent une responsabilisation sociétale. Les avantages et désavantages des différents modèles doivent être étudiés.

### 3.2. Le niveau micro

Le citoyen/client/patient est placé au centre et a un **accès direct à l'offre de la première ligne** en cas de problèmes de santé et de bien-être. En ce qui concerne la santé, chaque citoyen/patient doit s'inscrire à une pratique de médecine générale (dans la terminologie de l'accord de gouvernement fédéral «la pratique de médecine générale de référence») fonctionnant dans le cadre d'un **dispositif de soins de première ligne**, qui par définition fonctionne de manière interprofessionnelle comme niveau micro (soit sous un toit, soit en réseau, soit selon une combinaison des deux). Un dispositif de première ligne est constitué d'une ou de plusieurs pratiques de première ligne (p.ex. pratiques de médecine générale, 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, à partir d'une approche interprofessionnelle, de manière accessible, continue et de qualité, axés sur les besoins de la personne et de population. La pratique s'adresse aussi bien à la population ambulatoire qu'aux personnes habitant dans un milieu remplaçant la famille (MRS,...)

Les pratiques de première ligne peuvent être mono-disciplinaires, mais peuvent également fonctionner sous un même toit comme des pratiques de groupe multidisciplinaires ou des maisons médicales interprofessionnelles. Une pratique de première ligne peut s'orienter plutôt vers les soins de santé (p.ex. une pratique de groupe avec une diététicienne et un psychologue de première ligne) ou plutôt vers les services d'aide au maintien à domicile (un «CAW» = Centrum voor Algemeen Welzijnswerk, un CPAS,...) ou vers les deux (maison médicale incorporant un service social).

La collaboration **opérationnelle** présuppose le partage et l'utilisation en commun du dossier patient électronique (DPE). La collaboration **fonctionnelle** en réseau dans le cadre d'un dispositif de première ligne présuppose au minimum un système de renvoi et/ou de rapport. La gestion et la coordination au sein des et entre les dispositifs de soins de première ligne nécessitent de nouvelles fonctions de coordination, p.ex. le «Baccalauréat en Soins de première ligne», actuellement développé par le University College Leuven Limburg, ou p.ex. une infirmière/un infirmier formé à cette tâche (province d'Anvers).

*Illustration: une pratique de médecine générale solo peut avoir une collaboration opérationnelle avec une pratique en duo voisine et avec une équipe de soins infirmiers à domicile (avec un DPE commun), une collaboration fonctionnelle avec une autre pratique de soins infirmiers à domicile, une pratique de diététicienne, une pratique de logopèdes, une pratique de kinés, une pratique de dentistes, un psychologue de première ligne, une pratique de sages-femmes et un «CAW». Le tout forme un dispositif de soins de première ligne.*

*Un exemple sur Bruxelles: l'utilisation commune de locaux par une «Maison Médicale», un Centre de Planning Familial, un Centre de Santé Mentale, un service d'accueil social, une permanence juridique, et ceci en collaboration avec le CPAS local et en prévoyant un local d'accueil commun, également utilisé pour des activités communes.*

Pour donner toutes les chances à un développement «bottom-up», on peut décider dans une première phase qu'un «**dispositif de soins de première ligne**» prenne en charge au **minimum de 5.000 personnes (inscrites) en zone rurale et minimum de 10.000 en zone urbaine**.

Toute collaboration présuppose des conventions claires dans lesquelles les tâches et les responsabilités sont fixées, et elle doit être communiquée de manière transparente à la population.

Le développement de ce modèle devra être introduit progressivement (voir également sous 11.1.). Dans une première phase il ne sera certainement pas possible, ni souhaitable, de s'orienter vers une collaboration opérationnelle ou fonctionnelle exclusive. Cela signifie que p.ex. un pharmacien (ou une pratique de kinésithérapie, ou d'ergothérapie,...) peut faire partie de plusieurs dispositifs de soins de

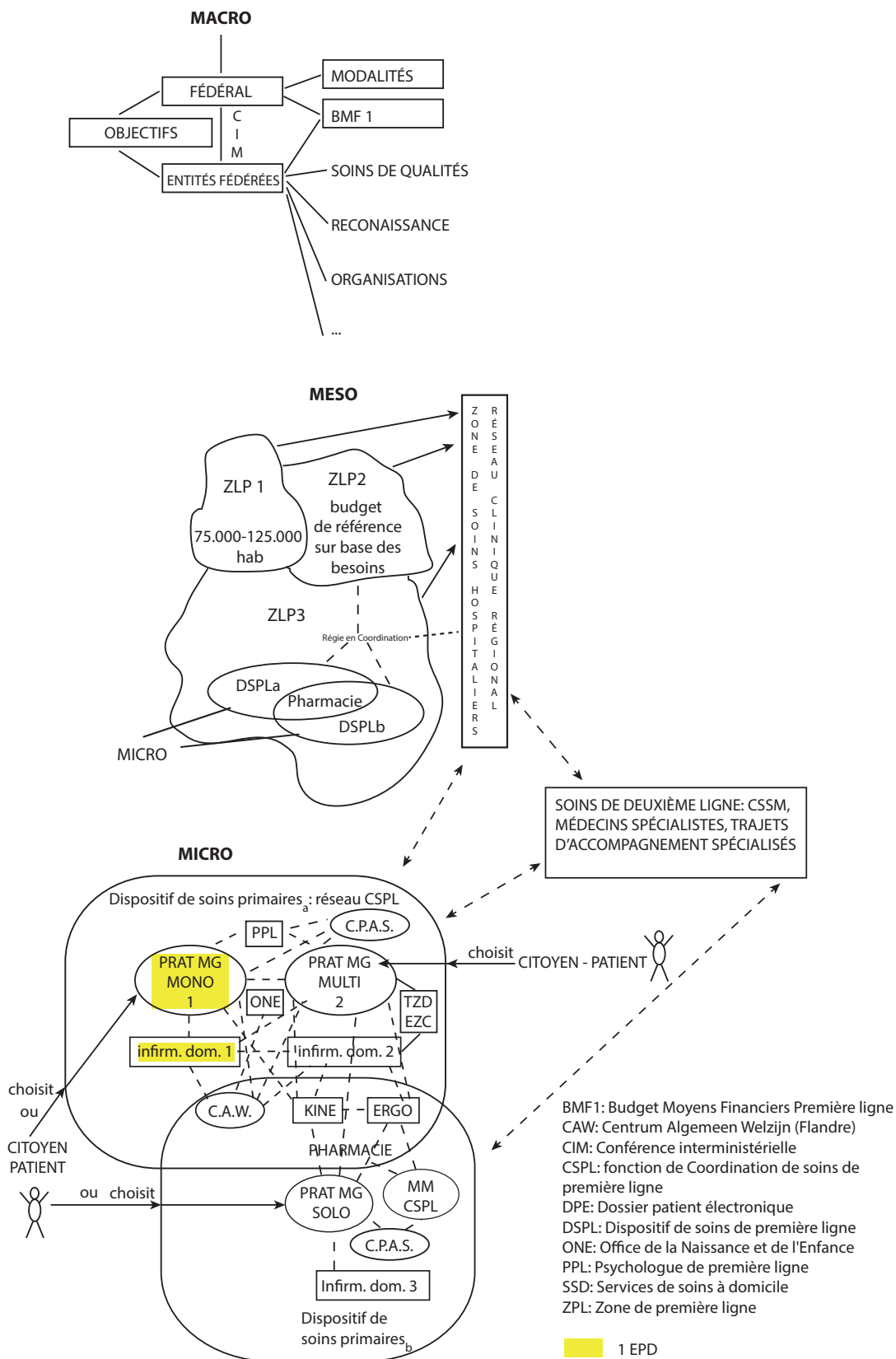
première ligne, et peut en gérer p.ex. les soins pharmaceutiques. Les autorités peuvent faire en sorte que grâce à des mesures de stimulation financières, le rapport entre la collaboration opérationnelle versus fonctionnelle augmente. On peut prévoir en outre des conditions sur le plan de la «masse critique» d'un dispositif de soins de première ligne, aussi bien en ce qui concerne la capacité d'accueil, que pour la «population inscrite» et la diversité des disciplines impliquées.

Dans ce modèle, la **liberté de choix** du patient est transférée du choix occasionnel lorsque se manifeste un problème, (p.ex. on consulte un médecin généraliste quelconque lorsqu'on s'est fait une entorse, on paie à l'acte et le lien thérapeutique s'arrête là), vers le choix de **l'offre d'une équipe qui opère dans sa totalité comme dispositif de soins de première ligne, via l'inscription à une pratique de médecine générale au sein de ce dispositif**. La pratique de médecine générale est censée accepter le citoyen/patient qui désire s'inscrire, si celui-ci habite dans la zone géographique définie par cette pratique (obligation primaire d'acceptation afin d'éviter la «sélection de risques»), sauf si un problème de capacité se pose. La persistance du lien thérapeutique dépend du respect des accords, établis dans le cadre de la prestation des soins. Si ces accords ne sont pas respectés, le professionnel peut désinscrire le patient. Le patient peut alors changer de pratique de médecine générale grâce à une procédure simple, soit au sein du même dispositif de première ligne, soit en s'adressant à une pratique dans un autre dispositif. Dans ce cas il sera accueilli par une autre équipe.

L'accessibilité des soins de première ligne est un atout important. Il est fondamental que tous les collaborateurs y prêtent suffisamment d'attention, ce qui implique des exigences particulières sur le plan des connaissances, des compétences et de l'attitude. À ce sujet, l'importance du **niveau nano** peut difficilement être surestimée: il s'agit de la qualité de l'interaction entre le demandeur de soins et le professionnel individuel. Plus particulièrement dans le contexte de la super-diversité et en cas de grande concentration de personnes fragilisées (sans-abris, patients psychiatriques,...) il faudra, en vue d'une bonne accessibilité, faire des efforts sur le plan de l'accompagnement et de l'"outreach"<sup>19</sup> afin que la première ligne puisse atteindre ces groupes. Des recherches à Gand ont montré que les efforts intensifs menés par les «CAW», CPAS, organisations de volontaires,... pour l'accompagnement de sans-abris vers les soins de première ligne a donné lieu à une utilisation plus régulière des soins de première ligne par ce groupe<sup>41</sup>.

Enfin, le soutien de la communication via des interprètes et des médiateurs interculturels est une condition importante pour favoriser le contact avec le patient.

Figur 1: MODÈLE ORGANISATIONNEL PREMIÈRE LIGNE



### **Commentaire figure 1.**

Les objectifs sont formulés au **niveau macro** (au niveau du fédéral et des entités fédérées, de préférence avec suffisamment de synergie et de complémentarité, et dans le cadre d'une concertation au sein de la Conférence interministérielle (l'Institut du futur» peut y jouer un rôle). Au niveau fédéral, le Budget Moyens Financiers pour les soins de première ligne est fixé (BMF1) ainsi que les modalités (e.a. les mécanismes de financement), et ce dans le cadre d'une nouvelle politique dans laquelle on définit clairement les avis stratégiques, la concertation et la gestion, chacun avec ses objectifs spécifiques. Les entités fédérées participent activement à la fixation des budgets et des modalités de financement, et sont en charge de la qualité, la reconnaissance, l'organisation,... des soins.

Les «zones de première ligne» déploient leur activité au **niveau méso**, chacune pour une population de 75.000 à 125.000 habitants (excepté dans les grandes villes où on peut opter pour une activité couvrant la population entière). Les zones de première ligne obtiennent un budget de référence (théorique), basé sur la partie du Budget Moyens Financiers pour les soins de première ligne à laquelle elles ont droit selon les «besoins» de la population. Ce budget fait office d'une espèce de «benchmark». Chaque zone de première ligne comprend plusieurs dispositifs de soins de première ligne. Ils sont constitués de plusieurs pratiques de médecine générale mono- ou multidisciplinaires. Le citoyen/patient choisit librement un dispositif de soins de première ligne (réseau), en s'inscrivant auprès d'une pratique de médecine générale appartenant au réseau. L'intégration des pratiques de médecine générale avec des services de soins infirmiers à domicile (sur base indépendante, dispositifs organisés, services de soins infirmiers à domicile,...) est stimulée, en recherchant la collaboration opérationnelle, avec partage du Dossier Patient Électronique, tout ceci comme point de départ pour le développement de la délégation de tâches et de subsidiarité. **Un dispositif de soins de première ligne comprend une population (inscrite) de minimum 10.000 personnes en zone urbaine et minimum 5.000 en zone rurale.** Au sein des dispositifs de soins de première ligne il existe en plus des accords de collaboration opérationnelle et/ou fonctionnelle entre les pratiques de médecine générale, la fonction de psychologue de première ligne, le «CAW», le CPAS, les services sociaux des mutuelles, les pratiques de kinésithérapie et d'ergothérapie, les pharmacies, les pratiques de première ligne de sages-femmes, de logopédie, les organisations actives dans la promotion de la santé, les bureaux de consultation de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les Centres PMS, les services de soutien à domicile (aide familiale, services de nettoyage,...), maisons de repos et de soins, organisations de soins informels, organisations de volontaires,...

Il semble préférable de regrouper un certain nombre de pratiques exclusivement au sein d'un seul réseau de dispositifs de soins de première ligne (p.ex. pratique de médecine générale et pratique de soins infirmiers à domicile), alors que d'autres services peuvent appartenir à plusieurs réseaux de dispositifs de soins de première ligne (p.ex. pratiques de kinésithérapie, pharmacies, «Centra Algemeen Welzijn»,...).

La collaboration opérationnelle peut progressivement donner lieu à des formes d'intégration plus poussées, comme l'a proposé la Plateforme Académique Nationale des Soins Chroniques, à laquelle participent Domus Medica, la Société Scientifique de Médecine Générale, tous les Centres Académiques de Médecine Générale de Belgique, la «Vereniging van Wijkgezondheidscentra» et la Fédération des Maisons Médicales, dans la note «Proposition de soutien multidisciplinaire à la pratique dans les soins chroniques (ASSISTEO)». Celle-ci prévoit l'engagement d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en soins chroniques, soit comme infirmier(e) fixe lié(e) à (une ou plusieurs) pratiques de médecine générale, soit avec un accord contractuel avec une organisation d'employés, ou comme indépendant(e), ou encore comme employé(e) d'une pratique de première ligne multidisciplinaire (p.ex. «Wijkgezondheidscentrum»/Maison Médicale)<sup>33</sup>.



### 3.3. Les médecins généralistes sont-ils prêts?

L'implantation du modèle décrit ci-dessus nécessite un nombre suffisant de pratiques de médecine générale qui fonctionnent de manière satisfaisante. Comment se dessine aujourd'hui le paysage de la médecine générale en Flandre?

