

# Alternatives à l'hospitalisation :

## La vision de la médecine générale

Note préparatoire au  
débat de la grande journée de la FAMGB du 16 janvier 2016

# Vision de la médecine générale à Bruxelles

Question 1 Doit-on avoir peur du projet ? Arguments pour, arguments contre ?

Question 2 Comment réorganiser la médecine générale ? Quels outils ? Quels prestataires ?

Question 3 Comment mettre en place les outils de communication entre les différentes lignes ?

---

## INTRODUCTION

- **Préambule :** La FAMGB préfère identifier le projet « hospitalisation à domicile » sous le vocable « **Alternatives à l'hospitalisation (AH)** » afin de lever toute ambiguïté sur les missions spécifiques quoique complémentaires des 1ère et 2e lignes de soins.
  
- **Historique :** La réforme fédérale du financement des hôpitaux impose entre autres la suppression progressive des lits non utilisés et une durée de séjour écourtée. Le projet est ambitieux ; il demande des changements radicaux dans de nombreux secteurs des soins de santé. Ces changements concernant la répartition des tâches entre les hôpitaux et la médecine générale ainsi que les autres prestataires de soins, appuyées par les applications e-santé devront être appliqués simultanément si l'on ne veut pas prendre le risque de déséquilibrer tout le système.
  
- **Légitimité du projet :**  

La collaboration de la médecine générale dans le projet Alternatives à l'hospitalisation est cohérente avec la politique de l'attractivité envers le choix de la médecine générale. L'implication du médecin généraliste est d'ailleurs essentielle pour assurer la continuité des soins à domicile.

Pathologie aiguës : Nombre de projets de soins spécialisés à domicile intéressent le secteur nursing, et c'est le cas des pathologies graves aiguës au centre desquelles le médecin généraliste est surtout observateur. Il s'agit de niches très spécialisées requérant le déplacement des professionnels de l'hôpital au domicile du patient (ex : équipe spécialisée en soins palliatifs, oncologie...).

Pathologies chroniques : par contre, les pathologies chroniques traitées à domicile concernent la médecine générale.

Et là, soit c'est l'hôpital qui sort de ses murs pour dispenser des soins au domicile des patients en s'appuyant sur des structures mises en place pour aider la 1<sup>ère</sup> ligne (la 1<sup>ère</sup> ligne au service de la deuxième), soit ce sont les médecins de première ligne qui se spécialisent pour dispenser ces soins, soutenus par lesdites structures (la 2<sup>e</sup> ligne en soutien de la première).

## ■ Vision conceptuelle du projet :

### 1) **La 1<sup>ère</sup> ligne au cœur du projet :**

Il s'agit de former des professionnels de la 1<sup>ère</sup> ligne aux soins complexes dispensés à domicile qui, autrement, ne pourraient se faire qu'en milieu hospitalier. Ces professionnels de la 1<sup>ère</sup> ligne constituent ainsi des entités autonomes et indépendantes de l'hôpital. Les soins palliatifs représentent un modèle réussi pour l'organisation des soins spécialisés à domicile au sein desquels la deuxième ligne vient en appui de la première.

### 2) **La 1<sup>ère</sup> ligne doit s'appuyer sur des structures d'appui multidisciplinaires (ligne 0.5) :**

La coopération entre le médecin généraliste et les coordinations de soins en particulier, l'articulation de toutes les ressources disponibles de 1<sup>ère</sup> ligne en général, sont indispensables au projet. De surcroît, la médecine générale doit pouvoir déléguer certaines tâches à d'autres intervenants pour pouvoir faire face aux missions de plus en plus complexes qui lui sont demandées. Il s'agit des tâches qui lui font perdre du temps et pour lesquelles les médecins généralistes sont surformés. Ceci engendrera de nouvelles fonctions pour les métiers qui existent (infirmier(e)s...) et la création d'autres profils (ligne 0.5).

Mais l'articulation entre les différents intervenants souffre à Bruxelles d'une totale absence de coordination entre toutes les structures spécifiques assurant les soins à domicile, y compris les acteurs sociaux : ceci demande la création d'une plateforme<sup>1</sup> au sein de laquelle les différents prestataires de soins, structures et intervenants sociaux peuvent se concerter, collaborer et accorder leurs différentes interventions (ligne 0.5).

