

Comment améliorer la collaboration entre les différents niveaux de soins pour une meilleure continuité ?

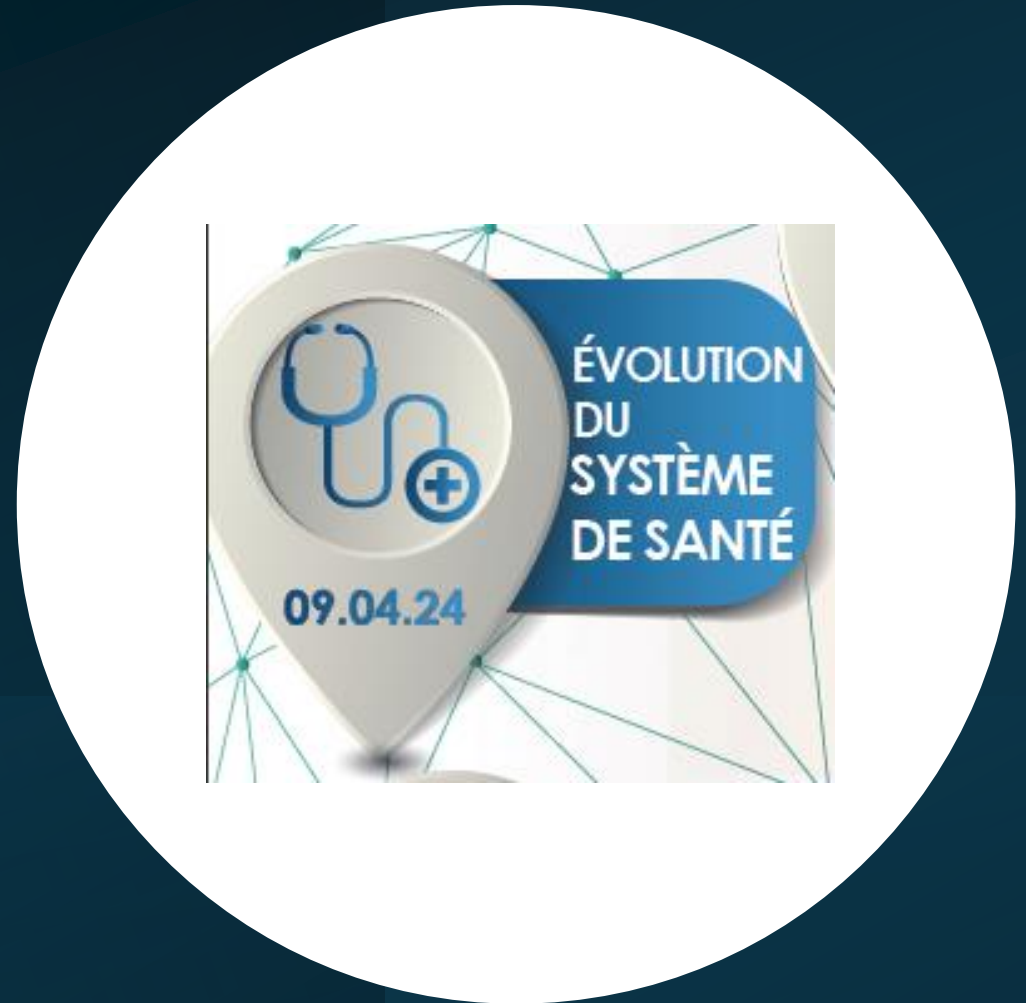
Un meilleur maillage hôpital/lieux de vie?

*Prof. JL Belche ULiège*



*Soirées de réflexion pour un plan stratégique*

*Thème : Interaction et maillage entre les différents niveaux de soins.*



# Conflits d'intérêts

- Médecin généraliste
- Pratique pluridisciplinaire au FFT/affiliation FMMCSF
- 3000 patients; 60% BIM
- Milieu urbain (Liège)
  - 2 réseaux hospitaliers
- PhD Intégration des soins: d'un patient à une population
  - Projet SYLOS de concertation
- Chargé de cours Faculté de Médecine ULiège
  - Thérapeutique- Communication professionnelle- Intégration des soins-Organisation de la pratique de MG
  - NEW DEAL de la MG
  - Collège de la Médecine générale francophone
  - Chaire 1<sup>ère</sup> ligne francophone

# Messages clefs

- Les lignes de soins sont complémentaires...mais réellement!
- La tendance (belge) est à l'hospitalocentrisme et ce n'est pas que la faute de l'hôpital. Mais cela change..!
- Les attentes des uns vis-à-vis des autres sont nécessairement différentes
- Les leviers d'action et les obstacles se situent à différents niveaux

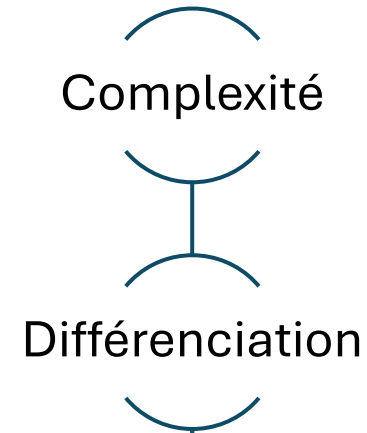
1. Les lignes de soins  
sont complémentaires

...mais réellement!