#### A. Quelques données<sup>34</sup>:

- On compte actuellement 5.815 médecins généralistes flamands, disponibles pour la population flamande. Le rapport hommes/femmes est de 60/40. Les plus de 7.600 médecins généralistes flamands reconnus représentent un peu plus de 5.000 équivalents temps plein (ETP). Cela représente concrètement une couverture de 9,5 médecins généralistes par 10.000 Flamands, ou 1.200 patients par médecin généraliste-ETP. Chose frappante: on constate que le nombre de contacts par médecin généraliste par an augmente, alors que le nombre de contacts par patient diminue légèrement. Le nombre total de contacts annuels augmente en outre sur le plan national, avec une densité stable de médecins par région.
- On compte le double de médecins généralistes masculins par rapport aux femmes. On pense néanmoins que la combinaison travail partiel et femmes a plutôt un impact sur les activités professionnelles complémentaires que sur la quantité des soins dispensés aux patients.
- Plus de la moitié des médecins généralistes dépasse l'âge de 50 ans et plus de 60% présentent une activité supérieure à 20 ans. Le groupe de 45-65 ans détient plus de 70% des contacts patients. Dans la tranche d'âge 25-30 ans, trois fois plus de médecins généralistes travaillent à temps plein, comparé aux 50-65 ans. Environ 3/4 de ce groupe travaille à temps plein dans la pratique et 1/6 travaille à 75% du temps de travail.
- Plus de 40% travaillent en solo et la moitié travaille en pratique duo ou de groupe ou sous une autre forme associative. Pour l'optimisation de la gestion de la pratique et le développement des fonctions de soutien (en prenant en compte les aspects financiers et économiques), la collaboration sous un même toit semble plus appropriée que des accords informels. La recherche montre d'ailleurs que la collaboration interprofessionnelle sous un même toit mène à une meilleure accessibilité et une meilleure qualité pour les patients présentant des affections chroniques<sup>44</sup>. En général, cet effort n'est pas récompensé à court terme et les collaborations entre médecins généralistes se heurtent parfois à une planification ne visant que le court terme et à un manque de vision commune.
- Les trois quarts des médecins généralistes voient 50 à 150 patients par semaine et deux sur trois présentent une activité professionnelle complémentaire. Parmi les médecins généralistes à temps plein on compte sept fois plus de solistes que de médecins généralistes en pratique de groupe.
- Plus d'un quart des médecins généralistes n'a aucune assistance formelle dans la pratique. Ces collaborateurs reprennent certaines tâches que le médecin devrait sinon effectuer en dehors des «heures de travail». La recherche montre ainsi que les assistants de pratique effectuent surtout des tâches administratives et des tâches destinées à «préparer» le patient. Il n'existe actuellement pas de cadre formel, ni de formation ou de mandat pour l'embauche d'assistants de pratique.
- Un tiers des médecins généralistes a à un moment donné envisagé de quitter la profession, surtout suite à une combinaison de facteurs tels que la charge de travail, le manque de reconnaissance et d'incitants financiers. Deux fois plus de médecins à temps partiel que de collègues à temps plein ont pensé quitter la profession. Et deux fois plus de médecins appartenant à la tranche d'âge 25-30 ans ont tendance à arrêter, comparé à leurs collègues

de 50-65 ans. Puisque cette tranche d'âge a en général plus souvent des activités complémentaires, le pas est plus facile à franchir et donc plus probable.

- À peu près 1/3 sera bientôt à l'âge de la retraite. La moitié de ce groupe poursuivra sa pratique au-delà de l'âge de 65 ans. La réalité montre que ceci se fait surtout au dépens des activités complémentaires du médecin généraliste et que le nombre de contacts patients est fortement diminué. Cela peut engendrer des situations problématiques, puisque ces médecins travaillaient en général à temps plein et prenaient donc beaucoup de contacts patients à leur compte. Autrement dit, lors de la planification du futur nombre de médecins généralistes, il faudra tenir compte aussi bien de l'âge avancé des généralistes-ETP que du risque chez les jeunes collègues de quitter la profession.

Sur base de ces données, on comprendra qu'il faudra former suffisamment de médecins généralistes dans les années à venir, et qu'on devra porter l'attention sur l'assistance à la pratique, d'une part par la délégation de tâches et d'autre part en stimulant sa propre prise en charge par le patient. Le fait qu'en Flandre le nombre de médecins généralistes formés a triplé, est une bonne chose.

Il faudra finalement mettre des moyens en œuvre pour stimuler et soutenir des accords de collaboration, en réponse aux changements organisationnels et aux besoins en matière de dispensation des soins.

#### **B. La gestion de la pratique de médecine générale/de première ligne:**

Au vu du paysage actuel des soins, la pratique de médecine générale demande une réorganisation. Plus que jamais, les médecins généralistes collaborent avec d'autres disciplines, mais dans leur propre pratique on voit également apparaître des collaborateurs médicaux, paramédicaux et de soutien. Le médecin généraliste doit gérer des tâches de management et est co-responsable d'une 'petite entreprise'.

#### ***De solo au groupe, mono- ou multidisciplinaire***

En un laps de temps relativement court, différents modèles de collaboration ont vu le jour dans les pratiques de médecine générale<sup>35</sup>: le médecin solo crée un réseau ou s'associe sous un même toit, les assistants s'associent avec leurs maîtres de stage, des jeunes médecins créent une pratique de groupe et le nombre de maisons médicales augmente. Cependant, la collaboration n'est pas chose facile et il n'existe pas de recette idéale pour trouver de bons accords, répondant à chaque situation individuelle. Ces accords ne concernent pas uniquement la logistique et l'infrastructure, mais également et essentiellement les soins dispensés aux patients.

Une nouvelle collaboration suscite de nombreuses décisions. Toutes les parties impliquées doivent prendre en considération les aspects juridiques, logistiques et idéologiques. Les avantages et désavantages doivent être consciencieusement mesurés et toutes les options doivent être passées en revue. Tous les accords devront être fixés par écrit. Dans beaucoup de situations, un avis spécialisé et de l'accompagnement s'imposent. Il n'existe pas d'avis ni de règles uniformes pour les procédures d'entrée et de départ, ni pour leurs implications financières éventuelles. Parmi les critères importants, s'assurer le fait que la continuité des soins soit être garantie aux patients et que tous les partenaires se sentent à l'aise avec ce qui a été décidé.

#### ***La collaboration et la délégation de tâches forment un processus d'apprentissage.***

Bien que la délégation de tâche existe depuis les années soixante du siècle passé dans certains pays, des attentes importantes souvent abordées se voient rarement réalisées ni confirmées dans la réalité.

- En pratique, ni l'engagement d'un assistant de pratique, sous n'importe quel statut, ou la délégation de tâches, ne sont faciles à réaliser en Belgique.

- Il existe un manque de clarté concernant le titre et la description de fonction, ainsi que concernant le cadre juridique-déontologique dans lequel fonctionne ce collaborateur.
- Il existe dans la pratique de médecine générale peu d'espace pour l'assistant de pratique, que ce soit du point de vue structurel ou du contenu.
- Le système de financement actuel (rémunération à l'acte) constitue un obstacle à la délégation de tâches.
- Une *amélioration de la qualité* des soins dispensés au patient grâce à la délégation de tâches est surtout documentée au niveau de l'information en matière de santé (en ce compris la prévention) et du suivi des malades chroniques. La *qualité des soins* doit être assurée en appliquant des protocoles dans la pratique de première ligne. En décrivant des processus sous forme de protocoles, on créera plus de compréhension, de vue d'ensemble et de clarté, ce qui permettra de mieux les gérer et de les améliorer.
- L'effet de la délégation de tâches sur la *charge de travail des médecins* semble provisoirement limité. En pratique, le temps libéré est consacré à des tâches essentielles, ce qui ne fait donc pas diminuer le temps de travail des médecins.

L'engagement et le suivi d'un assistant de pratique demandent une préparation approfondie. En premier lieu, il devra être clair quelles tâches seront confiées à l'assistant, et si cet ensemble de tâches peut être réalisé de manière flexible. Deuxièmement, le profil professionnel de l'assistant devra être défini. Un groupe de travail «Assistants de pratiques dans les soins de première ligne» s'y est attelé. Ensuite, on devra désigner au sein de la pratique un responsable qui s'occupera de la gestion des ressources humaines et du suivi du fonctionnement au quotidien. Enfin, il doit être clair que le collaborateur fait partie de l'équipe de la pratique et il devra donc être impliqué et évalué en tant que tel.

Lorsqu'on établit de tels accords de collaboration, il est très important de consacrer suffisamment de temps de réflexion aux aspects juridiques, à la responsabilité, au développement de contrats types et de procédures pratiques. Le manque d'«outils» sur ce point risque de faire échouer des projets pourtant créés avec beaucoup de bonne volonté. Beaucoup de compétences à ce sujet doivent encore être développées. On devra également étudier dans quelle mesure le Code de déontologie médicale (Ordre des médecins) est compatible avec des formes intégrées de collaboration. L'article 81 du Code par exemple stipule: «Tout partage d'honoraires entre médecins et non-médecins est interdit.»<sup>36</sup>. Cette disposition, datant de 1975, est en désaccord avec la pratique actuelle, où le financement des médecins et de personnel soignant est constitué sous forme de pool pour les activités de pratique communes. Dans le cadre de la rémunération au forfait (AR 23.04.2013), le montant obtenu par patient couvre d'ailleurs le financement du médecin, du personnel infirmier et du kinésithérapeute. Ceci nécessite également des adaptations des dispositions déontologiques.

## 4. UN NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT

### 4.1. Libérer des moyens

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale il existe aujourd'hui une limitation de la croissance du budget des soins de santé. Le nouveau gouvernement fédéral prévoit une croissance de 1,5% pour le secteur. Si nous voulons implémenter l'innovation, cela demandera la libération de moyens qui actuellement sont alloués de manière inadéquate, et le glissement de moyens dans le cadre des choix politiques p.ex. de la seconde vers la première ligne. Nous mentionnons un certain nombre de possibilités pour la libération de moyens, sans impact sur la qualité des soins<sup>37</sup>:

- presque 90% de la population belge a été soumise à des examens d'imagerie médicale entre 2002 et 2008 (examens RX, CT-scans,...), 43% même jusqu'à plus de 10 fois. Le nombre de CT-scans est estimé être 30% trop élevé;
- 40% de tous les accès aux urgences avec des enfants ne nécessitaient pas de soins spécialisés;
- les contrôles annuels chez les spécialistes (p.ex. les cardiologues) résultent en beaucoup d'actes techniques, mais conduisent rarement (dans moins de 2% des cas) à une adaptation de la thérapie;
- certaines interventions chirurgicales (comme des opérations du dos, des arthroscopies) sont pratiquées plus fréquemment en Belgique que dans d'autres pays occidentaux et ne contribuent pas à de meilleurs résultats;
- presque 1 patient cancéreux sur 4 reçoit encore pendant les 2 dernières semaines de sa vie de la chimiothérapie qui n'a plus de sens;
- l'utilisation d'antibiotiques en Belgique dépasse de 34% la moyenne OCDE, plus particulièrement en ce qui concerne certains groupes (à spectre large) ;
- le nombre d'admissions à l'hôpital dépasse en Belgique de 15% la moyenne OCDE;
- en 2012 plus de 500 tonnes de médicament périmés ont été collectés par les pharmacies belges, en 2011 il ne s'agissait «que» de 326 tonnes.

Rien que ramener ces formes d'utilisation inadéquate des soins de santé vers une «bonne utilisation», représenterait selon des estimations une économie de 1,5 à 2 milliards d'euros. Ces moyens peuvent alors être libérés pour financer l'innovation et améliorer l'accessibilité.

## 4.2. Un «Budget Moyens Financiers» pour la Première ligne (BMF1): une norme innovante de budget prospectif.

Il n'existe actuellement pas de vrai budget «prospectif» pour la première ligne: les moyens utilisés sont alloués dans le cadre d'un «système ouvert», basé sur des soins réactifs et avec une rémunération à l'acte. Dans certaines disciplines de première ligne, de faibles tentatives ont été faites pour compléter la rémunération à l'acte par d'autres formes de rémunération: en médecine générale, le pourcentage de rémunérations non liées à l'acte a augmenté les 15 dernières années de 1% à 20%<sup>38</sup> (via des rémunérations liées au patient, à la pratique, le soutien du DMG, des moyens de soutien de personnel dans la pratique, le forfait d'accréditation,...). Un certain nombre de «forfaits» ont également vu le jour dans les soins infirmiers. Dans les autres disciplines de première ligne, la rémunération à l'acte est restée dominante.

Dans le cadre de la réalisation d'une responsabilité transparente on pourrait recommander de fixer un «Budget Moyens Financiers pour la Première ligne» (théorique) **BMF1: un budget global pour les soins de première ligne**, qui répondrait aux moyens nécessaires pour une dispensation optimale des soins. La définition de ce budget, de préférence dans le cadre d'une concertation entre les autorités fédérales et les entités fédérées (Conférence Interministérielle: CIM), est absolument nécessaire pour définir un bon rapport entre les responsabilités des soins de première ligne et de deuxième et troisième lignes. Ce BMF1 doit être obtenu suite à des avis stratégiques, basés sur l'évidence scientifique, avec une attention pour l'évaluation grâce à la participation des acteurs sociaux impliqués, y compris les citoyens et les patients. Ils doivent être concrétisés au niveau des procédures de gestion du système de santé, lorsque les autorités fixent les budgets et les engagements concernés en concertation étroite avec les organismes assureurs et les professionnels de la santé. En calculant le budget, on portera l'attention sur les comparaisons internationales, en partant des objectifs santé formulés et des responsabilités qui incombent à la première ligne. Il est évident qu'une simple extrapolation des données de la rémunération actuelle à l'acte ne suffit pas; on devra se baser sur les besoins de la population, et sur ce que pourrait constituer une approche optimale au sein de la première ligne, tout en tenant compte de la «socialisation» croissante des soins. Le BMF1 doit inclure toutes les tâches de la première ligne, y compris les exigences sur le plan de l'accessibilité et de l'approche globale. Différents scénarios pourraient être dessinés: un scénario dans lequel les médicaments prescrits par la première ligne sont repris (ou non) dans le budget, un scénario dans lequel les demandes d'examens de laboratoires et d'imagerie médicale sont repris (ou non) dans le budget, etc. Idéalement on devrait également inclure les «services d'aide» dans le BMF1. Dans une première phase et vu les différentes sphères de compétence actuelles, ceci semble être une mission très complexe, qui ne sera pas provisoirement prise en considération.

Le BMF1 (théorique) devient un point d'orientation pour les choix à faire concernant l'allocation des moyens pour les soins de santé.

Par analogie avec ce qui est proposé dans d'autres pays, c'est-à-dire les "bundled payments", dans lesquels on concentre les montants globaux pour les soins de différentes "lignes", on pourrait se demander s'il n'est pas mieux d'opter pour un BMF pour des réseaux de dispositifs de soins, qui engloberaient aussi bien la première ligne que les hôpitaux, et qui feraient en sorte que ceux-ci seraient stimulés à intégrer leurs processus. Cela pourrait mener à une solution par rapport à la difficulté de devoir transférer des budgets des hôpitaux vers la première ligne. Kaiser Permanente aux États Unis opère de cette façon. Cette approche présuppose néanmoins une première ligne forte avec une excellente intégration horizontale et verticale, et un système informatique très performant. Il s'agit donc plutôt d'un thème de recherche pour un projet futur.

### 4.3. Répartition du BMF1, basée sur les besoins de soins des zones de première ligne.

On propose de répartir le BMF1 (théorique) sur les 110 «zones de première ligne», sur base de l'expertise existante avec la formule normative multi-variable, utilisée pour la responsabilité financière des mutuelles mais adaptée aux données concrètes de la première ligne. Depuis mai 2013, l'expérience avec cette formule s'est construite au sein de la «Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations» (INAMI) dans le cadre de la répartition entre les centres fonctionnant selon le mode forfaitaire, en tenant compte des moyens prévus dans le budget pour la rémunération forfaitaire. La formule calcule, au moyen de 80 variables (âge, sexe, catégorie des revenus, morbidité, état fonctionnel,...), les «besoins de soins» d'une population donnée; les «besoins de soins» sont examinés en fonction des dépenses anticipées pour une personne présentant des valeurs données pour ces 80 variables (pour la liste des variables: voir tableau 1 en annexe). Cela signifie que chaque zone de première ligne dispose potentiellement d'un **budget basé sur les «besoins de soins»** de sa population, ou plutôt la demande de soins à prévoir. Ce budget est utilisé comme une sorte de «budget de référence», vis-à-vis duquel la performance (efficacité, qualité, accessibilité,...) d'une zone de première ligne particulière est évaluée.