### 3) **Le concept AH introduit le développement de la ligne de soins 1.5 :**

Le concept de ce type de structure d'appui amène un nouveau modèle de ligne de soins qui ainsi apparaît entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>e</sup> ligne : la ligne 1.5.

Cette ligne 1.5 correspond à la demande de soutien de la 1<sup>ère</sup> ligne, en fonction de ce que le médecin généraliste et son équipe multidisciplinaire (ligne 0.5) ne savent pas assumer.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe : *Proposition de structure d'appui pour la 1<sup>ère</sup> ligne* (FAMGB-RMLB).

Ainsi par exemple, se situent sur la ligne 1.5 : les soins palliatifs, les professionnels de la santé mentale, le RML-B... La ligne 1.5 est définie par une équipe de référence uniquement **active pendant l'épisode de soins spécifiques intensifs en ambulatoire**. Ce concept est parfaitement illustré dans l'exemple des soins palliatifs mettant en scène le MG dans son rôle central, son équipe pluridisciplinaire de 1<sup>ère</sup> ligne (ligne 0.5) et une équipe de soutien spécialisée en appui (ligne 1.5).

La nécessité de coopération entre le médecin généraliste et les coordinations de soins est un élément important. A Bruxelles, les coordinations de soins posent le problème d'absence de pluralité alors que l'articulation de toutes les ressources disponibles est indispensable. Une plateforme générale sera nécessaire pour gérer les plans de prise en charge des patients et coordonner les différents intervenants et réseaux à son chevet.

#### 4) **Vision**

Si la médecine générale accepte cette mission «Alternatives à l'hospitalisation», la première question est de **définir les tâches spécifiques** qui l'attendent, et les **moyens dont elle a besoin** pour y répondre (le besoin de la mise à sa disposition d'une coordination de tous les acteurs de la 1<sup>ère</sup> ligne, tant dispensateurs de soins que structures et acteurs sociaux) et en appui, d'une ligne de soins 1.5.

Les soins palliatifs représentent un modèle réussi du Projet Alternatives à l'Hospitalisation qui met en jeu le MG dans son rôle central, son équipe pluridisciplinaire de 1<sup>ère</sup> ligne et une équipe de soutien spécialisée en appui (1.5 ligne).

Cet exemple montre également que le MG qui a accepté d'être l'acteur principal des soins palliatifs s'est en quelque sorte spécialisé. Par cette formation, on sort donc de la définition du métier de la médecine générale telle qu'elle a été définie par les syndicats, pour le rendre plus complexe ; c'est une bonne chose, de l'avis même des syndicats, si le but de cette « spécialisation » est **de soutenir la médecine générale**. Exemple bien d'aujourd'hui : les centres de médecine générale spécialisés en toxicomanie viennent en soutien du médecin généraliste qui ne veut ou ne peut pas assumer ce type de patients.

Outre la nécessité de disposer de structures de soutien à la première ligne (ligne 1.5), se posent les **questions des compétences, des moyens, de la coordination et des responsabilités** possibles pour la première ligne de soins de prendre en charge ce que les hôpitaux proposent sous forme de « niches spécialisées » afin de poursuivre des soins hospitaliers à domicile.

#### 5) **L'information auprès des médecins généralistes**

Par ailleurs, un autre défi sera de **s'assurer de l'accord de la base** avant de revendiquer le rôle actif de la médecine générale dans le Projet Alternatives à l'Hospitalisation. Le médecin généraliste bruxellois se dit débordé à l'heure actuelle et ce sera pire demain (pénurie de MG). Par ailleurs, constat est fait de la priorité donnée par les médecins généralistes aux consultations au cabinet, délaissant ainsi les visites à domicile (lesquelles restent indispensables pour les personnes âgées) qui devraient être mieux valorisées.

Une information énergique et un programme de sensibilisation auprès des médecins généralistes seront nécessaires pour les convaincre de [l'attractivité des programmes Alternatives à l'Hospitalisation et de la plus-value](#) apportée à la médecine générale. Cette opération concourt aux objectifs de la politique de santé (promotion de la médecine générale et [maintien](#) au domicile le plus longtemps possible) et devrait donc être [soutenue par la Région](#).