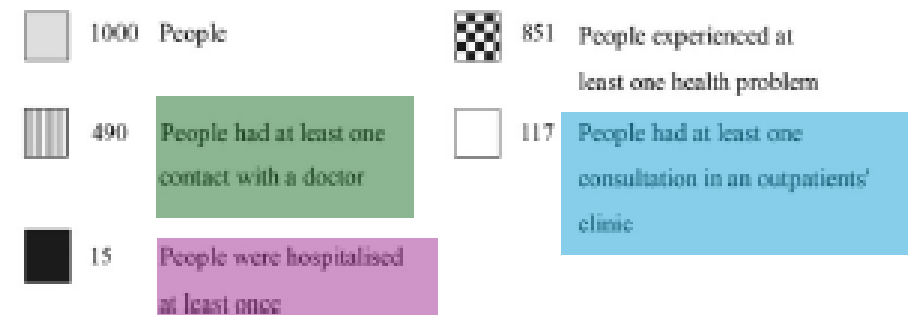
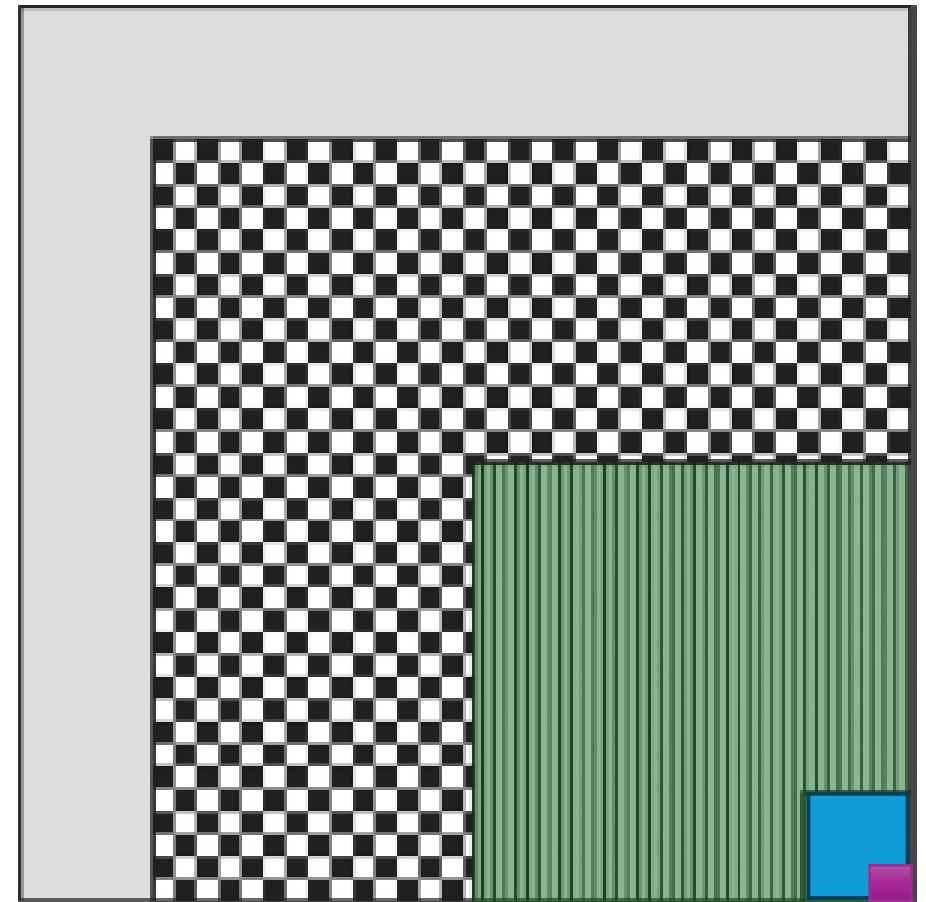
# Complexité et différenciation

- La distinction fonctionnelle en lignes de soins répond à un besoin d'efficacité.
- La différenciation est un processus normal de réponse à la complexité de besoins.



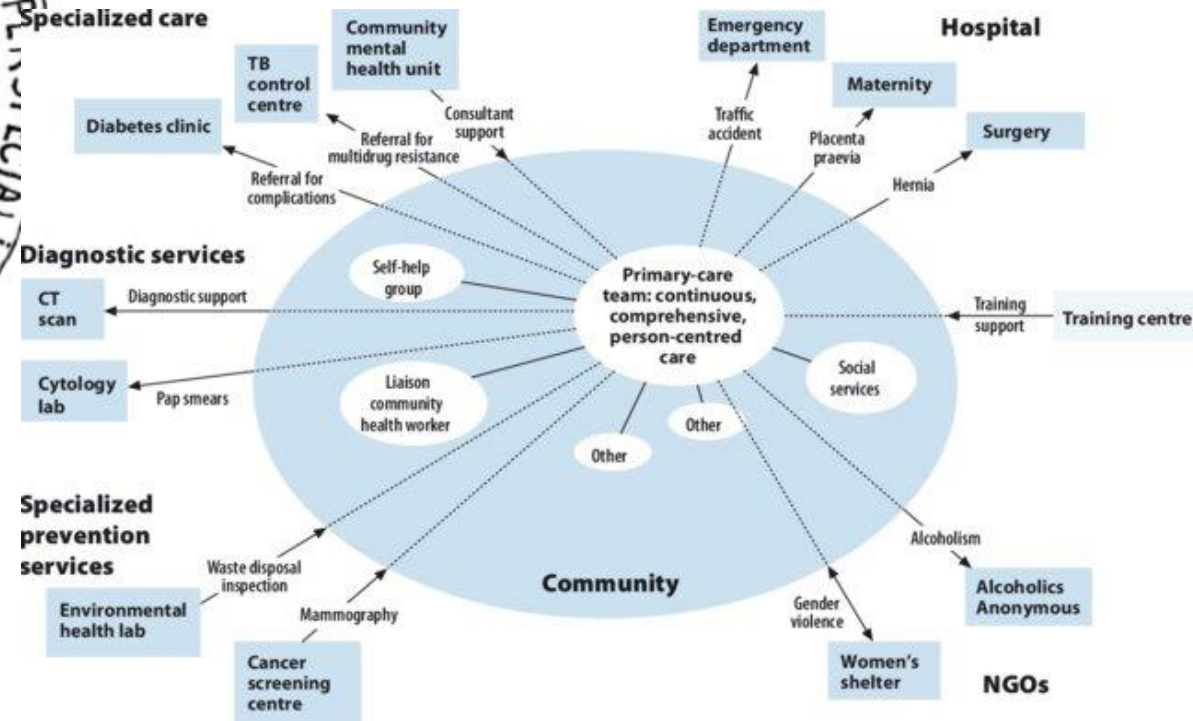
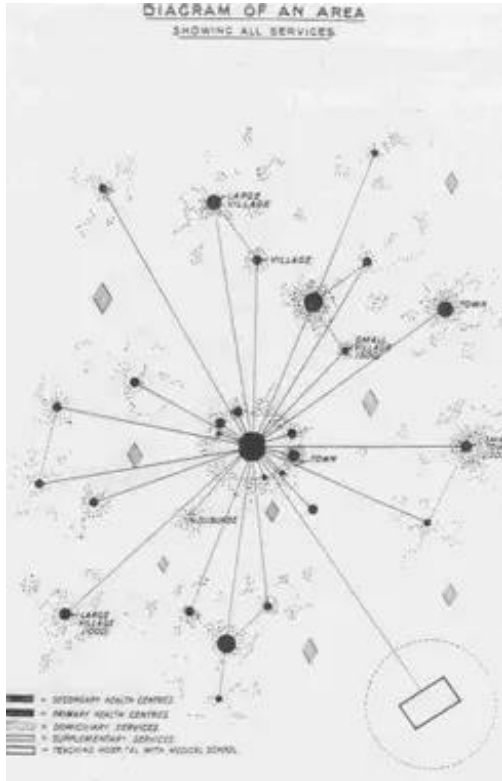
# Ecologie des soins de santé

