

Information concernant les projets pilotes fédéraux « maladies chroniques »

A l'attention des maisons médicales - Hélène Dispas, permanente politique

1. Qu'est-ce que le plan « maladies chroniques » (ou « chroniccare ») ?

En octobre 2015, l'ensemble des ministres membres de la Conférence Interministérielle Santé publique (donc fédéral - *Maggy De Block à l'initiative du projet* - régions et communautés) ont approuvé un plan intitulé « **Des soins intégrés pour une meilleure santé** ».

Ce plan se base sur le principe du « Triple Aim » :

- Améliorer l'état de santé de la population, et des malades chroniques en particulier (niveau collectif)
- Améliorer la qualité des soins au niveau du patient (au niveau individuel);
- Accroître l'efficacité des moyens alloués (ratio efficacité/coût).

C'est dans ce cadre qu'en février dernier un **appel à projets-pilotes** visant le développement de soins intégrés en faveur des malades chroniques a été officiellement lancé. Il semble qu'une vingtaine de projets sera retenue au terme d'un processus de sélection, sur tout le territoire belge.

Les « soins intégrés » sont définis selon 14 composantes, reprises dans le tableau ci-dessous :

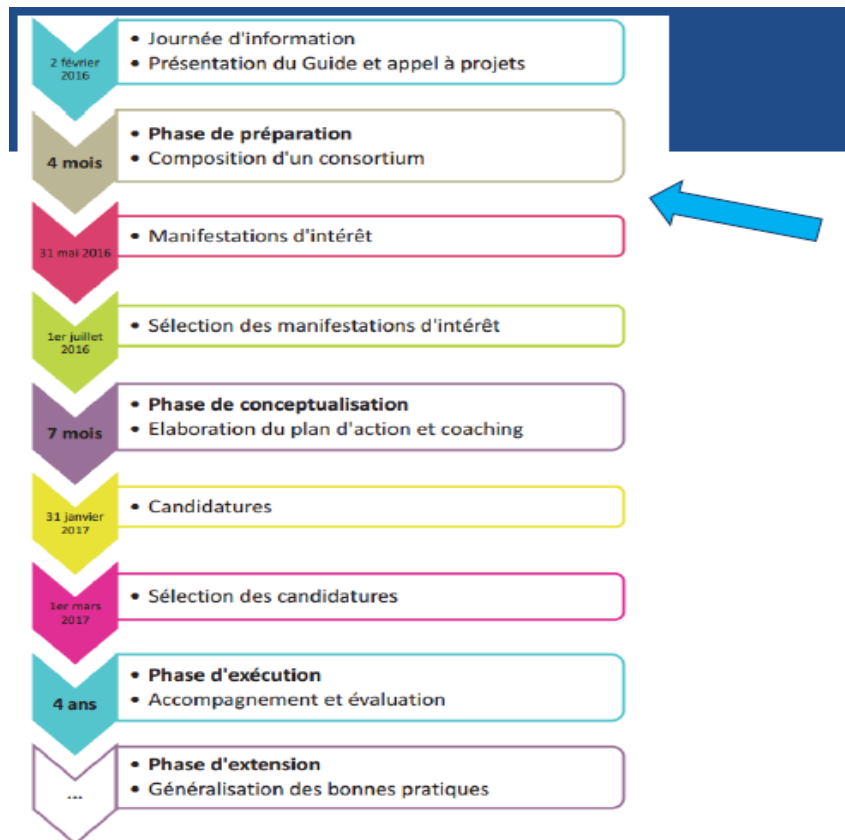
14 composantes		
Patients	Intervenants	Système
Empowerment	Prévention	Culture qualité
Soutien des aidants-proches	Concertation et coordination	Adaptation des systèmes de financement
Case-management	Continuité des soins extra-, intra- et transmurale	Stratification des risques et cartographie des ressources
Maintien au travail, réintégration socioprofessionnelle et socioéducative	Organisations de patients, de familles et des mutuelles	Gestion du changement (change management)
	Dossier patient intégré (DPI)	
	Guidelines multidisciplinaires	

Concrètement, on demande au terrain **d'être innovant**, et de montrer que nous pouvons « faire mieux » sans dépenses supplémentaires (idéalement, à moindre coût, bref **d'être efficient**) pour soigner les « malades chroniques ». Nous ne devons pas nous centrer sur une seule maladie (2 minimum), mais il faut définir un **public cible**.