La [valorisation](#) des médecins généralistes formés dans cette perspective doit être définie (via l'établissement d'un nouveau code INAMI associé aux prestations en lien avec le projet Alternatives à domicile).

**6) Disponibilité de ressources suffisantes :**

[S'assurer des ressources suffisantes](#), tant au niveau des médecins généralistes que des autres professionnels de la santé autour d'eux dans une perspective de transversalité des soins de toute la 1ère ligne autour du patient, est une condition essentielle de la faisabilité du projet.

**7) Formation :**

[Modules de formation](#) au travail d'équipe et de collaboration à intégrer dans les cursus des futurs diplômés et en formation continue, et d'autre part formation à la pratique de soins habituellement exercés en milieu hospitalier (formation à prévoir au cours des études).

Une [collaboration avec la SSMG](#) devrait se dessiner pour préciser les aspects scientifiques du Projet Alternatives à l'Hospitalisation.

**8) Mise en avant des structures facilitatrices de communication entre MG et hôpitaux (Sylos)**

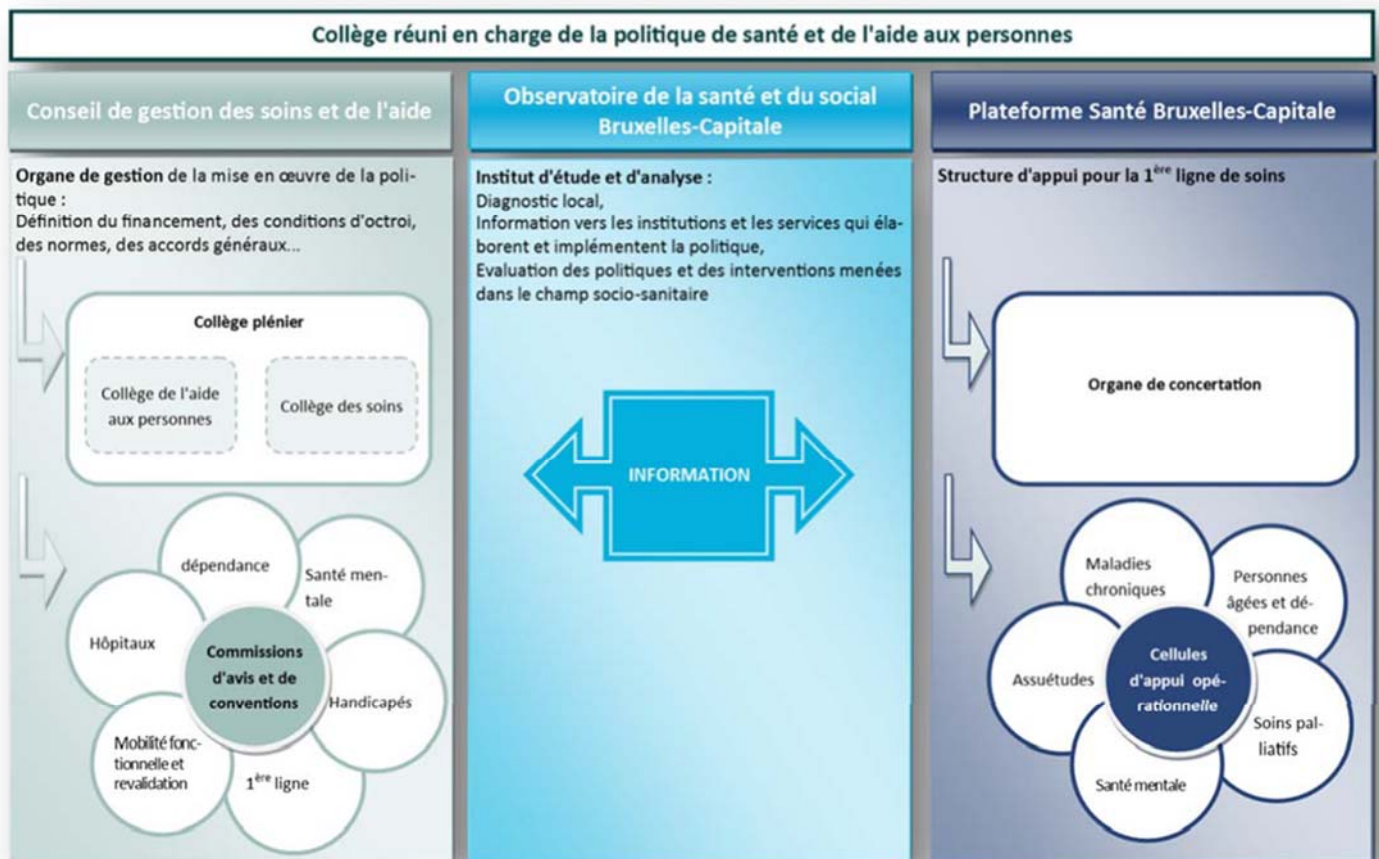
Des facilitateurs de la communication entre médecins généralistes et hôpitaux, type [Projet Sylos<sup>2</sup>](#), seront bien utiles pour structurer les relations entre MG et hôpitaux. La nécessité première d'une concertation avec les hôpitaux dans l'analyse du projet est indispensable.