Figure 2 Ecology of health care in the Liège region, using a model inspired by Green (2001) (monthly prevalence expressed for 1000 people and concerning only recourse to doctors).





# Dawson (UK-1920)-GERM (Be-1971)-OMS (2008)



# Différenciation fonctionnelle en lignes de soins

## Niveau primaire

- 1<sup>er</sup> contact-accessibilité
- Continuité des soins
- Globalité
- Coordination
- Approche communautaire

## Niveau secondaire

- Surveillance
- Compétences techniques
- Compétences scientifiques

## (Niveau tertiaire)

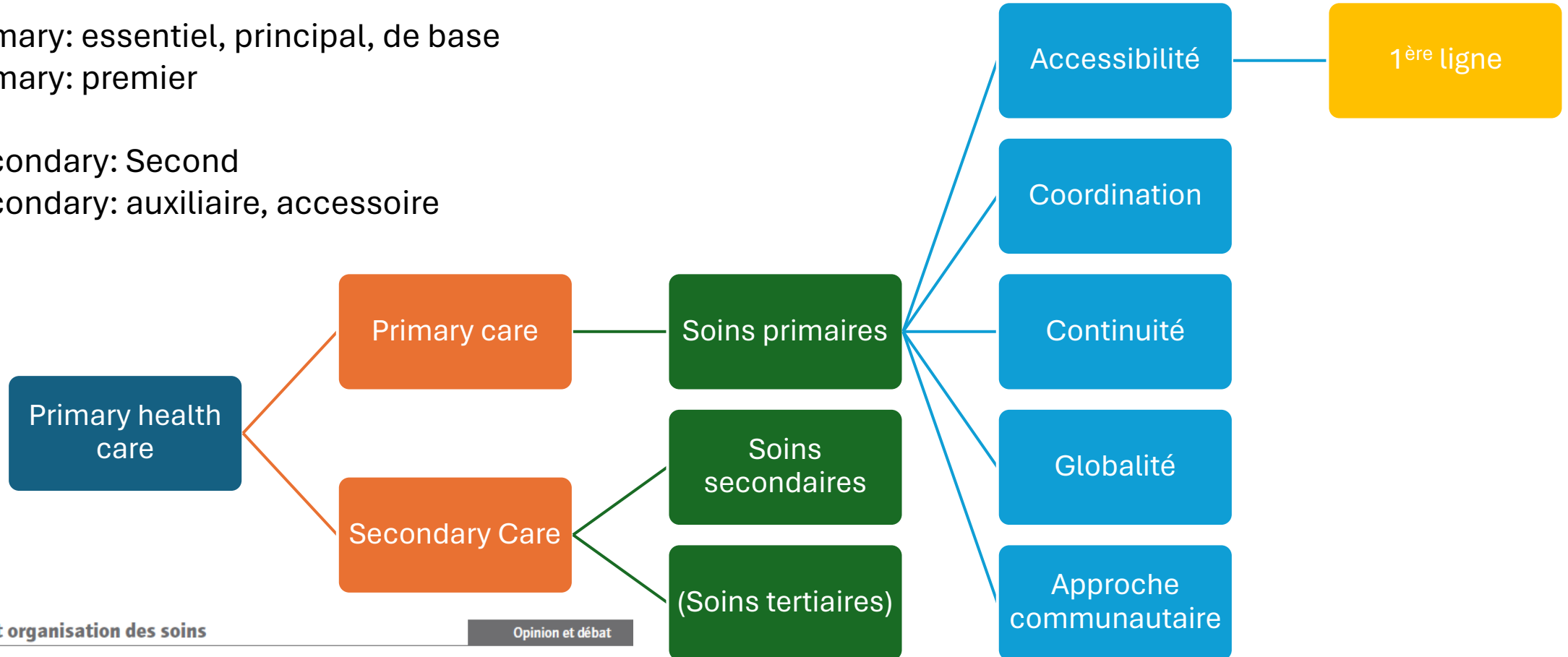
- (Formation)
- (Recherche)



# Confusion des termes

Primary: essentiel, principal, de base  
Primary: premier

Secondary: Second  
Secondary: auxiliaire, accessoire



Pratiques et organisation des soins

Opinion et débat

**Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne**

*Primary healthcare is more than just first-line healthcare*

André Crismer<sup>1,2</sup>, Jean-Luc Belche<sup>1</sup>, Jean-Luc Van der Vennet<sup>3</sup>