Le défi pour chaque zone de première ligne consistera à réaliser avec ce budget de façon maximale ses objectifs santé (formulés au niveau macro, éventuellement complétés par des objectifs spécifiques au niveau de la zone de première ligne).

Simultanément, un certain nombre de principes, importants pour la manière dont les moyens financiers pourront être utilisés, seront définis au niveau macro (fédéral):

- **tous les citoyens** seront invités à **s'inscrire dans un dispositif de première ligne via une pratique de médecine générale** au sein de ce dispositif. En faisant cela, ils ne paient plus de «ticket modérateur» (part personnelle) aux médecins généralistes et au personnel infirmier lié à cette pratique de médecins généralistes, chez qui ils sont obligés de consulter (excepté lors des services de garde). Le citoyen inscrit peut être désinscrit selon une procédure souple pour changer de pratique de médecine générale;
- pour leurs **nouveaux problèmes de santé**, les patients ne pourront **plus s'adresser directement à la seconde ligne**, excepté pour des situations d'urgence médicale (patients avec une diminution de la conscience, hémorragie,...). La Belgique suivra en cela la recommandation de l'OCDE de 2005, qui stipule de ne plus rembourser la consultation d'un spécialiste pour un nouveau problème sans avoir été référé par un médecin généraliste;
- à l'exception de vrais cas critiques, le patient ne pourra s'adresser à un service d'urgence que s'il dispose d'une **lettre de référence de la part du médecin généraliste** de la pratique de première ligne où il/elle est inscrit(e) ou d'un service de garde de médecine générale. Cela donnera lieu à court terme à une réduction importante du nombre de personnes aux services d'urgence en Belgique. Le rapport KCE sur le financement des hôpitaux a également plaidé en faveur d'une diminution importante du nombre de services d'urgence<sup>5</sup>;
- il existe 2 modèles de «**renvoi (référence)**» de la première vers la seconde ligne. Le premier, le «**modèle linéaire**» vise les nouveaux problèmes de santé (non critiques), pour lesquels la nature exacte du problème n'est pas claire: ceux-ci sont de préférence traités par la première ligne<sup>28</sup>. En général, moins de 10% de ces problèmes exigeront un renvoi vers la seconde ligne. Un deuxième modèle, le **modèle** de renvoi en «**spirale**», est surtout pertinent pour les patients souffrant d'affections chroniques, qui se déplacent continuellement au sein de la première ligne et de la première ligne vers la deuxième (et la troisième). Ceci nécessite une bonne coordination et une information adéquate du patient. Les deux modèles de renvoi peuvent être rendus opérationnels grâce à une «carte de référence électronique»: pour les nouveaux problèmes, qui doivent être diagnostiqués, on dispose d'une carte de référence pour deux mois (au cours desquels le remboursement de la deuxième ligne est

garanti), soit d'une «carte de référence de longue durée» valable pour 6 mois, pour les patients souffrant d'affections chroniques. L'état des références peut être contrôlé de façon électronique par le médecin généraliste et le spécialiste, via e-Health et «MyCareNet». Des modèles fonctionnant à l'étranger peuvent faire office de modèle.

### **Pourquoi un échelonnement ou des “soins par paliers”?**

En Belgique, le rapport entre l'«échelonnement» et la «liberté de choix» entraîne beaucoup de discussions. Le libre choix n'est jamais absolu et est confiné par des exigences scientifiques et sociétales:

- l'accessibilité directe au spécialiste mène à une inefficience des soins suite au risque d'incohérence («mismatch») entre la complexité de la «demande» et la compétence de l'«offre». Lors de demandes directes d'assistance par le spécialiste, il s'agit souvent de problèmes simples, ne nécessitant pas l'intervention de ce spécialiste. Celui-ci est en effet formé pour solutionner des problèmes complexes.
- un système de référence efficient a un effet positif sur les professionnels. En effet, sans échelonnement, les hôpitaux et les spécialistes voient trop d'affections auto-limitée ou procèdent à trop d'interventions simples et répétitives, ce qui réduit leur expérience par rapport aux problèmes complexes. Les médecins généralistes de leur côté voient p.ex. encore trop peu d'enfants, ce qui diminue leur capacité de prise en charge adéquate des enfants «en dehors des heures» (lorsque les pédiatres sont moins disponibles)<sup>28</sup>.
- on ne constate pas de différences entre la nature des problèmes de santé pour lesquels on s'adresse aux postes de garde de médecine générale pendant le weekend et les problèmes des patients qui, pendant le weekend également, s'adressent sans lettre de référence aux services d'urgence<sup>40</sup>. Une utilisation par paliers est donc préférable. L'échelonnement est d'ailleurs une condition pour arriver à une meilleure coordination entre le poste de garde de médecine générale situé sur le campus d'un hôpital, et le service d'urgence.
- finalement, l'échelonnement concerne également l'équité sociale: les Belges avec un niveau faible ou moyen de formation s'adressent plutôt au médecin généraliste, alors que ceux ayant une formation plus poussée consultent plutôt les soins spécialisés, même après avoir effectué un contrôle de leur état de santé. Cette constatation s'explique par un manque d'échelonnement<sup>41</sup>.



En ce qui concerne le mode de financement, le rapport EXPH28 propose une check-list pour réaliser des modèles efficaces de rémunération des dispensateurs de soins.

Le tableau 2 reprend cette checklist

**Tableau 2. Checklist: critères pour des systèmes efficaces de rémunération des professionnels**

- ils stimulent les professionnels et les rendent capables d'utiliser des procédures dans la dispensation de soins aux patients de manière efficiente, de haute qualité, et axés sur la personne;
- ils soutiennent les professionnels et les encouragent à entreprendre des actions menant à l'amélioration de l'efficacité, de la qualité et des résultats au niveau du patient, à un coût réduit;
- ils découragent le sur-traitement; ils ne stimulent pas l'utilisation d'interventions inutiles et chères; ils n'encouragent pas les hospitalisations, ni les ré-hospitalisations inutiles; ils évitent la dispensation de soins qui mènent à de mauvais résultats pour le patient; ils évitent l'administration inefficace de soins; ils évitent d'opter pour l'administration de services qui ne sont pas compatibles avec les souhaits du patient;
- ils n'encouragent pas le sous-traitement de patients; ils ne favorisent pas l'exclusion de patients présentant des affections graves ou des facteurs de risque multiples; ils ne récompensent pas les erreurs des professionnels; ils évitent les mauvais résultats des soins;
- ils rendent les professionnels responsables de la qualité et du coût, pour autant qu'ils puissent en gérer le contrôle, mais pas pour la qualité et le coût sur lesquels ils n'ont pas d'impact;
- ils soutiennent la coordination des soins et l'encouragent, en impliquant plusieurs professionnels, et découragent les professionnels à détourner des coûts sur d'autres professionnels sans accords préalables;
- ils encouragent les choix des patients qui résultent en plus d'adhérence thérapeutique aux processus de soins recommandés, en une amélioration des résultats et en une réduction des coûts du traitement;
- ils réduisent le coût administratif au minimum pour les professionnels lors de l'application de la réglementation au niveau du paiement.

Afin de pouvoir implémenter la check-list du tableau 2, il est nécessaire de disposer de données adéquates concernant les soins administrés: qui délivre quels soins, à quels groupes de patients,...? De cette manière on peut procéder à une analyse et à un «benchmarking» p.ex. entre différentes zones de première ligne. Cette information peut contribuer à documenter la relation entre le mécanisme de financement et la qualité. Elle peut également servir de feedback vers les professionnels.

Dans une première phase, le financement du secteur de l'aide au maintien à domicile, une compétence communautaire ou régionale, reste inchangé. Bien que par principe, également sur le plan international, on plaide beaucoup en faveur d'une collaboration intensifiée entre les secteurs de l'aide et des soins de santé, il n'existe pas encore de modèles opérationnels couronnés de succès qui pourraient documenter l'intégration du financement des secteurs du bien-être et de la santé. Un premier pas pour arriver à plus d'intégration est sans aucun doute l'intégration des responsabilités politiques aux différents niveaux décisionnels.



#### 4.4. Financement du niveau méso (la «zone de première ligne»).

Comme décrit plus haut, il appartient au niveau méso de réaliser les objectifs définis au niveau macro, complétés par des objectifs spécifiques du niveau méso. Un certain nombre de fonctions de continuité devra également être pris en considération.

Le niveau méso est effectivement le niveau où se situe le soutien organisationnel pour la dispensation concrète des soins au niveau micro. En même temps, le niveau méso est un niveau où se déroule une sorte de «**compétition verticale**», lors de laquelle les **différentes zones de première ligne sont récompensées dans la mesure où elles sont plus performantes** dans la réalisation des objectifs. Celle-ci est évaluée sur base d'indicateurs de qualité qui sont largement acceptés par la population et les professionnels (processus bottom-up). Le niveau méso est aussi le niveau où des expérimentations sur le plan de l'innovation de la première ligne peuvent être positionnées/coordonnées.

Lors de l'évaluation de la performance on observera le progrès réalisé (le «Delta»), plutôt que la situation actuelle (qui est très souvent déterminée par une multitude de facteurs historiques). Seules les zones de première ligne qui se situent dans le top 25%, seront prises en considération pour le financement d'expérimentations innovatrices.

Un tel système de «compétition verticale», sur base d'unités décentralisées, a donné lieu à d'excellents résultats à l'étranger. Un exemple connu est ce qui a été réalisé par le Jönköping County Council en Suède. Pendant une période de 20 ans on y a travaillé de manière permanente, à partir d'une perspective population, au projet «a good life in an attractive county». Une stratégie importante fut l'investissement dans la formation et le training du personnel sur le plan de l'amélioration de la qualité: des milliers de collaborateurs ont participé aux programmes organisés à Jönköping. Cela a finalement eu comme conséquence que Jönköping, dans les comparaisons internationales, a obtenu les meilleurs résultats sur le plan de la qualité des soins<sup>42</sup>.

#### 4.5. Financement du niveau micro.

Les problèmes les plus importants **des mécanismes de financement actuels** sont:

- dans certaines disciplines les tickets modérateurs sont assez élevés (p.ex. la kinésithérapie), ce qui peut mener à une sous-utilisation; pour les soins dentaires le ticket modérateur est également très lourd et pour certaines sous-disciplines, il existe une forte tendance à la déconvention (p.ex. orthodontie);
- les moyens sont surtout orientés vers des soins réactifs, et pas vers les soins chroniques, la concertation interdisciplinaire, les soins de prévention, ...;
- la rémunération se fait essentiellement via le système «out-of-pocket», ce qui en soi crée une barrière pour les tranches de population socialement vulnérables;
- le système de financement à l'acte ne contient pas d'incitants à la collaboration ou à la délégation de tâches: lorsqu'un médecin généraliste p.ex. délègue des tâches à une infirmière, il voit baisser ses revenus;
- la rémunération à l'acte ne contient pas d'incitants pour le patient pour augmenter sa propre prise en charge ou son autonomie;
- 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;
- la rémunération à l'acte au sein d'un système sans inscription, rend impossible de définir un «dénominateur» pour une pratique quelconque, ce qui rend plus difficile l'évaluation de la qualité et de l'administration des soins.

En Flandre<sup>1</sup> comme en Wallonie<sup>8</sup> il existe un large consensus pour dire qu'une diversification des mécanismes de paiement est nécessaire.

En ce qui concerne le financement de la pratique de première ligne, nous suggérons de partir des deux modèles de financement existants:

- **Modèle A: la rémunération à l'acte** comme nous la connaissons aujourd'hui mais via un système de tiers payant complet, sans ticket modérateur pour le patient. Le système évolue pendant les 10 ans à venir, de la répartition actuelle 80-20 (80% à l'acte; 20% non lié à l'acte), vers un système 60-30-10: (60% non lié à l'acte; 30% à l'acte et 10% pay-for-quality; voir 4.6.). La rémunération à l'acte constitue aujourd'hui la manière de financement la plus répandue au sein de la dispensation de soins de première ligne et produit 80% du revenu des médecins généralistes. Selon le modèle proposé, ce pourcentage diminue progressivement, principalement grâce à une augmentation de la rémunération pour le Dossier Médical Global, qui devient ainsi une espèce de «capitation».
- **Modèle B:** le système de **rémunération forfaitaire**, conforme à la loi du 14.07.1994, art. 52 §1, concrétisé dans l'Arrêté Royal du 23.04.2013. Ici également 10% du financement est organisé en pay-for-quality (voir 4.6.).

Actuellement 3% de la population belge est soignée dans le cadre d'une «rémunération forfaitaire», dont le mécanisme est défini par l'A.R. de 23.04.2013. Il s'agit d'un «Needs-Based Integrated Mixed Capitation», ce qui signifie que les pratiques qui optent pour ce système, reçoivent un montant mensuel fixe par patient, pour un ensemble de soins dispensés par le médecin généraliste, souvent complété par des soins infirmiers et de kinésithérapie. Le montant par patient est spécifique à la pratique et est défini grâce à une «photo électronique» annuelle composée de 80 variables, qui tiennent compte des

«besoins» de la population prise en charge: revenu, sexe, âge, morbidité, facteurs sociaux, ... Pour la liste des variables utilisées: voir tableau 1 en annexe.

Il est clair que ce modèle, créé à l'origine pour identifier la responsabilité financière des organismes assureurs vis-à-vis des «dépenses lourdes» (un nombre restreint de patients qui génèrent des coûts importants suite à une morbidité et des interventions complexes), devra être adapté aux besoins de la première ligne: il s'agit en effet ici de grands nombres de patients, avec un nombre restreint de pathologies et une croissance des affections chroniques. Il faudra probablement ajouter d'autres variables pertinentes: p.ex. l'appartenance à une minorité ethno-culturelle, ce qui engendre une augmentation de la charge des soins, en particulier lorsqu'il faut faire appel à des interprètes. Et pour terminer, il faut également constater qu'il subsiste des désavantages à déduire indirectement la morbidité à partir de la médication utilisée.

L'analyse des **résultats des pratiques qui opèrent selon la rémunération forfaitaire** (KCE Rapport 85A)<sup>43</sup> montre que ces pratiques :

- ne génèrent au total pas plus de coûts par patient que dans le système de rémunération à l'acte;
- touchent une tranche plus vulnérable de la population que le système de rémunération à l'acte et sont donc plus accessibles pour ces tranches de population;
- offrent un éventail plus large de soins dans la première ligne, ce qui mène à une utilisation moindre de soins de seconde ligne; l'utilisation de labos et d'imagerie médicale est également diminuée;
- obtiennent de meilleurs résultats sur le plan de la prévention;
- obtiennent de meilleurs résultats dans certains autres domaines, p.ex. en ce qui concerne la prescription d'antibiotiques, ...

Afin de stimuler le développement nécessaire vers une collaboration interdisciplinaire, on peut faire usage de mesures de financement. Le rapport du KCE concernant le financement des hôpitaux a mis en exergue qu'il est parfaitement défendable, également dans le cadre de la législation européenne, de "répondre de façon correcte et transparente au coût supplémentaire de la multidisciplinarité"<sup>45</sup>. Des études récentes ont montré que la collaboration entre professionnels de première ligne "sous un même toit" mène à une plus-value dans l'accompagnement des malades chroniques<sup>44</sup>.