---

<sup>2</sup> Cf. Annexe : « Pour une gestion coordonnée des lignes de soins : l'expérience des SyLoS », Jean Van der Vennet.

## ANNEXES

### 1. PROPOSITION DE STRUCTURE D'APPUI POUR LA 1<sup>ÈRE</sup> LIGNE (FAMGB-RMLB)



## 2. INFORMATION SUR SYLOS :

« Pour une gestion coordonnée des lignes de soins : l'expérience des SyLoS », Jean Van der Vennet.

### Historique

Pour l'usager, il existe deux lignes de soins : les services ambulatoires de médecine générale et les services hospitaliers. Cependant, le paysage est plus complexe et comporte des services de soins à domicile, des spécialistes travaillant en privé, des maisons de repos et de soins et d'autres encore... Ensemble, ces services forment sur un territoire donné ce que nous appelons le Système Local de Santé (SyLoS).

En Belgique, le plus souvent, les acteurs de ces différents services s'ignorent et fonctionnent chacun dans leur propre logique. Cela peut avoir un effet néfaste sur la qualité des soins et occasionner des surcoûts pour la sécurité sociale. Or, le SyLoS pourrait former un système « intégré » (Van Damme W et al, 2002) où chaque service a son propre rôle sans empiéter sur les rôles des autres services tout en répondant en tant que système à tous les cas de figure. Cela nécessite une circulation adéquate de l'information entre services et la mise en place de mécanismes favorisant l'accès du patient au service le plus à même de répondre à son problème. Il faut aussi tenir compte de la coordination indispensable avec les services sociaux d'appui permettant aux services de santé de remplir leurs rôles.

En 1994, une première tentative de structurer la coordination d'un SyLoS voit le jour à Bruxelles autour de la Clinique César De Paepe. Cet essai montre :

- qu'il existe un grand intérêt des médecins généralistes et spécialistes à se coordonner pour offrir des soins de meilleure qualité aux patients ;
- que cette coordination n'est pas liée à un problème de santé spécifique (par exemple, la prise en charge d'une maladie aiguë ou chronique) mais concerne l'ensemble des relations opérationnelles entre les acteurs du SyLoS.

De 1997 à 2002, une recherche-action financée par le SPF Santé Publique dans les trois régions du pays (Antwerpen, Gent, Bruxelles, et Malmedy) identifie :

- la nécessité de la fonction d'animateur de SyLoS ;
- la nécessité de constituer la coordination avec des représentants mandatés par leurs collègues ;
- la nécessité d'inclure des représentants du nursing hospitalier, des soins à domicile et des MRS dans le groupe de coordination ;
- l'importance de s'adapter au contexte local : la manière de s'organiser à Malmedy en zone semi-rurale diffère de celle à développer dans des situations de grande concurrence entre hôpitaux et/ou entre prestataires de première ligne.

Depuis 2002, d'abord à l'initiative de l'équipe de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT/A), et ensuite avec l'appui du Département Universitaire de Médecine Générale de l'Université de Liège (DUMG ULg), un groupe d'animateurs de SyLoS est actif et poursuit le travail de terrain. A partir de 2012 un médecin généraliste, assistant au DUMG ULg prépare une thèse de doctorat sur ce sujet. Le contexte institutionnel a aussi changé : les Cercles de médecins généralistes (MG) représentent désormais officiellement les MG et la sixième réforme de l'état confie de nouveaux rôles aux régions/communautés.