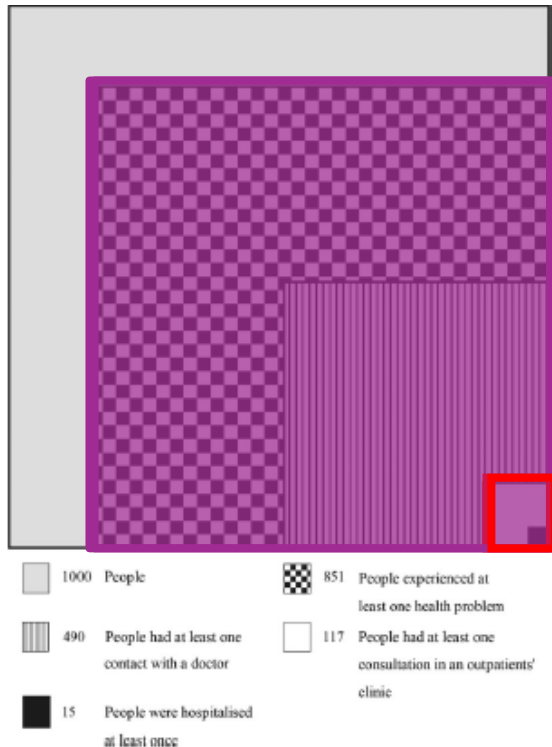
## 5.3 Primary/ambulatory care

In this section, primary health care is defined as the first point of contact between an individual and the health system. Since there is no referral system in Belgium, for several specialties (in particular for gynaecology, ophthalmology, dermatology, paediatrics and otorhinolaryngology) the specialist often forms the first point of contact with the patient in the health care system. They will therefore be considered in this section along with GPs.



# Lignes de soins complémentaires et différenciées (1)

En période COVID



primary responsibility for helping patients make decisions. When a single disease dominates a patient's health problems, a specialist may be the optimal primary decision maker<sup>8</sup> (eg, an oncologist is the logical primary decision maker for patients with cancer undergoing aggressive cancer therapy). Most often, a generalist with expertise and experience in caring for complex patients with multiple chronic conditions may be best equipped to supervise care that requires integrating across all conditions within the context of each patient's health goals and priorities. The term *generalist* fails to capture the breadth of skills and expertise required. A term such as *comprehensivist*, which better conveys the nature of caring for patients with multiple chronic conditions, is needed.

# Lignes de soins complémentaires et différenciées (1)

Pratiques et organisation des soins

Opinion et débat

## Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne

*Primary healthcare is more than just first-line healthcare*

André Crismer<sup>1,2</sup>, Jean-Luc Belche<sup>1</sup>, Jean-Luc Van der Vennet<sup>3</sup>

directeur de l'OMS en 1978 [5]. Dans ce cas, les SSP comprennent la première ligne de soins, mais aussi l'hôpital. Le Professeur Van Balen de l'IMT écrivait : « Le réseau de centres de santé doit être soutenu par un système de référence. Mahler affirmait qu'un système de santé basé sur les SSP ne peut exister sans hôpital pour la continuité des soins nécessitant des techniques qui ne peuvent être réalisées adéquatement au niveau de la première ligne [6]. Ailleurs [7], il rapporte une autre phrase du Dr Mahler : « les soins de santé primaires sans l'hôpital, c'est comme un crocodile sans dent »<sup>3</sup>.

- Accouchement
- Prise en charge de l'infarctus, de l'AVC, des cancers, etc.
- Etc.

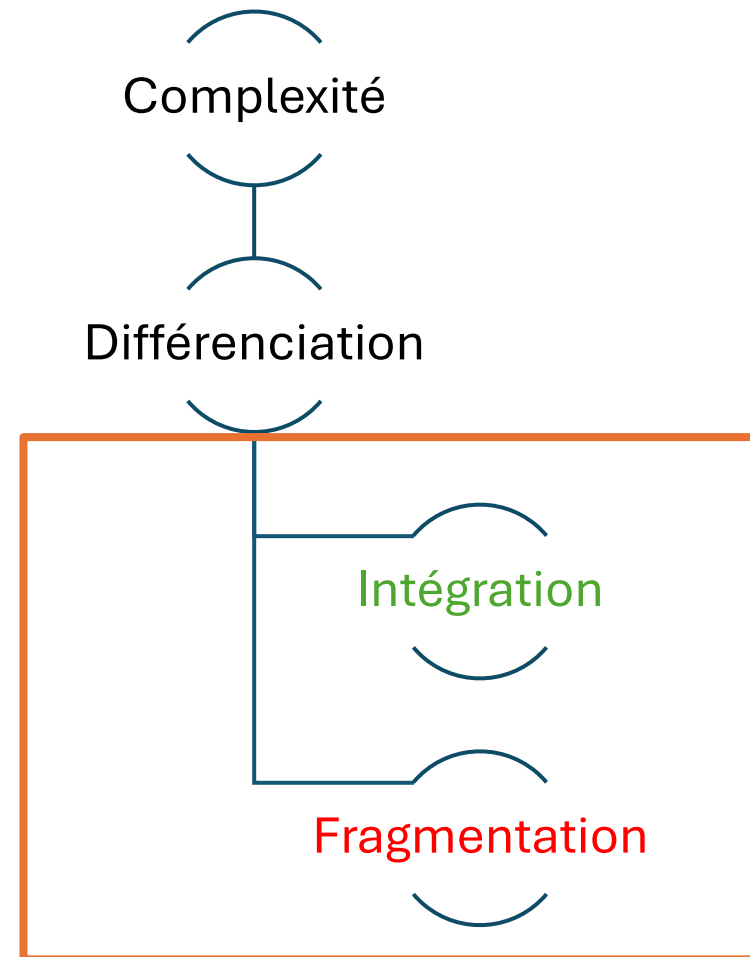
2. La tendance (belge) est à l'hospitalocentrisme et ce n'est pas que la faute de l'hôpital

...mais cela change!