## 4.6. Pay-for-quality?

“Pay-for-quality” est une variante du “pay-for-performance”, défini comme “the adaptation of provider payment methods to include specific incentives and metrics explicitly to promote the pursuit of quality and other health system performance objectives”<sup>45</sup>.

Les 15 dernières années, le «pay-for-quality» (P4Q) a régulièrement été proposé comme «la» solution pour stimuler la qualité et l’efficacité via un système de rémunération adapté.

Entretemps la littérature scientifique a avancé dans la compréhension des **facteurs qui contribuent à l’efficacité des programmes P4Q**:

- les programmes sont le plus efficace lorsqu’ils **s’alignent** sur les **stratégies et les objectifs** généraux, et quand ils utilisent les recommandations et les directives acceptées par toutes les parties;
- les programmes sont plus souvent couronnés de succès lorsque le P4Q est **intégré dans un système de rémunération global** et joue le rôle de fonction complémentaire;
- les programmes sont plus efficaces lorsqu’ils se **concentrent sur des goulots d’étranglement spécifiques** dans le fonctionnement, qui nécessitent une approche large et approfondie pour obtenir une amélioration;
- la **structure de la dispensation des soins** a une grande influence et déterminera la façon dont les dispensateurs de soins réagiront aux «incitants». Ce qu’il faut dans tous les cas éviter concernant le P4Q, ce sont les programmes à structure complexe et non transparente et les programmes pour lesquels on peut s’inscrire de manière sélective<sup>45</sup> à seulement certaines parties.
- En général on applique une portion **P4Q de 5 à 15%**, versé au dispositif de soins et non pas aux professionnels individuels.

L’expérience avec le P4Q dans le cadre du «Quality and Outcomes Framework» en Angleterre a également montré que ce mode de rémunération oriente souvent le dispensateur des soins vers les interventions qui rapportent le plus de «points» (et donc d’argent), mais les patients de leur côté ont évoqué que les questions de soins pour lesquelles ils consultaient étaient occultées par la check-list de «points à suivre»<sup>46</sup>.

Nous suggérons donc, aussi bien dans le modèle A que dans le modèle B, d’acquérir dans le futur environ 10% du revenu total via P4Q, en tenant compte des critères cités ci-dessus.

On instaure un mécanisme pour la mesure de l’amélioration de la qualité, aussi bien sur le plan de la «structure», du «processus» que de l’«outcome»<sup>52</sup>.

Des indicateurs de qualité importants sont définis à tous ces niveaux:

- **Au niveau de la «structure»:**

- Qualité de la coordination entre les différents niveaux de soins de santé et la présence d’intégration effective des soins
- Participation des individus et de la population
- Accessibilité des dispositifs de soins, aussi bien géographiquement, que sur le plan culturel et financier

- Présence de recommandations, basées sur l'«Evidence Based Medicine»
- Présence de systèmes qui améliorent la qualité des soins
- Présence d'initiatives et de programmes de formation de qualité
- **Au niveau du "processus":**
  - Utilisation de recommandations pour la pratique
  - Qualité des interactions avec les patients, aussi bien au niveau micro qu'au niveau du professionnel individuel (niveau nano)
  - Efficience des processus: qui fait quoi?
  - Transparence des processus
  - Implication et impact du citoyen/patient lors des différents processus
- **Sur le plan de l'«outcome»:**
  - Indicateurs classiques concernant la morbidité et la mortalité (au niveau macro)
  - Satisfaction du citoyen/patient
  - Impact des soins administrés sur l'état fonctionnel
  - Rapport entre les moyens investis et le résultat
  - Évolution du gradient social et de l'impact des soins de santé

Quelques exemples d'indicateurs:

- Indicateurs au niveau du patient: utilisation inadéquate des services d'urgence et hospitalisation d'urgence; accessibilité améliorée; temps d'attente;...
- Un indicateur pour la mesure du «transfert des tâches» au sein de la première ligne (du médecin généraliste vers l'infirmier(e), de l'infirmier(e) vers l'aide-soignante, du médecin généraliste vers l'assistant de pratique de première ligne,...).
- Indicateurs de performance: au niveau de la zone de première ligne, mesure de l'utilisation de soins de seconde ligne ambulatoires, corrigée pour les «besoins de soins» de la population de cette zone, comme décrit sous 4.2. Les zones de première ligne performantes reçoivent plus de moyens, qui peuvent être investis dans l'innovation et le renforcement de la première ligne.
- Un indice sur le plan de la prescription: développement de «profils pharma» tels qu'ils existent actuellement au niveau des pratiques, au niveau des zones de première ligne, bien évidemment en tenant compte ici aussi des «besoins de soins». La prescription d'examen de laboratoire et d'imagerie médicale peut également être évaluée.

## 5. PROMOTION DE LA SANTÉ, PRÉVENTION, «EMPOWERMENT» ET PARTICIPATION

Un gain important en santé, au niveau sociétal, peut encore être réalisé sur le plan e.a. de l'exercice physique adapté, d'une alimentation saine, de l'arrêt de la consommation d'alcool (ou avec mesure) et du tabac, et de la santé mentale. Investir sur ces points grâce à une stratégie diversifiée (axée sur l'individu, la communauté, le contexte, ...) reste une mission importante. Au niveau de l'individu, il faut surtout investir dans l'amélioration de la «health literacy»: on y verra un rôle important pour l'enseignement en augmentant les connaissances de base sur la santé; il faut néanmoins, dans les soins de santé, tenir compte des différences individuelles en matière de health literacy, ainsi qu'en ce qui concerne les besoins d'information et l'implication. Le rôle que peut jouer le patient ou le citoyen dans la prévention ou le traitement de certaines affections, doit être suffisamment mais systématiquement discuté. Des programmes spécifiques visant les minorités ethniques-culturelles (MEC) et les personnes défavorisées, peuvent soutenir les efforts fournis par l'enseignement. Un bon mélange d'approches top-down (objectifs santé) et d'initiatives bottom-up (activités physiques locales, actions pour une alimentation saine, ...) reste nécessaire. Lors de l'application d'une approche «bottom-up», on a pu acquérir beaucoup d'expérience avec le concept de «Community-Oriented Primary Care», qui permet de poser un «diagnostic communautaire» avec l'implication de la population locale. Par la suite, il est possible de développer et évaluer une intervention avec tous les stakeholders<sup>32</sup>. Ceci constitue un excellent modèle pour évoluer vers une action intersectorielle pour favoriser la santé, avec une prise en charge des déterminants de fond (non médicaux) de la santé (emploi, éducation, qualité du logement,...) qui seront impliqués dans l'amélioration de la santé. Sur le plan local, l'initiative des «Villes Santé» de l'OMS peut jouer un rôle important.

Le «Conseil de santé» communal peut formuler des avis pour l'administration locale concernant les choix à faire dans le cadre de la politique de santé locale.

Une attention particulière sera portée sur les dépistages au sein de la population. Le «Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin» a stipulé dans son avis du 8 octobre 2014 que le dépistage du cancer doit être organisé selon l'évidence obtenue par la recherche scientifique. Comme pour toute intervention préventive, le dépistage au sein de la population doit être basé sur la recherche scientifique, et les avantages et désavantages de la prévention doivent être communiqués de manière adaptée aux différents publics cibles; le citoyen doit pouvoir décider de façon autonome, en accord avec son niveau de compréhension et ses besoins.

Il est très important de suivre les arguments scientifiques et de les actualiser. Le débat scientifique actuel sur les avantages et les désavantages du screening doit être suivi de près. On attend des informations claires et dans un langage compréhensible pour les citoyens.

On a besoin d'engagements sérieux pour réaliser l'objectif de participation de tous les publics cibles aux dépistages au sein de la population. Une stratégie pour améliorer l'accessibilité financière, géographique, socioculturelle et informative est essentielle. La stratégie ne peut en effet pas se limiter à l'information des groupes difficilement joignables, pour les convaincre de participer aux dépistages, mais doit au contraire promouvoir une culture dans laquelle tout citoyen - via l'information, l'accompagnement et la participation au processus de décision - peut prendre une décision réfléchie concernant ses propres questions de santé.

Les professionnels de première ligne ont une tâche importante dans leur travail clinique quotidien en ce qui concerne l'empowerment du patient et ses soins informels. Les actions axées sur le patient, avec une attention pour les besoins individuels et les objectifs de vie, présupposent un style de communication adapté au patient, qui part des questions, des idées, des attentes et des inquiétudes du patient, et tend vers des décisions prises sur une base commune. Il est essentiel de s'accorder au langage et aux capacités du client/patient (niveau nano) sur le plan de la compréhension individuelle.

Les médecins généralistes ont pu bénéficier ces dernières années d'une formation intense. Mais les autres disciplines de première ligne ont également été formées, ou ont acquis un savoir-faire. Ces compétences sont à juste titre considérées comme une condition pour pouvoir mener à bien «le case management» du patient. Dans la note d'orientation "Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique"<sup>47</sup> le case management est défini de manière très large comme l'ensemble de la gestion des soins et de leur coordination en fonction des besoins et objectifs individuels du patient.

Vu la complexité de la dispensation de soins médicaux, cette fonction de gestion en cas d'affections médicales chroniques est parfois assurée par le duo patient/médecin traitant ou par le duo patient/autre professionnel. La note d'orientation 2013 estime que cela vaut pour 80% des malades chroniques. À certains moments le soutien ou la reprise (temporaire ou non) de cette fonction de gestion sera indiquée. Du personnel infirmier spécialisé, des éducateurs, des médiateurs interculturels et d'autres peuvent apporter une contribution importante, certainement s'ils fonctionnent dans les pratiques ou au niveau méso des dispositifs de soutien. Grâce à la délégation ils peuvent également être employés dans les pratiques. Des modèles innovateurs et des accords créatifs à ce sujet peuvent être développés et stimulés dans la zone de première ligne concernée.

Dans un certain nombre de situations (la note d'orientation les estime à 10%) ce ne sera pas le médecin généraliste, mais un autre professionnel ou soignant informel présent régulièrement, qui pourra fonctionner (temporairement ou non) comme coordinateur des soins pour un patient individuel, à condition qu'il jouisse de la confiance du patient, et qu'il possède les compétences nécessaires orientées vers le patient. Aussi bien les infirmières à domicile dans le cas de patients nécessitant des soins lourds, que les accompagnants des services d'aide familiale peuvent accomplir cette tâche après accord mutuel avec le patient et les autres professionnels des soins chroniques.

Pour les cas très complexes (implication conjointe de la première, de la deuxième et de la troisième ligne, ...), que la note d'orientation estime à 10% des malades chroniques, il peut être judicieux de confier le case management à un professionnel spécifiquement compétent, le 'case manager', qui (temporairement ou non) gèrera les besoins médicaux et non-médicaux du patient, établira le lien entre les différentes lignes de soin, coordonnera le passage des soins aigus vers les soins chroniques, et centralisera l'information provenant de la prise en charge médicale et non-médicale. Ce concept est entièrement nouveau dans notre système de soins actuel et ses possibilités et restrictions devront être évaluées minutieusement.

## 6. IMPLÉMENTATION DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE ET DES SOINS DE QUALITÉ

La médecine consiste à poser un diagnostic et à traiter une affection selon des concepts scientifiques, en faisant appel à l'expérience du médecin en accord avec le patient. Cela vaut aussi bien pour les soins réactifs que proactifs. C'est également la définition de l'Evidence Based Medicine (EBM). La qualité des soins et la sécurité des patients constituent plus que jamais la priorité absolue de nos soins de santé. La qualité des soins est définie comme des soins justifiables et comprend différentes dimensions. Ces soins doivent entre autres être **efficaces** et **sûrs** (evidence-based et professionnels), **efficents** (utilisation optimale des moyens disponibles), **axés sur le patient** (participation) et **éthiquement acceptables**<sup>48</sup>. Ceci a comme conséquence que toutes les interventions diagnostiques, préventives et thérapeutiques doivent être étayées scientifiquement, ce qui questionne l'utilisation de certaines médecines alternatives. La Belgique connaît une longue tradition de développement de l'Evidence Based Medicine. Les associations scientifiques (Domus Medica – SSMG), produisent des «recommandations» via des procédures rigoureuses qui en assurent la qualité. Il existe également un «Center for Evidence-Based Medicine» (CEBAM). En 2011 EBMPPracticeNet a vu le jour, avec comme objectif d'améliorer la qualité des soins grâce à une aide à la décision evidence-based. Il s'agit d'une a.s.b.l., qui regroupe 4 types d'organisations: des producteurs indépendants d'information EBM, des organisations impliquées dans la diffusion de l'information, des organisations d'utilisateurs et des services publics responsables de la santé publique. Actuellement l'organisation s'adresse principalement aux médecins généralistes. Dans le futur on adoptera une approche plus multidisciplinaire, destinée aux autres professionnels de première ligne et aux médecins hospitaliers. Le projet se concentre principalement sur l'amélioration des soins pour le patient individuel<sup>49</sup>. L'implémentation de l'Evidence Based Medicine selon des recommandations, est une tâche importante pour les professionnels et les patients. Le couplage au DPE existe aujourd'hui déjà dans tous les logiciels via le Cebam Evidence Linker, et sera complété dans le futur par un système d'aide à la décision, appelé EBMeDS (Evidence-Based Medicine electronic Decision Support). Le Cebam Evidence Linker crée via un diagnostic codé (via ICPC et ICD) un lien au sein du DPE vers les recommandations existantes. Le système EBMeDS pour l'aide électronique à la décision vise encore plus loin et a comme objectif de fournir au bon moment (lors de la consultation) des informations relatives au patient, afin d'accompagner et d'améliorer le diagnostic et le traitement des maladies et affections, de prévenir des erreurs éventuelles, et d'aider à la mise en place de processus de soins. On réalise de plus en plus, certainement dans le cas des patients présentant une multi-morbidité, qu'il faut intégrer de l'«évidence contextuelle» dans les décisions à côté de l'«évidence médicale», pour pouvoir délivrer des soins de qualité<sup>50</sup>. Certainement lorsqu'il s'agit de patients présentant une multi-morbidité, les recommandations qui ne concernent qu'une seule pathologie, peuvent poser problème, car elles provoquent parfois des avis contradictoires. Pour ces patients on devra passer à un shift de paradigme, des soins orientés pathologie vers des soins qui respectent les objectifs du patient concernant sa qualité et quantité de vie: un shift de paradigme vers le «Goal-Oriented Care»<sup>51</sup>. Afin de le réaliser, il sera important d'investir dans l'augmentation de la «Health Literacy». Une bonne interaction entre le patient et de bons professionnels n'est possible que si le patient - bien informé - peut contribuer à la gestion de sa propre santé.

Le rapport récent de l'«Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)» qui conseille la Commission européenne «Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special Emphasis on Patient Safety»<sup>52</sup> a identifié un certain nombre de dimensions communes de qualité qui sont révélatrices pour tous les dispositifs de santé, et qui devraient bénéficier de la priorité en Europe. Les dispositifs de santé doivent être efficaces, sûrs, adéquats, axés sur la personne et le patient, efficients et équitables. Un certain nombre d'indicateurs, utiles pour quantifier ces dimensions, ont simultanément été établis.