Le SPF Santé Publique et l'INAMI adoptent une politique de raccourcissement des séjours hospitaliers et, dans le cadre d'une enveloppe fermée, le transfert de moyens de l'hôpital vers le secteur ambulatoire. Ces changements exigent évidemment une plus grande coordination dans la réponse à apporter aux usagers et dès lors la mise en place de groupe de coordination des SyLoS est d'autant plus importante pour la réussite de ces politiques.

Un groupe de coordination du SyLoS a démarré à Liège en 2012. Il met autour de la table des représentants des MG du GLAMO et des spécialistes du CHR 'La Citadelle'. Ce groupe participe à l'étude des modes de coordination des SyLoS notamment dans un contexte urbain avec une densité hospitalière élevée. Un deuxième groupe de coordination SyLoS pourrait voir le jour en 2016 avec des spécialistes des hôpitaux du CHC. Enfin, les animateurs de groupe de coordination des SyLoS actifs tiennent à intervalle réguliers des réunions pour le suivi du processus.

### SyLoS Bruxelles

Depuis juin 2014 les directions médicales de l'Hôpital Saint-Pierre et de la Clinique Saint-Jean se concertent avec des représentants de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles (FAMGB). En octobre 2014, ils ont contacté le groupe d'animateurs de SyLoS auquel ils ont demandé de les aider à mettre en place une coordination du SyLoS constitué des zones d'attraction des deux centres hospitaliers .

Après une période d'explication des attentes mutuelles des deux lignes de soins, trois groupes techniques se sont mis en place autour de trois questions exigeant une coordination intense : pour les patients cancéreux, les insuffisants cardiaques et les cas gériatriques. L'objectif n'est pas de saucissonner la coordination mais bien d'avancer en parallèle dans chacun des groupes et d'identifier les procédures communes à mettre en place entre les niveaux de soins pour améliorer la qualité du service rendu à la population. Les trois groupes techniques ont l'intention de répondre à l'appel d'offre du SPF Santé publique et de proposer des recherches opérationnelles spécifiques visant à une meilleure coordination entre les lignes dans chacun de leur domaine. Le groupe de coordination du SyLoS veillera à faire la synthèse entre toutes ces propositions. En effet, il ne faudrait pas en arriver à un système où les MG doivent participer à de nombreux groupes dédiés chacun à un problème particulier : ce serait impossible.

Un sylos fonctionne également depuis de nombreuses années autour de l'hôpital Molière, et y travaille notamment sur les questions de retour à domicile, et a également l'intention de répondre à l'appel d'offre du SPF santé publique.

Rôle potentiel des autorités régionales bruxelloises

Les autorités pourraient soutenir cette vision de coordination élargie ainsi que la formation et le déploiement d'animateurs de SyLoS qui devraient :

- insuffler dans les débats du groupe de coordination du SyLoS la vision systémique des deux lignes de soins et veiller à la participation des acteurs dans leur qualité de représentants.
- aider à établir le calendrier et l'agenda des réunions, rédiger et envoyer les CR des réunions ;
- assurer la modération et s'assurer du suivi des décisions ;
- procéder au monitoring et à l'évaluation de l'avancée de la coordination du SyLoS.
- Pour remplir ces tâches, les animateurs devraient avoir les compétences suivantes :
- avoir une vision systémique et une connaissance des modèles d'organisation des systèmes locaux de santé ;
- connaître le contexte local et général ainsi que le cadre légal et réglementaire qui régit l'organisation des services de santé ;
- identifier les acteurs (stakeholders) qui interviennent au sein du SyLoS ou en marge de celui-ci, ainsi que leur capacité d'influence ;
- relever les incidents critiques, analyser leur signification en termes de fonctionnement systémique et les utiliser pour améliorer la coordination ;
- modérer et animer des groupes de discussion et en rédiger les CR;
- établir et appliquer des critères d'évaluation des actions entreprises

Jean Van der Vennet.