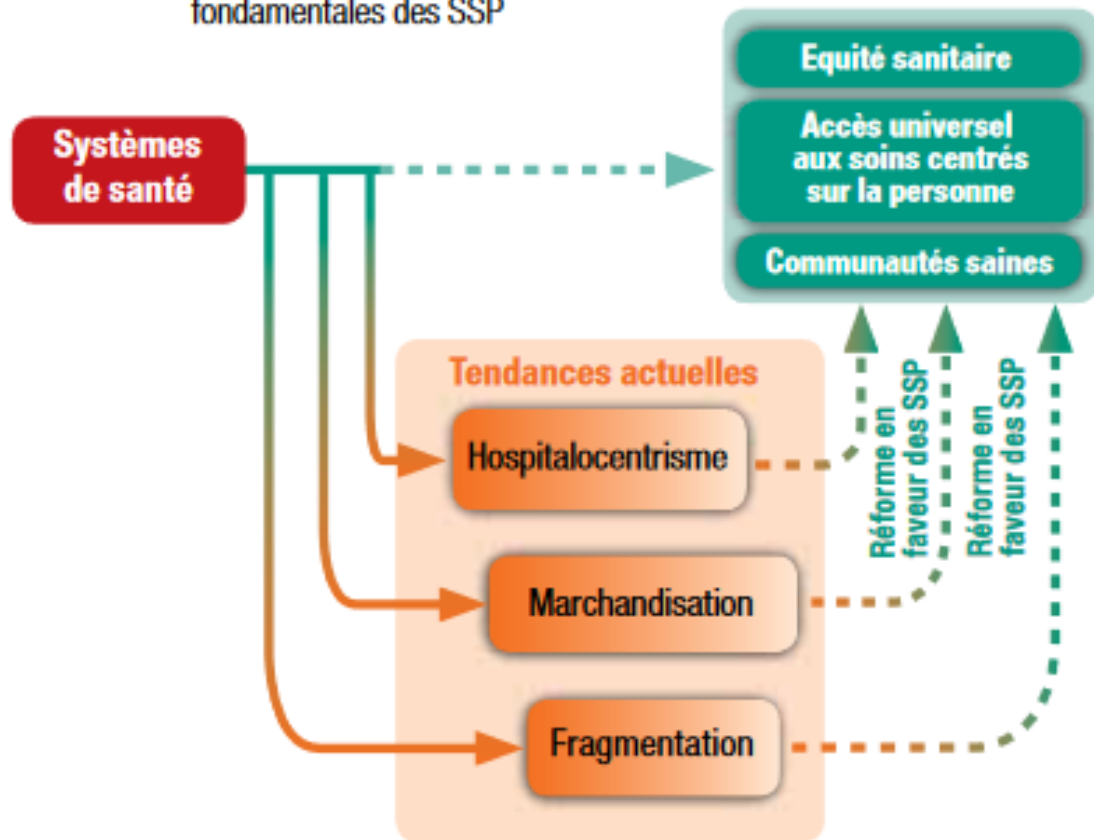
# Complexité et différenciation

- La distinction fonctionnelle en lignes de soins répond à un besoin d'efficacité.
- La différenciation est un processus normal de réponse à la complexité de besoins.
- En absence d'intégration, cela aboutit à la fragmentation



# Tendances d'évolution des systèmes de santé

**Figure 1.10** Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP





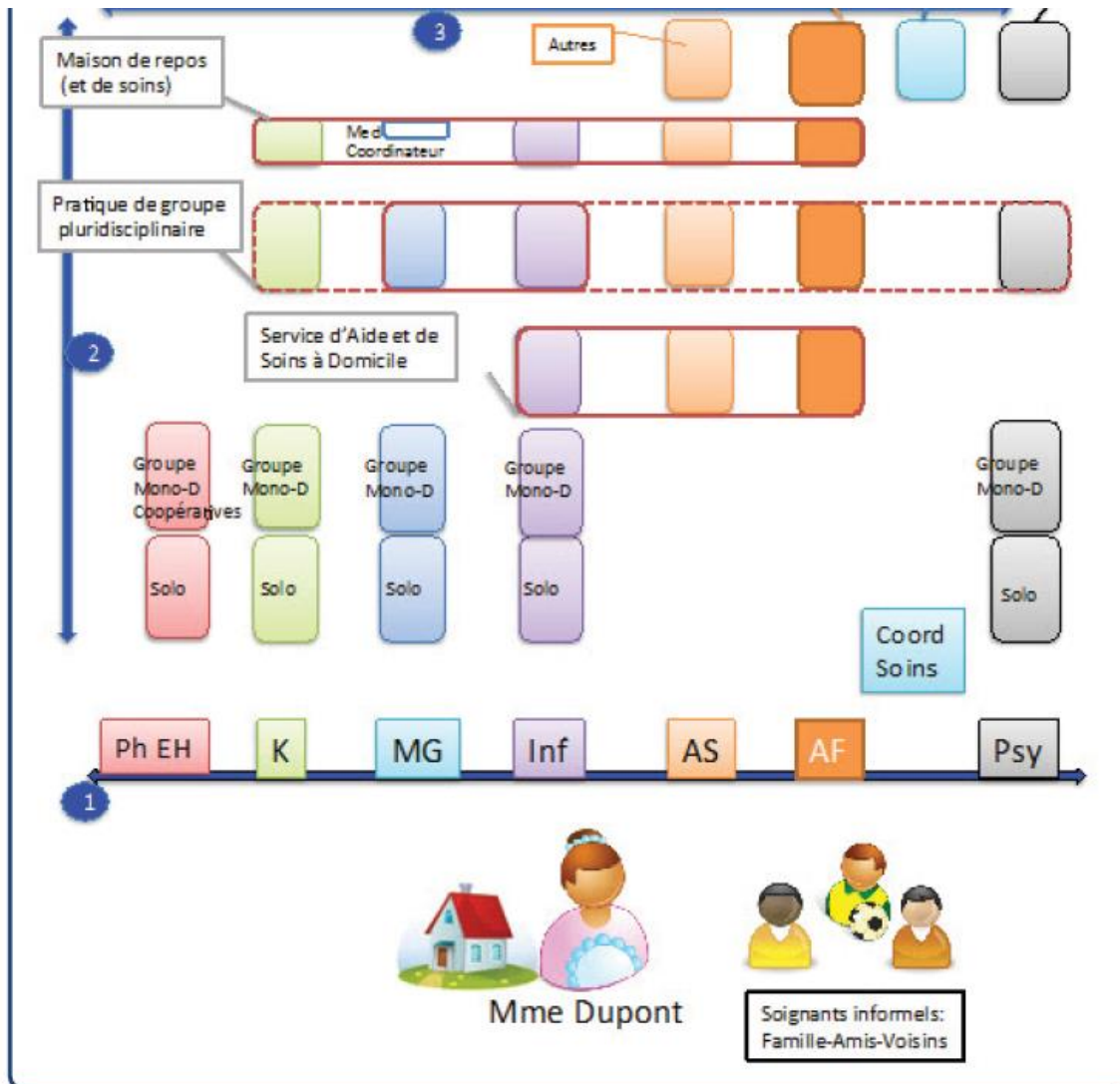
# « Hospitalocentrisme »?