Nous sommes encouragés à créer des **consortiums de partenaires** qui doivent s'organiser par **territoires** définis d'environ 150.000 habitants. Les partenaires doivent obligatoirement être d'origines diverses, avec au minimum :

- des acteurs de première ligne (au minimum médecins généralistes et infirmiers à domicile avec possibilité d'étendre aux pharmaciens, kinés, dentistes,...)
- des acteurs de seconde ligne : au minimum 1 hôpital, au moins 2 spécialités différentes
- des acteurs de l'aide à domicile
- une association de patients, d'aidants-proches et de familles
- une structure de concertation

Un calendrier bien précis a été défini, en plusieurs phases, sur une période de quatre ans :



Nous arrivons à la fin de la **première phase** de 4 mois (préparation). Le 31 mai, il faudra rendre une **manifestation d'intérêt** pour chaque projet, signée par tous les membres de chaque consortium, avec une description sommaire du projet et des participants.

Après une première sélection, les projets retenus seront soutenus par un coach (pour la phase de conceptualisation (phase 2 : 7 mois) et d'exécution (phase 3 : 4 ans).

Il n'y aura pas de financement, sauf pour la coordination (et c'est là que le bât blesse, cf enjeux).

A terme, les projets qui fonctionneront le mieux serviront de modèle à généraliser pour réorganiser la prise en charge des malades chroniques, et in fine de toute la population et donc du système de santé (c'est ambitieux).

2. Quels sont les enjeux pour la FMM, les intergroupes et les maisons médicales ?

Depuis le lancement du plan, les permanents politiques de la FMM suivent attentivement ce dossier, avec le soutien des intergroupes, de certains mandataires FMM et de maisons médicales qui y sont déjà impliquées. Nous nous sommes répartis par régions, avons participé aux réunions générales d'information, aux premières concertations, et enfin au développement des projets plus concrets. Nous avons échangé nos informations lors de chaque bureau stratégique depuis quatre mois, afin de peu à peu construire notre position et garder un œil sur l'évolution générale du plan.

Nous avons également organisé deux réunions avec toutes les personnes concernées à la FMM.

C'est avec cette petite expérience de quatre mois de travail que nous venons aujourd'hui vers vous.

Nous avons longuement discuté des enjeux et avons établi entre nous un recensement des « menaces et opportunités » de ce projet. Notre conclusion, c'est qu'il semble important d'y être présent (sans toutefois s'y épuiser...).

Pourquoi ?

-Opportunité de démontrer la qualité du travail des maisons médicales : Les 18 composantes proposées par ce plan sont des axes presque tous présents dans notre travail au quotidien (continuité, intégration, transversalité, accessibilité, prévention, promotion à la santé...). A la lecture du texte, on peut penser que ce qu'ils souhaitent est finalement très proche du modèle que nous proposons et expérimentons depuis toujours. Il y a là donc une opportunité de le montrer. Mettre en évidence la qualité du travail des maisons médicales, faire remonter « nos » pratiques (interdisciplinarité, modèle de financement, expérience en santé communautaire, prévention, promotion à la santé, etc) qui souffrent parfois d'un manque de connaissance de la part de la population et des autorités ;

-Adhésion avec le principe du plan : structurer le système de santé au départ du terrain, améliorer la qualité des soins aux malades chroniques, améliorer la communication entre les lignes de soins et l'échelonnement, proposer de nouveaux modèles de financement, sont in fine nos buts à nous aussi. Attention toutefois à ce que ça pourrait « cacher » : le gouvernement pourrait être plus intéressé par l'aspect gain économique que par un réel gain qualitatif ;

-Etre dans le train de la transformation de notre système de santé : il est probable que ce plan soit une manière de transformer le système dans sa globalité. Tous les acteurs de terrain semblent l'avoir compris. Les hôpitaux ont manifesté leur intérêt en masse, de même qu'à peu près tous les acteurs de l'ambulatoire. Des sociétés privées à but lucratif tournent également autour des consortiums...(et on ne peut refuser personne !). Pour la première fois, des acteurs très différents qui ont pour habitude de ne pas communiquer se retrouvent autour des mêmes tables. Des enjeux de pouvoir, financiers, et des chocs de culture s'y déroulent donc clairement. En bref :

- C'est une richesse d'y être pour rencontrer toutes ces personnes et participer aux discussions.

- C'est peut-être une nécessité de défendre notre vision du système de santé, basée sur des soins primaires forts, accessibles et humains (contre hospitalo-centrisme (prises en charges au départ des hôpitaux), commercialisation des soins, fragmentation des prises en charges, multiplication des intervenants, ..).