Au Royaume-Uni, la «Joint Commission International» a procédé à l'évaluation des soins de qualité au sein du National Health Service<sup>53</sup>. Ce rapport fait apparaître que l'approche classique «com-



**mand-and-control**» ne fonctionne pas pour l'amélioration de la qualité. Le NHS a reçu le conseil d'investir dans le développement d'une **culture «d'apprentissage et d'amélioration»**, et de renforcer la capacité du personnel à contribuer à l'amélioration de la qualité. Il a également été mentionné que le NHS avait trop fait usage d'approches «top-down» et avait trop peu investi dans le soutien des dispositifs de soins et des professionnels de santé lors du déploiement de processus de changement et d'amélioration. Il y a eu notamment trop peu d'attention pour l'implication des cliniciens (médecins, personnel infirmier, ...), alors qu'ils jouent un rôle central dans le processus des soins. Il a donc été conseillé de plutôt miser sur des réformes qui font appel à la motivation intrinsèque des dispensateurs de soins, en partant de l'idée que les améliorations durables sont plutôt la conséquence d'une volonté de changement que de « la poursuite d'objectifs et standards imposés de l'extérieur».

Les systèmes de soins de santé de première ligne doivent être abordés à partir d'une perspective de «**Complex Adaptive Systems**»<sup>54</sup>. L'innovation ne se réalisera pas grâce à des modèles traditionnels de changements linéaires, basés sur un leadership «top-down». Ce qui fonctionne est la constitution de réseaux à travers lesquels les idées et les expériences de pratique peuvent être diffusées, tout en recherchant la collaboration des centres académiques et des réseaux de formation. Dans ce sens, la «Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsopleiding», avec l'ICHO comme structure opérationnelle, joue un rôle important de lien entre la pratique et les centres académiques. De cette manière, on met sur pied un «**Continuous Learning Health Care System**»<sup>42</sup> (voir annexe).

En Belgique francophone le Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes (CCFFMG) a mis en place des initiatives sur le plan de la formation continue.

Dans cette vision, on conseille de transformer le système existant de 'formation médicale continue' (appelé en Belgique "accréditation des médecins") en un cadre de 'développement professionnel continu' (DPC)<sup>55,56</sup>. On espère ainsi non seulement assurer l'actualisation de la connaissance des médecins, mais surtout améliorer leurs prestations sur le terrain et obtenir la garantie que les soins administrés aux patients soient de qualité. Il est indiqué de faire usage d'interventions éducatives pour y arriver, qui résulteront en un changement réel du comportement des médecins. Des stratégies efficaces d'éducation peuvent être définies sur base de trois caractéristiques principales: elles partent des besoins d'apprentissage individuels des médecins, consistent en des modules interactifs axés sur la pratique et stimulent l'interaction sociale entre les médecins pendant l'apprentissage<sup>57,58</sup>. Le système actuel belge d'accréditation ne répond pas à ces critères<sup>55</sup>.

Afin d'augmenter l'efficacité du parcours DPC des médecins belges et de faciliter le processus, on propose de le gérer à partir d'un DPC personnel, lié au Dossier Patient Électronique (DPE)<sup>55,56</sup>. Le plan DPC personnel constitue un point de repère pour la formation autogérée des médecins et documente automatiquement les points de crédit obtenus. Il comprend quatre volets et est lié (via un système de codification) au DPE, à eHealth et à une banque de données nationale sur la formation continue. Au sein du premier volet, le médecin documente ses besoins de professionnalisation et il y joint ses propres objectifs d'apprentissage. Cela se fait le plus possible sur base des besoins constatés de manière objective: p.ex. via des questionnaires disponibles, des audits dans le DPE, des rapports INAMI (qui sont envoyés automatiquement par eHealth dans l'agenda d'apprentissage du médecin). Le médecin peut tout aussi bien, via le thésaurus du DPE, intégrer des sujets d'apprentissage dans son agenda de formation lors de ses consultations. Le deuxième volet du plan FCP personnel permet l'accès du médecin aux outils existants de DPC et aux activités de formation, en fonction de son agenda d'apprentissage personnel (ce qui est rendu possible grâce au lien direct entre le système de codification du DPE, le plan DPC et l'agenda national de formation continue). Le troisième volet facilite l'interaction avec d'autres médecins qui ont formulé les mêmes objectifs d'apprentissage (p.ex. l'échange d'écrans de protocoles, des dépliants patients, des instruments pour l'amélioration de la gestion de la pratique, ...). Le quatrième volet du plan FCP personnel est le seul qui puisse être partagé par le médecin, p.ex. dans le cadre de l'«accréditation» du médecin. Il donne un aperçu du parcours DPC effectué et peut être utilisé pour une évaluation externe.

Des développements analogues concernant le DPC sont actuellement en construction pour les autres professions de santé. Une étape suivante importante consiste en la possibilité d'organiser des formations continues interprofessionnelles (e.a. via la discussion de cas à partir de perspectives différentes) et la possibilité de créer des **learning community** grâce à des formations à partir du lieu de travail.

En plus du développement de la qualité du professionnel individuel, l'«accréditation de pratique» constitue un instrument efficace pour renforcer la qualité au niveau micro. Le «PraktijkOndersteunend Programma POP» (Programme de soutien à la pratique) de Domus Medica, basé sur une méthodologie internationale, peut faire office d'exemple<sup>59</sup>.



## 7. INNOVATION, EXPÉRIMENTATION ET RECHERCHE SCIENTIFIQUE

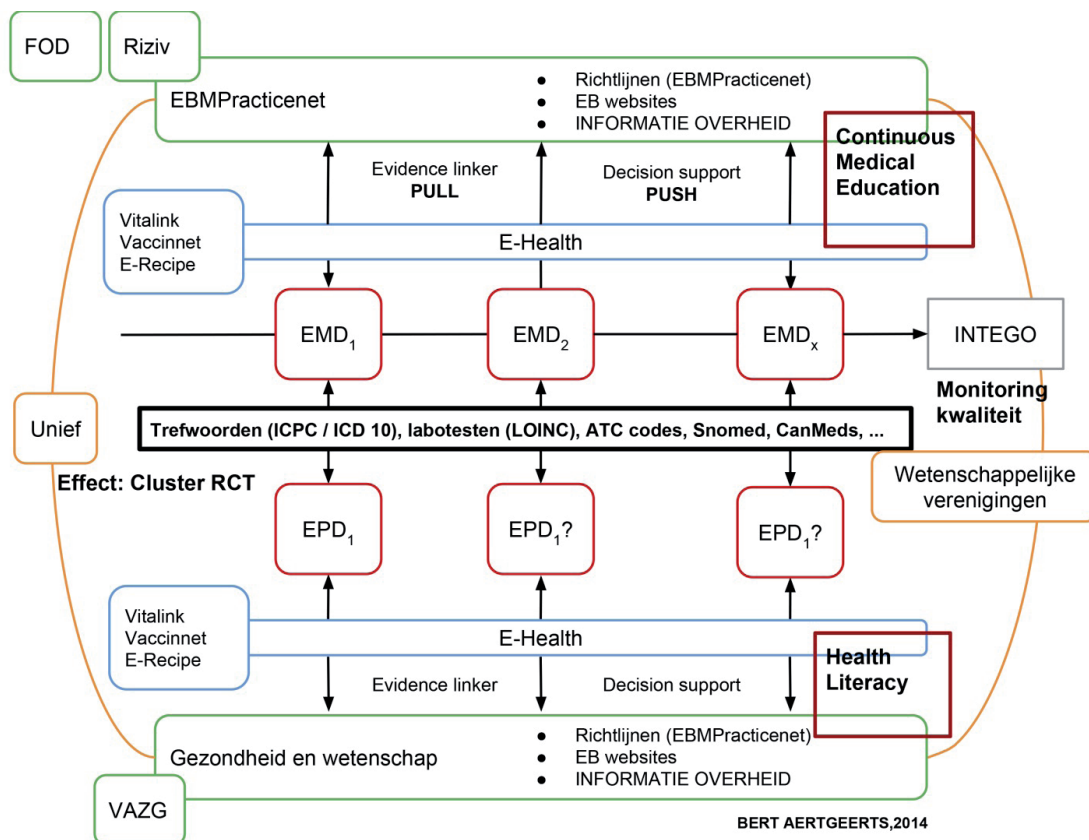
Le «Continuous Learning Health Care System» doit être en permanence alimenté par l'expérimentation, l'innovation et la recherche scientifique. Une place plus importante doit être réservée à la recherche concernant le développement et l'implémentation, de différents modèles d'organisation des soins de première ligne.

Les expérimentations peuvent faire usage de «laboratoires naturels», des pratiques qui, au fil du temps, ont opté pour de nouveaux modèles d'organisation, de financement, de participation des patients,...

Des expérimentations sont nécessaires également pour tester dans la pratique des nouveaux «**profils professionnels**», par exemple l'«advanced practice nurse», le promoteur de santé de première ligne, la «personne de soutien à la pratique», l'«assistant de pratique dans les soins de première ligne», ...

Sur le plan des technologies de l'information et de la communication, le besoin existe d'un dossier patient électronique (DPE) performant, interprofessionnel, auquel le patient a accès pour certaines parties. Les 15 logiciels actuels, «labélisés» par les autorités fédérales, ne répondent pas aux exigences d'un système de soutien d'enregistrement et décisionnel moderne, facile à l'emploi et performant.

Nous avons développé en Belgique un système unique constitué de trois niveaux, qui peut être utilisé aussi bien pour les médecins que (dans le futur) pour les patients<sup>60</sup>. Ce concept repose sur une offre importante d'évidence scientifique, fournie par les sociétés scientifiques, sur le maintien de l'accessibilité via e-Health grâce à une stratégie 'pull' (Evidence-linker) et 'push' (Decision support) et sur l'homologation des logiciels qui peuvent communiquer avec ce système (voir figure 2).



Un logiciel performant doit être capable de fournir des données pertinentes codées et anonymisées, qui pourront être utilisées pour la gestion, dans le cadre des soins de qualité, de l'analyse épidémiologique, de la détection de problèmes locaux pertinents de santé et de bien-être. L'intégration d'informations sur le bien-être et la santé en provenance du DPE constitue une étape importante.

Vu l'importance croissante de la multi-morbidité, il faudra, en tenant compte du vieillissement de la population, porter l'attention sur l'enregistrement du fonctionnement du patient en prenant en considération des systèmes basés sur les concepts développés dans l'«International Classification of Function» (ICF)<sup>61</sup>.

Finalement, le DPE doit être consultable à d'autres niveaux de dispensation des soins (poste de garde de médecine générale, service d'urgence des hôpitaux, autres services hospitaliers, ...). La première ligne participera de plus en plus, entre autres via le DPE, à la collecte d'informations et aux processus décisionnels, liés au patient, au sein des hôpitaux.

Les développements au sein de la première ligne sont soutenus par les «réseaux académiques des sciences de la santé», qui évaluent scientifiquement et étayent les développements à partir des structures universitaires.

Lors de la conférence sur la première ligne le sous-groupe de travail «Recherche» a évalué l'état actuel de la recherche scientifique concernant la première ligne en Flandre.

Le groupe de travail plaide en faveur d'un programme stimulant à grande échelle la recherche et le développement de la première ligne, sur base d'un plan stratégique à dix ans, à définir en concertation. Sans vouloir porter préjudice au grand besoin de développements scientifiques au sein des différentes disciplines, une priorité absolue doit être donnée à la recherche interdisciplinaire, portée par une collaboration intégrée entre les différentes disciplines de première ligne et des économistes de la santé, des anthropologues, ... Il semble opportun que les plateformes de recherche existantes (p.ex. le «Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin» de la Communauté flamande, ...) et les départements interuniversitaires actifs en matière de soins de première ligne, prennent l'initiative pour la définition d'un plan à dix ans suffisamment financé pour la recherche scientifique.

Une telle initiative doit pouvoir fournir l'étalement pour l'amélioration continue de la qualité des soins, mais également pour l'organisation des soins, la formation des professionnels et la préparation de la politique de gestion à différents niveaux. Cela pourrait probablement constituer un levier pour stimuler et soutenir l'évolution au sein de la première ligne.

## 8. FORMATION, ENSEIGNEMENT ET RESSOURCES HUMAINES

La Flandre possède un master complémentaire très performant mais sous-financé en médecine générale. La formation pour les autres professionnels s'oriente de plus en plus vers la première ligne (prestataires de soins infirmiers, sages-femmes, acteurs sociaux, diététiciens, psychologues, ...)

En ce qui concerne la formation en médecine générale, la formation interuniversitaire flamande ([www.icho.be](http://www.icho.be)) a obtenu une évaluation positive dans le cadre de la visitation de l'enseignement 2013-2014: «La commission de visitation a estimé que la formation en médecine générale est exemplaire pour l'Europe suite à son choix pour une structure de master complémentaire et donc pour le haut niveau scientifique de cette formation»<sup>62</sup>. Le modèle de soins de première ligne développé dans cette note implique que la formation en médecine générale doit encore plus se concentrer sur «**l'apprentissage interprofessionnel sur le lieu de travail**»<sup>63</sup>. Le cadre de réflexion à partir de la première ligne doit être pérennisé dans la formation des médecins généralistes, du personnel infirmier et des kinésithérapeutes, et l'enseignement doit encore plus ancrer l'apprentissage sur le lieu de travail. La formation devra également préparer le médecin généraliste au changement du focus, de sa propre pratique vers une zone de première ligne plus large. Cela présuppose le développement de compétences en matière de collaboration et de leadership.

Globalement, il n'est pas question de pénurie de médecins généralistes en Flandre, bien que certaines régions méritent une certaine attention (voir aussi 3.3.). Un médecin généraliste moyen traite environ 1200 patients, ce qui est beaucoup moins que p.ex. aux Pays-Bas ou au Royaume Uni. Les médecins généralistes flamands consacrent cependant jusqu'à 30% de leur temps à des activités qui peuvent tout aussi bien (ou mieux?) être exercées par d'autres professionnels (prendre le téléphone, organiser les heures, réaliser certaines répétitives, ...). Investir dans d'autres disciplines est donc un «must»: la formation du médecin généraliste dure en effet 9 ans, celle d'une infirmière 3, d'un baccalauréat en soins de première ligne 4 et celle d'un assistant de pratique 1,5.

L'Accord de gouvernement fédéral mentionne «qu'en concertation avec les entités fédérées on investira dans l'amélioration de l'encadrement des stages et du soutien des maîtres de stage dans la formation de base des professions de la santé»<sup>10</sup>. L'accord de gouvernement fédéral plaide également en faveur de «la mise en place d'un statut social adapté pour les médecins généralistes et spécialistes en formation». Il sera important de mettre en pratique ces objectifs, avec un financement en conséquence.

On devra, dans toutes les formations de professionnels de la santé, consacrer l'attention nécessaire à la **formation interprofessionnelle**. Cette formation doit envisager que les étudiants puissent apprendre comment les différents professionnels peuvent analyser ensemble et trouver des solutions à la complexité d'un cas patient. Les compétences bio-psycho-sociales s'avèrent importantes du point de vue des différents professionnels, des visions concernant les moments de référence désirés, de l'(in)compatibilité des différentes recommandations professionnelles, des stratégies de communication souhaitables et de la culture d'une approche qualité. Cette formation interprofessionnelle mérite une place **aussi bien lors des formations de baccalauréat que de master, mais également et certainement dans la formation continue**. L'apprentissage interprofessionnel sur le lieu de travail semble constituer à cet égard un modèle prometteur<sup>63</sup>.

Afin de rendre possible la formation et la reconnaissance de nouvelles professions de la santé, il est essentiel que, comme stipulé dans l'Accord de gouvernement fédéral, **l'A.R. 78** soit revu de manière approfondie. Vu les différents développements dans les entités fédérées, on doit prévoir la possibilité de créer des nouvelles professions de santé de manière «**asymétrique**». Il est néanmoins important que ces nouvelles professions de santé s'alignent sur les «développements européens».