## Du côté hospitalier

- Les structures hospitalières sont à la naissance des systèmes de santé
- 1<sup>ère</sup> modèle structuré des soins de santé
- Plus de poids accordé aux compétences techniques et scientifiques



# « Hospitalocentrisme »?



## Du côté soins primaires

- 1ère ligne plus souvent définie par défaut
- Médecin généraliste = spécialisation jeune
- Peu structurée ou fragmentée

Figure 1 : Paysage des professionnels de la première ligne de soins. Ph EH : pharmacien extrahospitalier, K : kinésithérapeute, MG : médecin généraliste, Inf : infirmier(e), AS : assistant(e) sociale, AF : aide familiale, Psy : psychologue, Coord Soins : coordinateur/trice de soins, Groupe Mono-D : groupe mono disciplinaire.

# Cadres différents

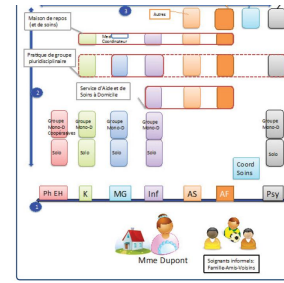


Figure 2 : Passage des professionnels de la première ligne de soins (Ph, Eh, pharmacien, cardiologue), à la deuxième ligne (MG, médecin généraliste, inf, infirmière, AS, coordonnateur soins) et une tierce ligne (Psy, psychologue, Coord Soins, coordonnateur/porte de soins, Groupe Méso-Di, groupe méso disciplinaire).



## Cadre organisationnel

- Modalités organisationnelles
- Permanence des services
- Horaires
- Informatisation
- Formulaire thérapeutique
- Modalités de financement
- Équipement technique

## Cadre professionnel

- Conventionnement
- Revenus
- Partage de tâches et collaboration pluridisciplinaire
- Représentation

# Conséquences de la fragmentation/1

- Protocoles de collaboration entre Hôpital et Soins primaires
  - Peu fréquents
  - Peu concertés
  - Non adapté au contexte des soins primaires
  - Peu efficient
- Protocoles de soins transmuraux-SPF 2011
- HAD: KCE 2015

Pour les acteurs belges, **l'implication du MG est essentielle pour assurer la continuité des soins**, mais il persiste des divergences de vues quant au degré de cette implication. Quelques conditions sont toutefois indispensables pour permettre aux MG d'assurer le **suivi médical**, : la possibilité pour le MG de garder un contact étroit avec le spécialiste, la possibilité de se faire remplacer par un collègue en cas d'empêchement, et l'existence d'une coordination efficiente entre les soins médicaux, les services sociaux et les services de support. Le modèle de fonctionnement actuel des soins palliatifs a été à plusieurs reprises évoqué comme une solution adaptable à l'HAD, avec une équipe de soutien spécialisée en appui pour le médecin généraliste.

Seul

# Conséquences de la fragmentation/2

## 10 ans de concertations oncologiques multidisciplinaires : bilan et perspectives



KCE Reports 239B (2015)

### ...mais peu de généralistes

On constate clairement que la participation des médecins généralistes aux COM est très faible. Pourtant, ce sont eux qui connaissent le mieux leurs patients, avec leur histoire passée, leurs problèmes présents et leurs souhaits pour l'avenir. Leur apport est donc crucial, et ce d'autant plus que le traitement du cancer, aujourd'hui, ne vise plus uniquement l'efficacité technique mais aussi la qualité de vie du patient pendant et après son traitement.

Le KCE a tenté d'identifier les causes de cette non-participation, en collaboration avec les centres de médecine générale des Universités de Liège et de Gand. Il s'avère que les médecins généralistes ne sont pas toujours informés (ou pas à temps) de la tenue d'une COM pour un de leurs patients. On recense également des raisons pratiques (distances, horaires peu compatibles). Des moyens de communication alternatifs comme les vidéoconférences peuvent aussi être ici une solution. C'est surtout pour les patients dont la situation psycho-médico-sociale est complexe qu'il est important que les équipes hospitalières fassent un effort de créativité pour impliquer le médecin généraliste dans leur réflexion.



# Conséquences de la fragmentation/3

- Saturation des urgences hospitalières par des « cas » de médecine générale
  - Assurer un tri aux portes des urgences?
  - Placer un poste de garde aux urgences?
  - Renforcer l'équipe des Urgences par des MG?
  - Créer un « maison médicale » au sein des Urgences?
- **Ou Interroger le manque d'accessibilité/continuité de la MG?**
  - **Et chercher à renforcer la 1<sup>ère</sup> ligne...**



# Et quand l'hôpital souhaite se concerter avec la 1<sup>ère</sup> ligne...

Projet SYLOS  
2013

Territoires de collaboration différents entre  
1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne

Faible structuration organisationnelle et  
territoriale de la 1<sup>ère</sup> ligne

C'est qui la 1<sup>ère</sup> ligne?  
Qui est la médecine  
générale avec qui je  
dois parler?





# Cela change: Pratique de MG/Soins primaires



- Structuration de la pratique de MG
  - Regroupement professionnel
    - Permet une plus grande offre de soins et plus grande accessibilité (pour les patients et pour la collaboration)
  - Professions de soutien (Secrétariat, infirmier au sein des pratiques de MG)
    - Élargissement de l'offre de soins et plus grande accessibilité
- Décentralisation de certaines techniques
  - Augmentation de la capacité logistique en diagnostic et traitement

# Cela change: approche des situations complexes



Les limites de l'approche centré sur une maladie

Vers des soins centrés sur les objectifs de vie des patients (GOC-ASCOP)

Plus efficaces en situation de multimorbidité

En cours dans certains H

<https://ascop.be/>

# Cela change: les territoires de collaboration



## Réforme de la 1<sup>ère</sup> ligne/Soins primaires en Wallonie

Niveau local: bassin de vie

Niveau loco-régional: bassin de soins

Niveau régional

Le territoire locorégional doit donc être à la fois suffisamment large pour regrouper l'ensemble des services et des compétences nécessaires pour répondre à l'ensemble des problématiques social-santé de la population et, en même temps, suffisamment petit pour comprendre les besoins, les enjeux et les priorités territoriales. C'est sur ce territoire que s'organise le niveau méso. En partant d'une logique de soins primaires, ce niveau a la responsabilité d'articuler de manière harmonieuse des programmes répondant à des besoins spécifiques et cela en connectant les structures de soins primaires avec d'autres services (entre autres, les services hospitaliers). Il s'agit d'une part de décroiser les lignes de services, de penser la

Une organisation territoriale,  
pourquoi ?