- C'est une occasion de défendre la médecine générale et les maisons médicales. Sur papier les MG sont obligatoirement dans les projets. Dans le concret, la FAMGB (cercle de médecins généralistes de Bruxelles) s'y implique beaucoup, mais les médecins solistes fréquentent peu les réunions et les maisons médicales sont encore peu représentées. A terme, la menace est une réorganisation du système sans la médecine générale, qui deviendrait de la « bobologie » et sans les maisons médicales qui seraient des structures de soins « pour les pauvres », ce que nous essayons d'éviter.

A nuancer toutefois :

- ça ne semble pas du tout être le tournant pris actuellement dans les trois projets qui sont construits avec la première ligne (donc RML, FAMGB, FEDITO).
- Il reste une énorme inconnue sur l'évolution de ce plan « titanic » : financement plus qu'incertain, complexité et flou de la demande, superposition de projets dans tous les sens (107, hospitalisation à domicile, retour précoce,...)il n'est pas exclu que tout ça finisse simplement par échouer. Ou être abandonné à la prochaine législature. C'est pour ça qu'il ne faut pas non plus s'y épuiser.

-Nos patients seront peut-être concernés : si nos patients appartiennent au groupe cible du projet de la zone ou de l'hôpital concerné, ils vont peut-être se retrouver intégrés dans ces projets « malgré nous », et nous serons donc concernés « par défaut »...

Comment ?

Nous encourageons les maisons médicales à s'intéresser aux projets qui touchent leurs zones. Si le temps le permet, participer aux phases de conceptualisation, être dans les partenaires proactifs. Si le temps manque, être présent, simplement pour s'informer et nous représenter. Le bureau stratégique et l'intergroupe bruxellois soutiendront cette implication.

3. Quels projets à Bruxelles ?

Plusieurs projets (au minimum 6) seront proposés. Pour certains, la première ligne n'a pas réellement été contactée (les hôpitaux sont à la manœuvre).

Un groupe d'appui "*Chroniccare.brussels*" a été développé, comprenant les partenaires suivants : les SISD's bruxellois, les RML's bruxellois, les fédérations hospitalières, le Centre de Documentation et de Coordination Sociales, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale. Ce groupe d'appui a centralisé les informations, organisé les réunions et offert un soutien logistique dans la phase préparatoire.

Trois projets qui incluent la première ligne sont développés en collaboration avec des partenaires proches (FAMGB, FEDITO, RML-B) :

TITRES (peuvent changer)	ZONE	PUBLIC CIBLE	MODELE PROPOSE	SUPPORT
« GO WEST »	Anderlecht, Koekelberg, Molenbeek, Berchem-Ste Agathe	Personnes "fragiles" (assuétude, santé mentale, handicap, grande précarité, barrière linguistique,..)	<i>FRAGILITES</i> Réseau et empowerment Site, newsletter, répertoire, DMG, concertation, SYLOS Solutions concrètes Rencontres thématiques et débats Task forces ponctuelles et thématiques Mise en application Centres intégrés intersectoriels Amélioration lien patients-institutions de soin/sociales	FEDITO
« TROIS FONCTIONS » (ou « BOOST »)	Saint-Gilles Centre (pentagone) St Josse	Insuffisants cardiaques, diabétiques, BPCO, Insuffisants rénaux + facteur de fragilité : -mentale -polymédication -polypathologies -réhospitalisation	<i>SOMATIQUE</i> Trois fonctions nouvelles : Référent « tiers » (infirmier ?) : suit le patient depuis la première ligne, coordination « case management » Référent hospitalier Coordonne les soins intra-hospitaliers Structures de concertations inspirées des SYLOS	RML-B
« CHRONICITY » (ex Carrefours Santé)	Schaerbeek	Toute personne au statut malade chronique	<i>PREMIERE LIGNE</i> Développement de structures de coordination et concertation au départ de ce qui existe	FAMGB

Nous pensons organiser notre travail comme tel : un référent de terrain/projet (travailleur de MM), coordination au niveau de l'IGB (Yaelle), soutien politique du bureau stratégique (via Hélène Dispas)

4. Où trouver des informations plus détaillées ?

- Site officiel fédéral : www.chroniccare.be
- Adresse de contact pour Bruxelles (groupe d'appui) : info@chroniccare.brussels
- Templates des différents projets bruxellois, demander à IGB (Yaelle)
- Note de Pierre Drielsma diffusée dans le rhinocéros ([lien](#)), article d'Olivier Mariage paru dans le santé conjugulée 'Transdisciplinarité': <http://www.maisonmedicale.org/Maladies-chroniques-le-grand-chambardement.html>