Finalement, il sera important de considérer les soins pour les prestataires eux-mêmes. On constate en effet de plus en plus que les professionnels sont victimes de burnout, et que certains ont quitté la

profession. La recherche et la pratique montrent que la santé et le bien-être du médecin et des autres professionnels sont des indicateurs de qualité du système de soins de santé d'un pays.

En Belgique, nous ne connaissons pas l'état de santé des professionnels. Le rapport KCE de 2011, traitant du burnout chez les médecins généralistes<sup>64</sup>, tente d'attirer l'attention sur l'auto-traitement du médecin et formule à ce sujet 14 recommandations. Cet ensemble d'actions contient des propositions qui devraient alléger la charge des tâches du médecin (généraliste), comme par exemple:

- l'adaptation de la nomenclature pour le suivi de cas complexes et lourds
- le soutien à la charge administrative et à la gestion des attestations
- le soutien aux développements récents: la mise en place de postes de garde, la stimulation des pratiques de groupe, ...
- la sensibilisation des patients pour formuler des attentes plus réalistes.

La médecine qui évolue de manière très technique et commerciale est présentée comme un produit commercial pour une santé perpétuelle. D'autre part nous savons que notre système de soins de santé ne peut plus supporter ces attentes illimitées. Cela signifie que les médecins généralistes et les autres professionnels devront opter pour ce qui a vraiment de l'importance, devront pouvoir dire 'non' et expliquer le pourquoi au patient.

On devra accorder beaucoup d'importance à la création d'un site web et d'une permanence téléphonique pour les "médecins en détresse". Ceci a été récemment mis en place à l'initiative de l'Ordre des médecins. Il est important de rassembler les initiatives existantes. Doctors4Doctors est une initiative qui permet aux médecins de fournir de l'assistance sur mesure aux collègues en détresse ([www.doctors4doctors.be](http://www.doctors4doctors.be))<sup>65</sup>. Toutes ces initiatives devraient être ouvertes à tous les professionnels.

## 9. LE RÔLE DU CITOYEN/PATIENT

Les organisations de santé innovatrices et performantes se caractérisent par une forte attention pour les «besoins, questions et préférences» des patients. À chaque étape du processus, la condition pour arriver à des soins de qualité est de prendre comme point de départ la perspective patient. D'une étude résumant les changements fondamentaux des modèles de soins, le renforcement du rôle des patients et des usagers est apparu comme une des stratégies essentielles pour réaliser l'innovation<sup>31</sup>. Cela présuppose qu'aussi bien lors du «design» que de la «production» des soins, les patients et les dispensateurs de soins collaborent de manière intense. Le soutien à la prise en charge personnelle et aux soins complémentaires s'avère essentiel.

Un défi important est de savoir comment concilier la «liberté de choix du patient», élément essentiel dû au fait que le patient lui-même prend en charge la gestion de sa propre santé, avec le travail d'équipes fixes, dont on sait qu'elles améliorent la qualité des soins<sup>4</sup>. La solution probable réside dans le fait que le patient fait un choix au niveau de l'«équipe» en fonction de la «valeur» globale du «dispositif de soins de première ligne», telle qu'il la perçoit. Le patient «choisit» de cette façon, via l'inscription à une pratique de médecine générale, l'équipe entière du dispositif de première ligne. Cette situation est comparable au choix d'un «service» au sein d'un hôpital: là également, le patient «choisit» un médecin, ou une équipe de médecins, et ce choix implique que le patient sera traité par un groupe défini d'infirmières, par une diététicienne particulière, un ergothérapeute, .... Le choix présente également une dimension plus large dans le temps: il ne s'agit pas de ce que l'équipe peut offrir lors d'un épisode limité, mais de l'ensemble des soins dispensés par l'équipe (prévention, promotion de la santé, soins curatifs, soins palliatifs, réhabilitation, ...). La communication ouverte de l'équipe avec le patient et entre les membres de l'équipe créera l'espace au sein duquel le patient prend en charge la gestion de ses soins. Le modèle dans lequel chaque patient, pour chaque problème, compose une «équipe spécifique» de professionnels individuels, ne peut pas être concilié avec les exigences concernant la qualité, la continuité et l'intégration, qui sont actuellement demandées au système de soins.

En ce qui concerne l'interaction avec l'équipe, le concept «**Shared Decision Making**» est important. 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 l'évidence scientifique des interventions.

Il existe des expériences positives avec la «**Patient Activation Measure**», qui aide les intervenants à mieux comprendre la motivation des différentes personnes. Les résultats de ces évaluations peuvent être utilisés pour donner un soutien adapté, ce qui doit mener à une utilisation plus adéquate des services qui aidera à réduire ainsi les inégalités dans la dispensation des soins<sup>66</sup>.

Les technologies de l'information et de la communication peuvent contribuer de manière importante au renforcement de la position des patients dans le système des soins de santé. Des systèmes de soins intégrés comme «Kaiser Permanente» et «Group Health» ont investi dans des systèmes informatiques, qui permettent aux patients de consulter en ligne leur propre dossier et leurs résultats de tests, de demander des prescriptions de renouvellement, de fixer des rendez-vous, d'envoyer des courriels aux dispensateurs de soins et de même d'encoder certaines de leurs données de santé à domicile. Cela ne remplacera évidemment jamais l'interaction face-to-face, mais celle-ci pourra alors être consacrée aux échanges concernant des questions plus complexes avec le patient et son entourage.

Afin d'accorder au citoyen/patient une voix plus forte dans le développement et la politique des soins, des investissements dans le renforcement des **organisations indépendantes de patients** s'avèreront nécessaires. La «Vlaams Patiëntenplatform» (en Wallonie: la LUSS) peut jouer un rôle central. Au sein du «conseil de zone de première ligne», la voix des citoyens/patients et de leurs organisations, a une part importante dans la définition de la politique des soins au niveau méso.



Il est en outre important que les autorités investissent dans l'information objective et non-commerciale (càd non-sponsorisée) du patient. Beaucoup de patients font des recherches sur internet suite à un problème de santé personnel. Cela pourrait améliorer l'interaction avec le professionnel si l'information est correcte et de préférence basée sur l'évidence scientifique. Malheureusement l'information trouvée sur l'internet est en général incomplète, pas actualisée ou carrément erronée. La majorité est en plus financée directement, entre autres par l'industrie pharmaceutique. C'est pourquoi il existe un besoin d'information objective et validée.

Des initiatives comme 'Gezondheidswetenschap.be' et 'Mongeneraliste.be' sont nécessaires à l'empowerment du patient et à une bonne interaction entre le patient et le professionnel.

## 10. BRUXELLES: DÉFI ET OPPORTUNITÉ

«Une solution pour les soins de santé en Belgique qui ne contient pas de solution pour Bruxelles, n'est PAS une solution!» Voilà un adage souvent entendu dans les débats concernant la politique de santé. La situation à Bruxelles est caractérisée comme suit:

- Un degré important de pauvreté: la majorité des indices de pauvreté se trouvent dans le "rouge", et certains continuent à se dégrader: 20,5% de la population active de la région bruxelloise est à la recherche d'un emploi. La tranche de population qui survit grâce à un revenu d'intégration du CPAS est 3 fois plus importante que dans l'ensemble du pays. Un Bruxellois sur 3 vit sous le seuil de pauvreté<sup>19</sup>.
- La croissance de la population continue à évoluer: on estime à 35% l'augmentation du nombre d'habitants pour la période 2010-2060.
- L'aspect multiculturel est important, et demande un accompagnement spécifique en ce qui concerne la langue et l'approche ethnique.
- Une concentration de groupes marginaux, dans des situations très fragiles, qui souvent (de jure ou de facto) ne font pas partie du système de sécurité sociale: des sans-papiers (on estime leur nombre total en Belgique à 100-150.000, dont la moitié habite Bruxelles), des demandeurs d'asile, des sans-abris (estimés à 2-3.000), des patients toxicomanes, beaucoup de ceux-là souvent à double diagnostic. L'accompagnement de ces patients précarisés est très lourd, demande une approche spécifique (outreach, Housing First, intervention d'ONG comme Médecins du Monde), et provoque une affluence importante de problèmes sociaux dans certains hôpitaux publics.
- L'existence d'un gradient social de santé important entre les riches et les pauvres, entre les personnes avec une formation poussée et ceux à faible formation. Ces différences ont à voir avec l'expérience de problèmes de santé, de santé mentale, d'obésité, de diabète, ... L'espérance de vie dans les communes plus prospères est de trois ans supérieure à celle dans les communes pauvres. Les différences sont visibles dès le très jeune âge. La mortalité infantile est en plus liée au statut des parents. Ceci vaut également pour le poids à la naissance, le taux de vaccination et le développement physique et psychomoteur. Un tiers des enfants à Bruxelles grandit dans un foyer sans revenu de travail. C'est deux fois plus que la moyenne nationale.
- Un phénomène de saturation qui s'est installé dans les services de première ligne qui accueillent cette population: 86% se trouvent dans des communes où l'indice des revenus se trouve en dessous de la moyenne belge, avec comme conséquence que les organisations touchant au «Social-Santé» parviennent de moins en moins à répondre aux besoins de ces tranches de population.
- L'utilisation inadéquate des dispositifs de soins: les personnes en situation précarisée ont moins tendance à consulter un médecin, et cela vaut pour le médecin généraliste comme pour le spécialiste. Souvent ces personnes mentionnent ne pas avoir de médecin de famille de référence, elles ne font pas usage de la première ligne de soins mais plutôt des hôpitaux, et plus particulièrement des services d'urgence. Ces personnes reportent souvent le recours aux soins pour des raisons financières, reportent les interventions préventives et les dépistages, ce qui finalement conduit à des coûts supplémentaires (plus d'un quart des ménages bruxellois et presque 40% des ménages à revenu faible déclare avoir dû reporter ou annuler le recours aux soins, et ce phénomène augmente chez les jeunes et les familles monoparentales).

- D'autre part Bruxelles compte un grand nombre d'étrangers avec une formation supérieure.

L'organisation des soins pour la population de Bruxelles et de sa périphérie - à peu près 1,5 millions des habitants de notre pays - demeure actuellement chaotique et inadéquate, aussi bien en ce qui concerne les soins de santé que pour le bien-être.

Les policliniques et les hôpitaux continuent à développer leur offre spécialiste. Cela conduit à plus de consultations et d'exams techniques au sein des dispositifs de seconde et troisième ligne, sans aucune intégration dans la dispensation globale des soins au patient. Le nombre d'exams inadéquats donne le vertige. Les outcomes pour des indices de santé importants (mortalité périnatale, poids à la naissance,...) sont très problématiques.

Les dispositifs de soins de santé ne sont pas développés de manière suffisante, ce qui conduit à un manque de concertation et de délégation de tâches entre la première ligne et les soins spécialisés. Bruxelles souffre clairement d'un excès d'offres de soins hospitaliers.

Le manque de coordination est encore accentué par le phénomène des 19 communes, chacune avec leur propre politique de CPAS, et ce sont surtout les groupes les plus fragilisés (sans-abris, sans-papiers, ...) qui en sont les victimes. Des initiatives louables comme «Médecins du Monde», ont une fonction de signal importante, mais n'apportent pas de solution structurelle au problème<sup>19</sup>.

Le Conseil flamand de la santé a suggéré en 2006 deux solutions possibles<sup>67</sup>: selon une première formule, les habitants de la Région Bruxelles Capitale seraient invités à choisir leur appartenance à une des deux Communautés (flamande ou française). Une fois ce choix établi, chaque citoyen aurait accès au système de soins de santé sur base des principes selon lesquels la santé est organisée au sein de la communauté pour laquelle il a opté. Le financement des soins de santé dont il bénéficie, se réalise également selon les modalités telles qu'elles sont établies au sein de la communauté pour laquelle il a opté. Comme ceci n'est pas réalisable sur le plan pratique mais également parce qu'une telle solution serait en contradiction avec les principes d'égalité, de solidarité et d'équité, cette option n'est plus d'actualité aujourd'hui. Bruxelles n'est pas la somme de deux communautés (les communautés «flamande» et «française» ne constituent ensemble que la moitié de la population) mais en compte des dizaines, et parlant plusieurs langues. Il est donc certainement plus réaliste aujourd'hui de développer une politique de santé au sein de la Région de Bruxelles-Capitale qui répond à sa situation spécifique, un centre international et une ville multiculturelle. Concrètement la santé est définie comme une matière régionale, pour laquelle la Région de Bruxelles Capitale est compétente.

La politique de santé et du bien-être pour la Région de Bruxelles Capitale devient alors une compétence coordonnée, à partir de laquelle un plan global peut être développé et qui prend en charge les problèmes généraux et spécifiques de ses habitants. De cette manière les procédures compliquées de concertation - qui impliquent la Commission de la communauté flamande, la Commission de la communauté française et la Commission communautaire commune - n'ont plus de raison d'être et sont remplacées par une seule structure au niveau de la Région, p.ex. un OIP (Organisme d'Intérêt Public). Il semble opportun de définir plusieurs «zones de première ligne» au sein de la région, qui ne se chevauchent pas et qui couvrent l'entièreté du territoire.

Le défi majeur pour Bruxelles est d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Cela consistera en un glissement des recours aux «urgences» des hôpitaux vers des centres interprofessionnels de première ligne, chacun responsable pour 3.000 à 5.000 citoyens/patients qui s'inscriront auprès de ces centres de première ligne. Vu le problème de la viabilité financière des infrastructures, la région doit mener une politique où les autorités s'engagent à mettre à la disposition des pratiques de médecine générale et des dispositifs de première ligne une offre d'infrastructure adéquate, bien implantée et géographiquement bien déployée. Il s'agit autrement dit de la programmation nécessaire de l'offre, pour qu'elle réponde de façon optimale aux besoins et aux demandes de prise en charge. Pour la

Région de Bruxelles-Capitale, 250 à 300 de ces dispositifs sont nécessaires. Le projet devra bien sûr engager un nombre considérable de forces de travail pour pouvoir desservir cette première ligne de soins importante. Le passé nous a montré que des incitants supplémentaires seront nécessaires pour encourager le travail dans cet environnement qui constitue un vrai défi.

L'organisation des soins de santé se déroule conformément à ce qui a été décrit dans les chapitres 3 et 4 de cette note. Une réduction drastique du nombre de lits d'hôpitaux devra donc avoir lieu et les polycliniques spécialisées ne seront donc plus directement accessibles pour le patient; il faudra repenser leur fonction. Question pertinente: un certain nombre de forces de travail spécialisées seront peut-être amenées à se réorienter vers la fonction de professionnels de première ligne compétents et performants. Dans cette optique également, une rémunération adaptée s'imposera.

Au sein de l'offre hospitalière il faudra définir clairement quelles unités fonctionnelles jouent un rôle dans le cadre des réseaux cliniques régionaux et supra-régionaux, et quelles entités remplissent la fonction d'«hôpital universitaire» (il peut p.ex. s'agir d'une partie de campus).

Les défis à Bruxelles sont grands mais présentent des possibilités pour des expérimentations innovateurs dans un large contexte international et multiculturel.



## 11. DOMAINES CHARNIÈRES ET CONCLUSION

### 11.1. Domaines charnières: quel démarrage opérationnel?

Le chapitre 6 a décrit comment nous devons envisager les soins de santé comme un "Système Complexe Adaptatif", qui s'auto-adapte via des innovations intelligentes dans des domaines partiels et dans la totalité de son offre de soins. Dans ce chapitre de conclusion, nous voudrions définir quelques lignes de force à travers lesquelles pourraient se dérouler les innovations proposées dans le courant des deux prochaines années.