[Anne-Sophie Lambert](#), [Béatrice Scholtes](#), [Denis Herbaux](#), [Jean Macq](#)

Santé conjugulée n°104 -  
septembre 2023

# Les attentes des uns vis-à-vis des autres sont nécessairement différentes!



# Des différences fondamentales

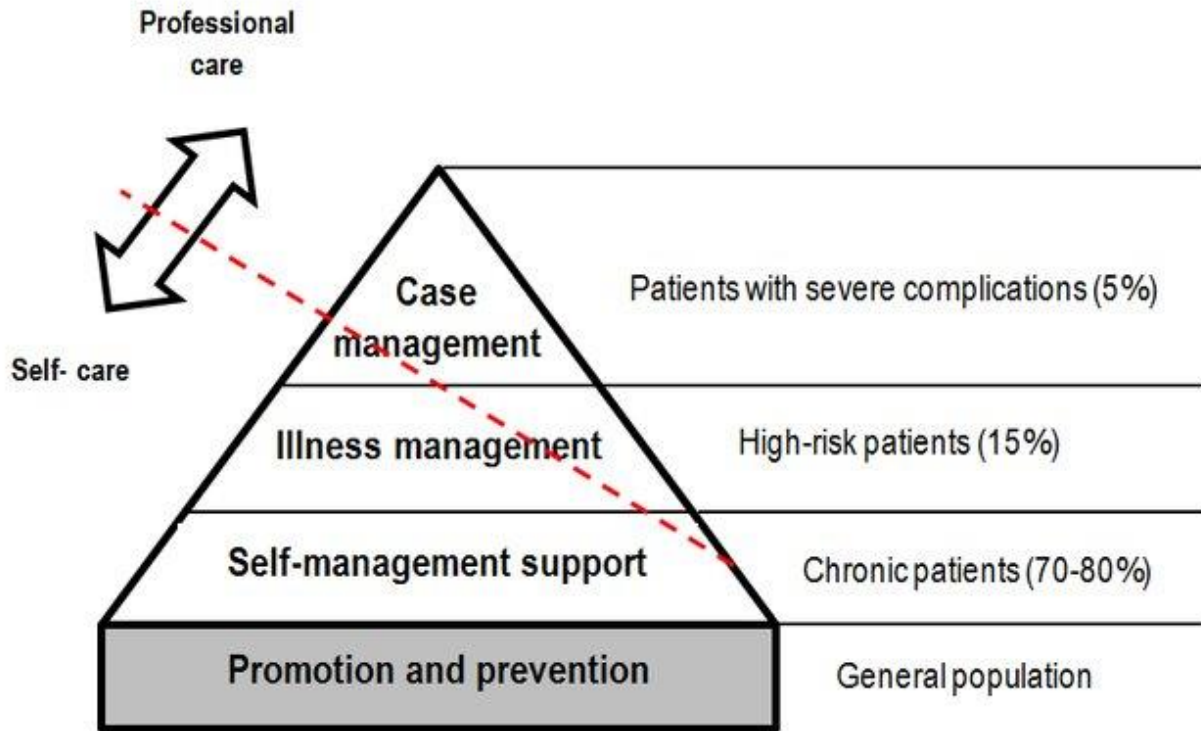
## **Salle d'attente du MG**

- 800-1000 patients d'un territoire limité
- Non sélectionnés-Tout âge
- Stade précoce/indifférencié de maladie
- Prévalence élevée de problèmes simples
- Prévalence faible de problèmes graves

## **Salle d'attente d'un MS**

- 2000 (?) patients d'un grand territoire
- Sélectionné: âge, pathologie
- Stade plus avancé
- À priori, pas/peu de problèmes simples
- Prévalence élevée de problèmes graves

