

LES PROJETS PILOTES FÉDÉRAUX « MALADIES CHRONIQUES »

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.

Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique à la Fédération des maisons médicales.

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

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 (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. Au terme d'un processus de sélection, seize projets ont été choisis sur toute la Belgique, et quatre projets ont été acceptés en procédure de « repêchage ».

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 efficace) pour soigner les « malades

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

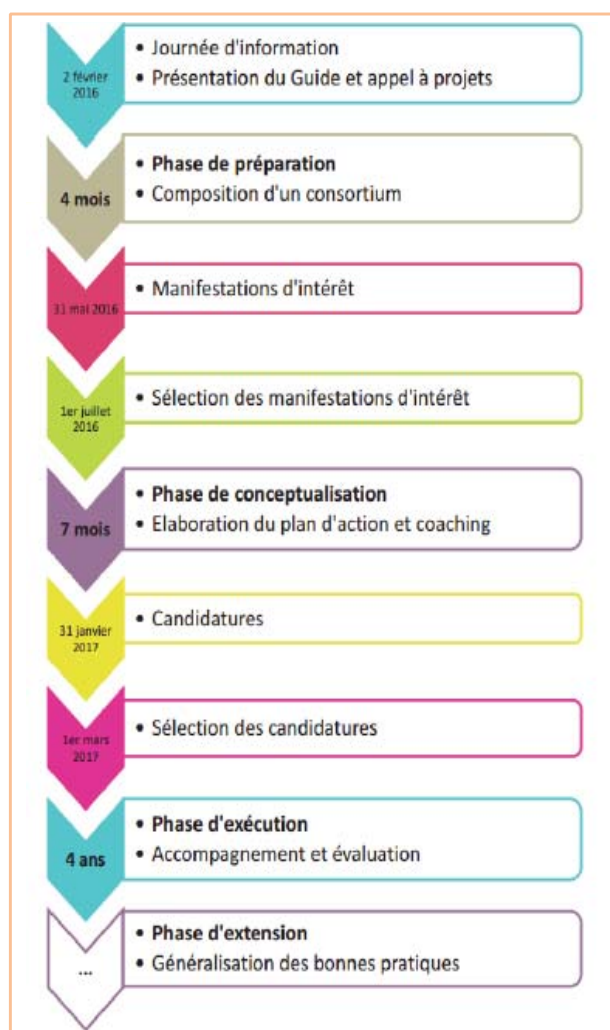
14 composantes		
Patients	Intervenants	Système
Empowerment	Prévention	Culture qualité
Soutien des aidants-proches	Concertation et coordination	Adaptation des systèmes de financement
Case-management	Continuité des soins extra-, intra- et transmurale	Stratification des risques et cartographie des ressources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

chroniques ». Nous ne devons pas nous centrer sur une seule maladie (deux 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, kinésithérapeutes, dentistes,...) ;
- des acteurs de seconde ligne : au minimum un hôpital, au moins deux 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 sommes donc en début de phase de conceptualisation. Les projets retenus seront soutenus par un coach pour une période de sept mois, ensuite ils entreront en phase d'exécution (quatre ans) après deuxième sélection.

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 modèles 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).

Quels sont les enjeux pour la Fédération des maisons médicales, les intergroupes et les maisons médicales ?

Depuis le lancement du plan, les permanents politiques et certains mandataires de la Fédération des maisons médicales suivent attentivement ce dossier, en collaboration avec les intergroupes, certains mandataires de la Fédération des maisons médicales et les 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 afin de peu à peu construire notre position et garder un œil sur l'évolution générale du plan.

C'est avec cette petite expérience 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 14 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 médecins généralistes sont obligatoirement dans les projets. Dans le concret, 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 : 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. Concrètement, différents niveaux d'implication sont possibles :

- Participation au groupe de réflexion (implication faible) ;
- Participation au Comité de pilotage ;
- Participation au groupe de projet ;
- Participation aux groupes de travail (implication maximale).