1. Démarrer immédiatement l'implémentation des zones de soins de première ligne (60 à 70 en Flandre, 100 à 110 en Belgique) et opérationnaliser les structures de soutien au niveau méso, en premier lieu pour les soins chroniques et les soins urgents (avec un réseau de postes de garde comme point de départ);
  - définir un large cadre de tâches pour ce niveau méso, avec intégration de ses fonctions et de son financement en ce qui concerne la Concertation Multidisciplinaire, le Réseau Local Multidisciplinaire pour le soutien aux soins chroniques et la coordination des fonctions d'accueil aigus de la région (coordination du médecin généraliste, des soins infirmiers à domicile, des pharmacies et de la santé mentale);
  - intégrer les budgets actuels des coordinateurs et promoteurs de santé pour mettre en place une équipe de soutien plus large et plus diversifiée par zone de première ligne;
  - faire descendre les tâches actuelles des «GDT/SEL» (comparables aux SISD) vers le niveau de soutien plus restreint mais plus diversifié de la zone de première ligne, et définir les tâches du Conseil de Première ligne, dont la proximité est plus grande.
2. Au sein de la zone de première ligne (niveau méso) faire démarrer des dispositifs multidisciplinaires locaux de soins de première ligne, en partant de la définition, sous forme d'un «texte cadre», d'«accords de collaboration reconnus». Une initiative récente des autorités flamandes (projet de BVR (Besluit Vlaamse Regering = Décision du Gouvernement Flamand)) répond tout à fait à cette ligne de conduite: la mise en place de dispositifs de soins de santé de première ligne avec un minimum de disciplines participantes - sous un même toit ou non - avec description d'un "service level agreement", et utilisation - croissante - d'un DPE commun.
3. Petit à petit, des initiatives au niveau micro viendront compléter le paysage:
  - chaque médecin généraliste reçoit une assistance de pratique IMPULSEO avec une définition spécifique des tâches et une formation adaptée (voir l'initiative "Assistants de pratique dans les soins de santé de première ligne"); dans une phase ultérieure on pourrait élargir l'assistance de pratique IMPULSEO vers d'autres disciplines de première ligne;
  - la nouvelle fonction d'infirmière de pratique, à qui les pratiques de première ligne peuvent faire appel (voir initiative ASSISTEO) est développée, ainsi que les possibilités de personne de contact avec les pratiques locales de soins infirmiers à domicile;
  - la **nouvelle fonction de psychologue de première ligne** est développée, et le remboursement de la consultation psychologique en concertation avec la pratique de médecine générale où le patient est inscrit, est réalisé;
  - des accords contractuels standardisés sont établis dans le cadre du dispositif de soins de première ligne avec plusieurs disciplines impliquées dans les fonctions clé des soins de première ligne: p.ex. (à intégrer dans le DPE)

- travail en réseau avec des pharmaciens locaux «fixes» et des dossiers patients pharmaceutiques
  - accords avec les disciplines clés: (pratique de) kinésithérapie, diététique, logopédie, ergothérapie, sages-femmes
  - modules de collaboration avec les acteurs sociaux
- Le DMI (Dossier Médical Informatisé) actuel du médecin généraliste devient la base du DPE (Dossier Patient Electronique), avec accès pour le patient, jusqu'à un apport actif par le patient dans certaines rubriques de son DPE.
4. La réorganisation des soins chroniques est une vaste entreprise, qui concerne 120 affections chroniques et nécessite 70% du budget des soins de santé. La réorganisation doit être testée à l'aide d'expérimentations spécifiques. Des soins innovants doivent être implémentés le plus largement possible. La prise en charge du diabète de type II peut être le point de départ pour entamer ce processus. Il faut dans ce cadre surtout mettre l'accent sur la mise sur pied et l'évaluation de nouvelles stratégies qui pourraient également être appliquées dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques. À court terme, la perspective doit être élargie vers la prise en charge de la multi-morbidité et le shift du paradigme de soins «orientés pathologie» vers des soins orientés vers la réalisation des objectifs du patient<sup>17</sup>.

On peut envisager plus particulièrement la mise en route d'innovations dans des domaines importants tels que:

- l'inventaire et la documentation de la population des malades chroniques par zone de première ligne, par dispositif de première ligne et par pratique de première ligne;
  - un financement ciblé en labélisant totalement ou partiellement le budget annuel octroyé à la pratique, pour qu'il ne puisse être utilisé que pour engager des collaborateurs multidisciplinaires au niveau de la pratique (par ex., des infirmières de pratique pour soins chroniques), ou au niveau de la zone de première ligne, financer un soutien par exemple sous forme de sessions d'éducatives en groupe ou des accompagnements en diététique.
5. Démarrer le développement par étapes des modèles de financement proposés (voir 4.5.) ainsi que les mesures parallèles (inscription, échelonnement).
6. Synchroniser ces premières étapes avec les développements au sein des hôpitaux<sup>5,7</sup>.

## 11.2. Conclusion.

«Together we change»: le développement d'une première ligne de soins forte est nécessaire pour faire face aux défis qui attendent la société. Dans ce rapport, nous avons voulu plaider en faveur du développement des soins de première ligne comme base du système de soins. Nous optons pour un certain nombre d'éléments qui mèneront à des soins de santé de première ligne accessibles, de qualité et performants. C'est la base pour un système de soins de santé durable.





## SAMENVATTING

“Together we change” gaat uit van een eerstelijnszorg gebaseerd op “eerstelijnszones”, die een geografisch aaneengesloten gebied van 75.000 tot 125.000 inwoners omvatten. Deze eerstelijnszones beschikken over een (theoretisch) budget, dat gebaseerd is op het door de noden van de lokale bevolking gemotiveerde deel van het federale BFM1 (Budget Financiële Middelen Eerstelijnszorg).

De eerstelijnszone, het mesoniveau, is verantwoordelijk voor de coördinatie van het aanbod op de eerste lijn en voor een vlotte samenwerking met de ambulante tweedelijnszorg en de regionale en supra-regionale klinische ziekenhuis-netwerken. Binnen de eerstelijnszones zijn verschillende praktijkvormen op het vlak van gezondheid- en welzijnzorg actief, die zich echter via netwerkvorming als een geïntegreerde eerstelijnszorgvoorziening aanbieden aan de bevolking. De bevolking kan vrij kiezen om zich tot een bepaalde eerstelijnszorgvoorziening te richten (vrije keuze voor een globaal pakket van zorgaanbod), en verbindt zich hiermee structureel, door in te schrijven in een huisartspraktijk, die binnen deze eerstelijnszorgvoorziening actief is. De inschrijving in de huisartspraktijk leidt tot zorg zonder persoonlijke bijdrage in de huisartspraktijk. Er zijn soepele procedures om van huisartspraktijk te veranderen.

Op het niveau van de eerstelijnszone worden ook een aantal continuïteitsfuncties georganiseerd en een specifiek aanbod ontwikkeld waarvan de schaal het microniveau overstijgt (b.v. palliatieve thuiszorg,...). Bijzondere aandacht wordt besteed aan dwarsverbinding met de geestelijke gezondheidszorg via de eerstelijnspsycholoog, die een samenwerkingsrelatie heeft met één of meerdere huisartspraktijken en met de welzijnssector (CAW, OCMW, diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten,...).

Participatie van de patiënt in het zorgontwikkelingsproces is essentieel en burgers/patiënten, aanbieders, verzekeringsinstellingen zijn vertegenwoordigd in de «Eerstelijnszone-Raad».

De performantie van de eerstelijnszone wordt geëvalueerd en performante zones, kunnen rekenen op extra-middelen, waardoor ruimte voor innovatie, experiment en onderzoek ontstaat.



## RÉSUMÉ

«Together we change» a comme point de départ des soins de santé de première ligne basés sur des «zones de première ligne», organisées en territoires géographiques circonscrits de 75.000 à 125.000 habitants. Ces zones de première ligne disposent d'un budget (théorique), partie du BMF1 fédéral (Budget Moyens Financiers des Soins de première ligne) proportionnellement aux besoins de la population locale.

La zone de première ligne, le niveau méso, 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. Au sein des zones de première ligne, différentes formes de pratiques sur le plan de la santé et du bien-être sont actives, qui se présentent néanmoins sous forme de dispositif intégré de soins de première ligne à la population, grâce à la formation de réseaux. La population a le libre choix de s'adresser à un dispositif quelconque de première ligne (libre choix d'un ensemble d'offres de soins), et s'engage avec lui de manière structurée, en s'inscrivant à une pratique de médecine générale, active au sein de ce dispositif de soins de première ligne. L'inscription à une pratique de médecine générale donne lieu à la dispensation de soins sans ticket modérateur au sein de celle-ci. Des procédures souples sont prévues pour changer de pratique de médecine générale.

Au niveau de la zone de première ligne, on prévoit l'organisation d'un certain nombre de fonctions de continuité ainsi que le développement d'une offre spécifique, dont l'échelle dépasse le niveau micro (p.ex. soins palliatifs à domicile, ...). Une attention particulière est portée sur la connexion transversale avec les soins de santé mentale, via le psychologue de première ligne, qui est rattaché à une ou plusieurs pratiques de médecine générale et au secteur du bien-être (CAW, CPAS, services sociaux des mutuelles, ...).

La participation du patient aux processus de dispensation des soins est essentielle; les citoyens/patients, les dispensateurs de soins et les organismes assureurs sont représentés au sein des «Conseils des Zones de première ligne».

La performance de la zone de première ligne est évaluée, et les zones performantes peuvent compter sur des moyens supplémentaires, créant de l'espace pour l'innovation, l'expérimentation et la recherche.



## SUMMARY

“Together we change” starts from a geographic primary care organization, based on ‘areas of primary care’ serving for a population of 75 000 till 125 000 inhabitants. The (geographic) areas of primary care dispose of a (theoretical) budget in proportion to the health needs of the served population, assessed by the expenses of the current federal financial support for primary care.

The area of primary care is the meso level, and responsible for the coordination and supply of health care at the primary care level. In addition this level creates a fluent collaboration with outpatient services at the secondary care level, and the hospital network at regional and supra regional level. Within areas of primary care a variety of services, oriented to health and well-being, are active as a network of integrated primary care facilities for the population. People are free to contact the primary care service of their personal choice: free choice for a total package of care supply. A registration at a fixed family practice results in a structural connection within the network of primary care facilities. The registration in a family practice guarantees a primary care service without a personal financial contribution. Changing the registration to another family practice runs through co-operative procedures.

In all the areas of primary care specialized services are offered, exceeding the scale of the micro-level (for example: palliative care and home care). Specific attention is employed for interactions with mental health facilities through a primary care clinical psychologist, working in close collaboration with one or more family practices and welfare services.

Patient participation is crucial during the process of care development. The members of a ‘Primary Care Council’ has to be representative for the patients, civilians, care providers, and insurance institutions.

There is a permanent evaluation of the performance in the areas of primary care. Areas with the highest assessment outcome are selected for extra means, creating opportunities for innovation, research and experiments.



## ANNEXES

Tableau 1: Variables utilisées dans la formule pour les besoins de soins de première ligne

Hommes de 0 à 1 ans	Veuve
Hommes de 1 (inclus) à 5 ans (non inclus)	Omnio
Hommes de 5 à 10 ans	Indépendant
Hommes de 10 à 15 ans	Décédé
Hommes de 15 à 20 ans	Inaptitude primaire au travail arbeidsongeslacht
Hommes de 20 à 25 ans	Invalide
Hommes de 25 à 30 ans	Urbanisation
Hommes de 30 à 35 ans	Offre médicale
Hommes de 35 à 40 ans	Droit subsides handicap
Hommes de 40 à 45 ans	Revenu garanti /Revenu d'intégration/soutien CPAS
Hommes de 45 à 50 ans	Allocation familiale
Hommes de 50 à 55 ans	Forfait infirmier B (excepté droit au forfait C)
Hommes de 55 à 60 ans	Forfait infirmier C
Hommes de 60 à 65 ans	Personnes avec handicap
Hommes de 65 à 70 ans	Allocation aide 3e personne (invalidité/inaptitude au travail)
Hommes de 70 à 75 ans	Allocation personnes âgées
Hommes de 75 à 80 ans	Allocation aide 3e personne (handicap)
Hommes de 80 à 85 ans	Affections cardiovasculaires (général)
Hommes de 85 à 90 ans	Affections cardiovasculaires (spécifiques)
Hommes de plus de 90 ans	BPCO
Femmes de 0 à 1 ans	Asthme
Femmes de 1 (inclus) tot 5 ans (non inclus)	Mucoviscidose
Femmes de 5 à 10 ans	Affections cardiovasculaires et diabète
Femmes de 10 à 15 ans	Diabète insulino-dépendant
Femmes de 15 à 20 ans	Affections pancréas exocrine
Femmes de 20 à 25 ans	Psoriasis
Femmes de 25 à 30 ans	Maladie de Crohn, Arthrite Rheumatoïde, Colite ulcéreuse
Femmes de 30 à 35 ans	Psychose <70 ans
Femmes de 35 à 40 ans	Psychose >70 ans
Femmes de 40 à 45 ans	Parkinson
Femmes de 45 à 50 ans	Epilepsie
Femmes de 50 à 55 ans	VIH
Femmes de 55 à 60 ans	Hépatite B et C
Femmes de 60 à 65 ans	Sclérose Multiple
Femmes de 65 à 70 ans	Immunosuppression dans le cas de transplantations
Femmes de 70 à 75 ans	Alzheimer
Femmes de 75 à 80 ans	Affections thyroïdienne
Femmes de 80 à 85 ans	Thrombose
Femmes de 85 à 90 ans	Troubles de la coagulation
Femmes de 90 à 95 ans	
Femmes de plus de 95 ans	



### **Commentaires au tableau.**

Ce tableau avec les variables a été rédigé lors de la mise en place des dispositions de la loi du 14.07.1994, concernant la responsabilité financière des mutuelles. Un modèle a été élaboré, sur base duquel on pouvait contrôler si certaines mutuelles, comparées aux autres, avaient dépensé relativement plus que ce qui pouvait être expliqué par la lourdeur des soins de ses membres, dans le but, pour une partie des dépenses des mutuelles, de demander un remboursement des dépenses «excédentaires».

Le modèle est donc surtout conçu pour créer un aperçu des patients pour qui de lourdes dépenses doivent être envisagées. C'est pourquoi on retrouve dans le tableau des affections parfois assez rares mais qui, par individu, exigent de grosses dépenses.

A côté des indicateurs classiques (âge et sexe), sont repris des indicateurs sociaux (revenu) et fonctionnels (handicap, état fonctionnel).

L'information sur la morbidité est rassemblée indirectement à partir des médicaments utilisés. Cela comporte des restrictions, car si on ne prescrit p.ex. pas d'inhibiteurs de la cholinestérase pour un patient souffrant de démence (pas suffisamment d'évidence scientifique de l'efficacité), le patient ne sera pas accepté par le système comme patient dément. Sur le plan de la santé mentale également certains patients dépressifs qui ne prennent pas d'antidépresseurs p.ex. ne sont pas repris. On examine actuellement si grâce à un couplage des DPM (Données Psychiatriques Minimales), les DCM (Données Cliniques Minimales) et les DIM (Données Infirmières Minimales), le modèle ne pourrait pas être rendu plus performant.

Des éléments importants qui conditionnent également la lourdeur des soins, p.ex. s'exprimer dans une autre langue, ne sont pas non plus (pas encore) repris dans le modèle. Ceci devrait être possible dans le futur grâce au couplage de banques de données (variable «origine»), bien évidemment en respectant la vie privée

La perspective du patient: les attentes et préférences du patient en ce qui concerne les soins, déterminant important de l'utilisation des soins, n'est pas reprise, car il n'existe pas de données systématiques au niveau belge.

---

Table 3: Characteristics of a continuously learning health care system	
<b>Science and informatics</b>	<b>Real-time access to knowledge</b> A learning health care system continuously and reliably captures, curates and delivers the best available evidence to guide, support, tailor and improve clinical decision making and care safety and quality.
	<b>Digital capture of the care experience</b> A learning health care system captures the care experience on digital platforms for real-time generation and application of knowledge for care improvement.
<b>Patient–clinician partnerships</b>	<b>Engaged, empowered patients</b> A learning health care system is anchored on patient needs and perspectives and promotes the inclusion of patients, families and other caregivers as vital members of the continuously learning care team.
<b>Incentives</b>	<b>Incentives aligned for value</b> A learning health care system has incentives actively aligned to encourage continuous improvement, identify and reduce waste and reward high-value care.
	<b>Full transparency</b> A learning health care system systematically monitors the safety, quality, processes, prices, costs and outcomes of care and makes information available for care improvement and informed choices and decision making by clinicians, patients and their families.
<b>Continuous learning culture</b>	<b>Leadership-instilled culture of learning</b> A learning health care system is stewarded by leadership committed to a culture of teamwork, collaboration and adaptability in support of continuous learning as a core aim.
	<b>Supportive system competencies</b> A learning health care system constantly refines complex care operations and processes through ongoing team training and skill building, systems analysis and information development and creation of the feedback loops for continuous learning and system development.

## LISTE D'ABRÉVIATIONS

CCSSD:	Centres de coordination de Soins de Santé et d'aide au maintien à Domicile
CPAS:	Centre Public d'Action Sociale
DMG:	Dossier Médical Global
DPE:	Dossier Patient Électronique
KCE:	Centre Fédéral d'Expertise
INAMI:	l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et le Service Public Fédéral (SPF)
OMS:	'Organisation Mondiale de la Santé (S)
L'UE:	Union Européenne
ONE:	Office de la Naissance et de l'Enfance
ICPC-2:	International Classification of Primary Care 2
SEL:	Samenwerking Eerste Lijn = Collaboration de Première Ligne
MRS:	Maison de Repos et de Soins
CAW:	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
BMF1:	Budget Moyens Financiers Première ligne
CSPL:	fonction de Coordination de soins de première ligne
DPE:	Dossier Patient Électronique
DSPL:	Dispositif de Soins de Première Ligne
PPL:	Psychologue de Première Ligne
SSD:	Services de Soins à Domicile
ZPL:	Zone de Première Ligne
ETP:	Équivalents Temps Plein
OCDE:	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
CIM:	Conférence Interministérielle
EXPH:	Expert Panel on effective ways of investing in Health
P4Q:	Pay-for-Quality
EBMeDS:	Evidence-Based Medicine electronic Decision Support
ICD:	International Classification of diseases
NHS:	National Health Service
ICHO:	Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding
CCFFMG:	Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes
DPC:	Développement Professionnel Continu
FCP:	Formation Continue de Proximité
LUSS:	Ligue des usagers des services de santé (federation independente des associations des patients)
OIP:	(Organisme d'Intérêt Public)
GDT:	Geïntegreerde Diensten Thuiszorg
SISD:	Service Intégrés de Soins à Domicile

---

## BIBLIOGRAFIE

- 1 Agentschap Zorg en Gezondheid (2010). Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg: naar een visie op de toekomst van de eerste lijn. Consulter via: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-Bevoegdheden/conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg>.
- 2 Agentschap Zorg en Gezondheid (2013). Symposium Eerstelijns 2013. Consulter via: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg\\_en\\_Gezondheid/Zorgaanbod/Eerstelijns/Syntheserapport%20Yvo%20Nuyens\\_20131128%20-%20with%20summaryfinal.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Zorgaanbod/Eerstelijns/Syntheserapport%20Yvo%20Nuyens_20131128%20-%20with%20summaryfinal.pdf)
- 3 Flanders Care; Zoekconferentie "Slimme Zorgen voor Morgen". Consulter via: [http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/rapport\\_flanders\\_care.pdf](http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/rapport_flanders_care.pdf)
- 4 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. KCE Report 190A ([www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)).
- 5 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. KCE Report 229As (<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/conceptueel-kader-voor-de-hervorming-van-de-ziekenhuisfinanciering>).
- 6 Zorgnet Vlaanderen. Together we care. Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg. Leuven, Acco, 2013. ISBN 978-90-334-9312-6.
- 7 Kips, J. Michiels, K. en Verschoren, K et al. 2014. Together we count: naar een patiëntgerichte financiering van de algemene ziekenhuizen. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- 8 Forum des Associations de Généralistes ASBL. Note d'orientation sur le mode d'organisation de la médecine générale dans les soins de santé primaires. Bruxelles, FAG, 2014. Consulter via: <http://www.forumag.be/pdf/note%20orientation.pdf>
- 9 Anoniem. Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019. Consulter via: <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019>
- 10 Anoniem. Federaal regeerakkoord. Brussel, 9.10.2014. Consulter via: [http://deredactie.be/polopoly\\_fs/1.2114254!file/FEDERAALREGEERAKKOORD.pdf](http://deredactie.be/polopoly_fs/1.2114254!file/FEDERAALREGEERAKKOORD.pdf)
- 11 World Health Organisation. Primary Health Care: now more than ever! Geneva, WHO, 2008. Consulter via: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- 12 World Health Organization. Health 2020: European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. WHO/EURO, Copenhagen, 2013.
- 13 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: care, health and cost. Health Affairs 2008;27(3):759-769.
- 14 IOM (Institute of Medicine) 2013. Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. Washington, DC: The National Academies Press.
- 15 De Maeseneer J, Nuyens Y. De eerstelijnsgezondheidszorg: klaar voor de uitdaging? Tijdschrift voor Samenleving en Politiek 2014;1:95-102.
- 16 Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multi-morbidity and implications for health care, research, and medical education a cross-sectional study. The Lancet 2012;380: 37-43. doi:10.1016/s0140-6736.

- 17 Boeckxstaens P. Multimorbidity: a quantitative and qualitative exploration in primary care. Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Universiteit Gent, 2014. ISBN 9789491125089.
  - 18 Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013. Consulter via: <https://his.wiv-isp.be/NL/SitePages/Introductiepagina.aspx>
  - 19 Verbeeren P, De Cock J. Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België: Brussel, RIZIV en Dokters van de Wereld, 2014. Consulter via: <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf>
  - 20 RIZIV. Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. Brussel, Kluwer, 2014.
  - 21 OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. 2013. Consulter via: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
  - 22 Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian health care system. Brussels: Belgian Health Care Center (KCE);2010. KCE Report 128. Consulter via: <https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system>
  - 23 WHO. World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever! Geneva, World Health Organisation, 2008. Consulter via: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
  - 24 World Health Organization. Primary health care, including health systems strengthening. Resolution WHA62.12. Geneva, WHO, 22.05.2009. Beschikbaar via: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf)
  - 25 Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. Brussel, 24 februari 2011. Consulter via <http://www.sarwgg.be/sarwgg/nieuws/sar-wgg-presenteert-visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg>
  - 26 Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin. Visienota: Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen. Brussel, 7 december 2012. Consulter via: <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-vlaanderen>
  - 27 Lloyd J, Wait S. Integrated Care: a Guide for Policymakers. 2005.
  - 28 EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014.
  - 29 Nuyens Y, De Ridder H. Dokter, ik heb ook iets te zeggen. Leuven, Lannoocampus, 2013.
  - 30 Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. Participatie via advies en overleg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Brussel, 23 oktober 2014.
  - 31 J.Buellens, H.Van Loon & J.Heyrman, 'Een territoriale benadering in de gezondheidszorg', Rapport in opdracht van de Vlaamse Gezondheidsraad 1998.
  - 32 Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H, editors. Community-oriented primary care: health care for the 21st century. Washington, DC: American Public Health Association, 1998.
-

- 33 Academisch Platform Chronische Zorg. Voorstel tot Multidisciplinaire Praktijkondersteuning Chronische Zorg: «Assistee». Brussel, november 2013. Consulter via [http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/Assistee\\_Tekst\\_November\\_2013.pdf](http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/Assistee_Tekst_November_2013.pdf)
- 34 B. Schoenmakers, B. Aertgeerts, F. Buntinx, P. Vankrunkelsven, G. Van Pottelberg, J. De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschr. voor Geneeskunde, 70, nr. 12, 2014 657; doi: 10.2143/TVG.70.12.2001631
- 35 Handboek Praktijkmanagement voor de Huisarts, Birgitte Schoenmakers, Bert Aertgeerts, Jan De Lepeleire, Acco 2014
- 36 Anoniem. Code van Medische Plichtenleer: laatste aanpassing: februari 2014. Tijdschrift Nationale Raad 2014;146.
- 37 Annemans L. De Prijs van uw Gezondheid. Leuven, Lannoo Campus, 2014.
- 38 De Ridder R, Gielis G et al. Huisartsengeneeskunde: verleden, heden en toekomst. Leuven, Acco, 2014.
- 39 Kaiser Permanente International. An Overview of Kaiser Permanente: Integrated Health care and Population Management. October 2007. Consulter via: [http://www.hpm.org/Downloads/Events/10-07\\_Expertendialog\\_KP\\_Overview-Crane\\_Porter.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Events/10-07_Expertendialog_KP_Overview-Crane_Porter.pdf)
- 40 Bakelandt J, Beerens AS, Elyn P, Schamp V, Vandenbulcke L, Van Hoecke C, Yde L. Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op huisartsenwachtposten en de spoedgevalendiensten in Gent. Master-scriptie Universiteit Gent, 2009.
- 41 Verlinde E. Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration. PhD-thesis, Ghent University, 2012, pp. 67-86. ISBN: 9789491125034.
- 42 Ham C. Reforming the NHS from within: beyond hierarchy, inspection and markets. London, The King's Fund, 2014.
- 43 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. KCE Report 85A. (<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/vergelijking-van-kost-en-kwaliteit-van-twee-financieringssystemen-voor-de-eerstelijnszorg>).
- 44 Rumball-Smith J, Wodchis WP, Koné A et al. Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management. BMC Family Practice 2014;15:149. Consulter via: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/149>.
- 45 Cashin C, She Y, Smith P, Borowitz M, Thomson C. (2014 in Press). Paying for performance in health care: implication for health system performance and accountability. Maiden Head: Open University Press.
- 46 Gillam S, Siriwarden N. The Quality and Outcomes Framework. 2011, Oxford, Radcliffe Publishing.
- 47 Interkabinetten werkgroep "Chronisch Ziekten". Oriëntatienota: geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België. Brussel, Nationale Conferentie Zorg voor chronisch zieken, 28 november 2013. Consulter via: <http://www.health.belgium.be/internet/2Prd/groups/public@public/documents/ie2divers/19090605.nl.pdf>

- 48 Wollersheim e.a. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Bohn Stafleu Van Loghum. 2012.
- 49 Van de Velde S, Vander Stichele R, Fauquert B, Geens S, Heselmans A, Ramaekers D, Kunnamo I, Aertgeerts B. EBMPracticeNet: A Bilingual National Electronic Point-Of-Care Project for Retrieval of Evidence-Based Clinical Guideline Information and Decision Support. *JMIR Res Protoc* 2013;2(2):e23. URL: <http://www.researchprotocols.org/2013/2/e23/>
- 50 De Maeseneer JM, Mieke L van Driel, Larry A Green, Chris van Weel. Translating research into practice 2: the need for research in primary care. *The Lancet* 2003;362:1314-1319.
- 51 De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011 : multimorbidity, goel-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract.* 2012; (62) (600) : e522-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782000>
- 52 EXpert Panel on effective ways of investing in Health (ZXP). Future EU Agenda on Quality of Health Care with a special Emphasis on Patient Safety. Brussels, 15 October 2014. Consulter via: [http://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/opinions/docs/005\\_safety\\_quality\\_of\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/005_safety_quality_of_care_en.pdf)
- 53 Joint Commission International (2008). Quality oversight in England, findings, observations and recommendations for a new model . Illinois: Joint Commission International. Consulter via: <http://www.ajustnhs.com/wp-content/uploads/2012/09/JCI-Report.pdf>
- 54 Anderson RR, McDaniel RR. Managing health care organisations: where professionalism meets complexity sciences. *Health care manage Rev* 2000; 25 (1): 83-92.
- 55 Roex A, Agten M, Crauwels E, De Boeck E, Erkens M, Moermans S, et al. Twintig jaar accreditering van artsen in België: waar situeren we ons ten opzichte van andere Europese landen? *Belgisch Tijdschrift voor Geneeskunde* 2013; 70(2): 66-74.
- 56 Roex A, Agten M, Crauwels E, De Boeck E, Erkens M, Moermans S, et al. Accreditering vanuit het EMD: naar een nieuw model? *Belgisch Tijdschrift voor Geneeskunde* 2013; 70(2): 75-81.
- 57 Seuntjens L, Vainiomaki P. Continuing professional development in primary health care. Quality development integrated with continuing medical education. Policy document of EQUIP and EURACT. 2002 2002. Report No.
- 58 Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35. *Med Teach.* 2008;30(7):652-66
- 59 Domus Medica. Kwaliteitsdag: laatste labels voor PraktijkOndersteunend Programma (POP), 2014. Consulter via: <http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/congresverslagen/5266-kwaliteitsdag-laatste-labels-voor-praktijkondersteunendprogramma-pop.html>
- 60 Van de Velde S, Vander Stichele R, Fauquert B, Geens S, Heselmans A, Ramaekers D, Kunnamo I, Aertgeerts B, On behalf of EBMPracticeNET: EBMPracticeNet: A Bilingual National Electronic Point-Of-Care Project For Retrieval Of Evidence-Based Clinical Guideline Information And Decision Support. *JMIR Res Protoc* 2013, 2(2):e23.
- 61 WHO. International Classification of Functioning and Disability in Health (ICF). WHO-2001.
- 62 VLUHR. De onderwijsvisite Geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Brussel, VLUHR, 2014. Consulter via: [www.vluhr.be/kwaliteitszorg](http://www.vluhr.be/kwaliteitszorg).
- 63 Peter Pype. Workplace learning for general practitioners in palliative care: suitable and feasible? PhD-thesis. Universiteit Gent, 2014. ISBN 9789491125072.
-

- 64 Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G et al. Burn-out bij huisartsen : preventie en aanpak. Brussel, KCE Reports 165 A, 2011. Beschikbaar via: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_165a\\_burnout\\_bij\\_huisartsen.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_165a_burnout_bij_huisartsen.pdf)
- 65 Boydens E in: Handboek Praktijkmanagement voor de Huisarts. Leuven, Acco, 2014
- 66 Hibbard J, Gilbert H (2014). Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. London: The King's Fund. Consulter via: [www.kingsfund.org.uk/patientactivation](http://www.kingsfund.org.uk/patientactivation)
- 67 Vlaamse Gezondheidsraad. Tien adviezen voor een toekomstig Vlaams gezondheidsbeleid. Brussel, VGR.2066/2-WG GB, 2006. Consulter via: [http://www.overlegplatformsggz.be/Adviezen\\_VGR/5695/ggz](http://www.overlegplatformsggz.be/Adviezen_VGR/5695/ggz)