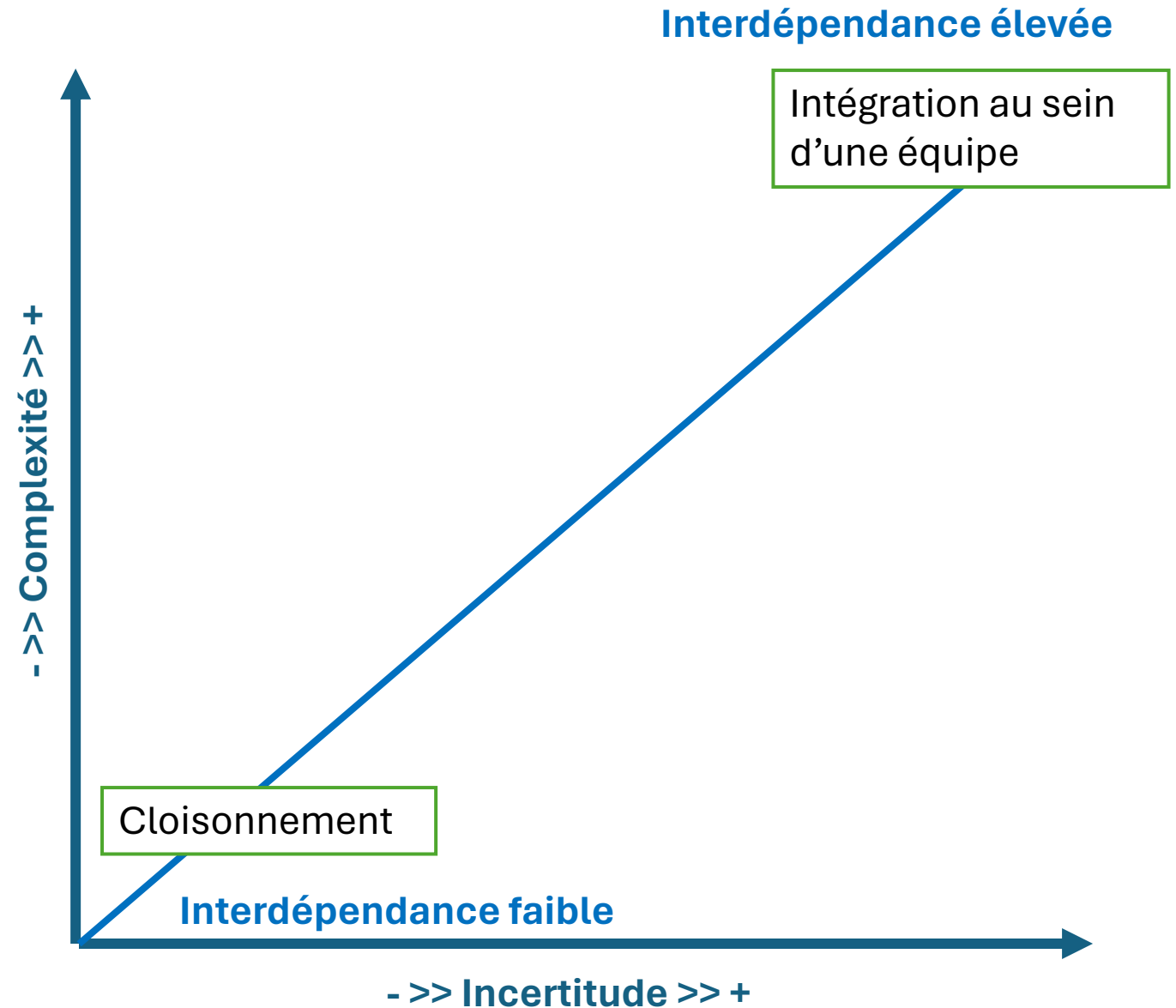




Le quotidien des soignants hospitaliers

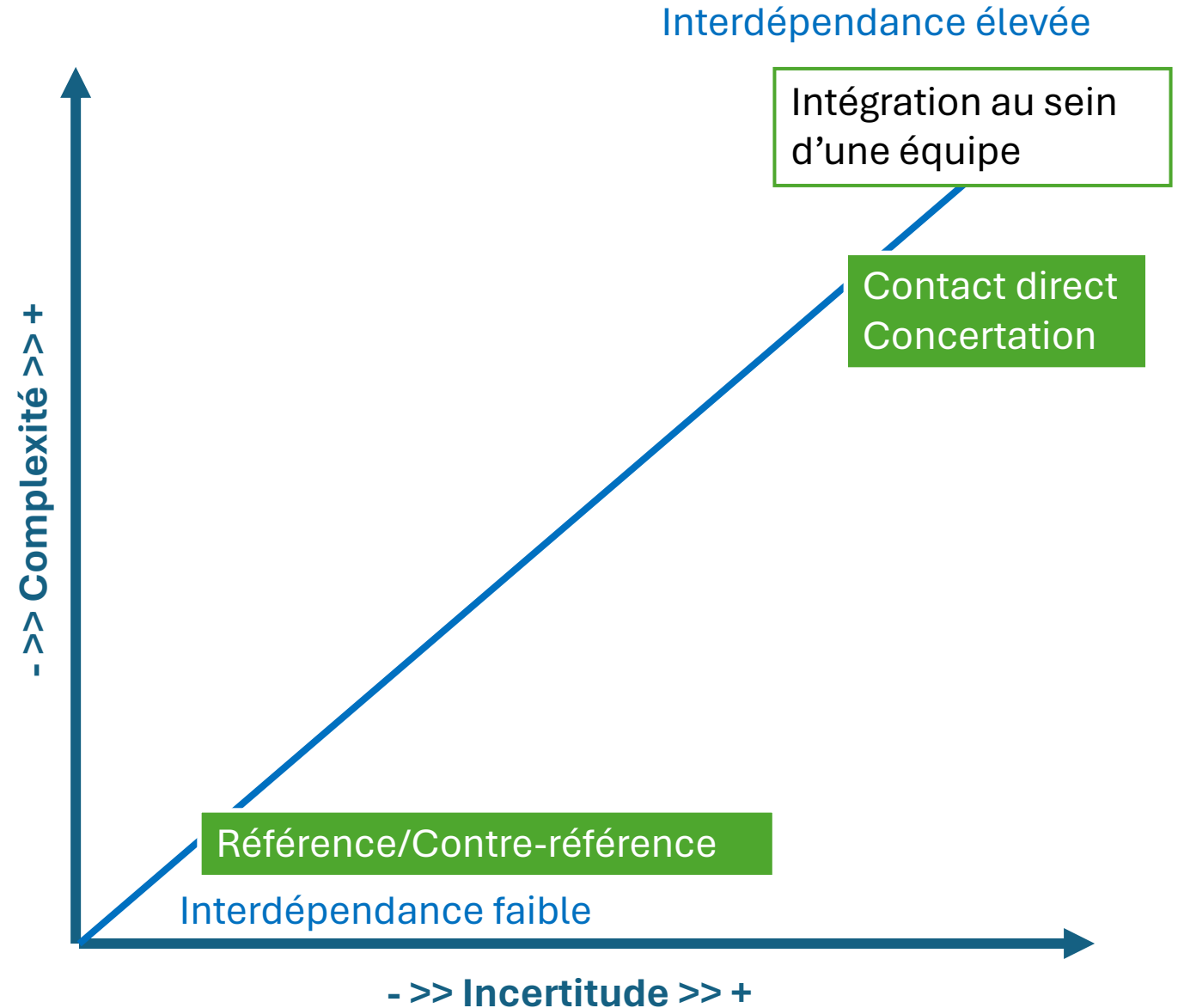
Le quotidien des soignants de Soins Primaires

Influence de la complexité et de l'incertitude sur le canal de communication



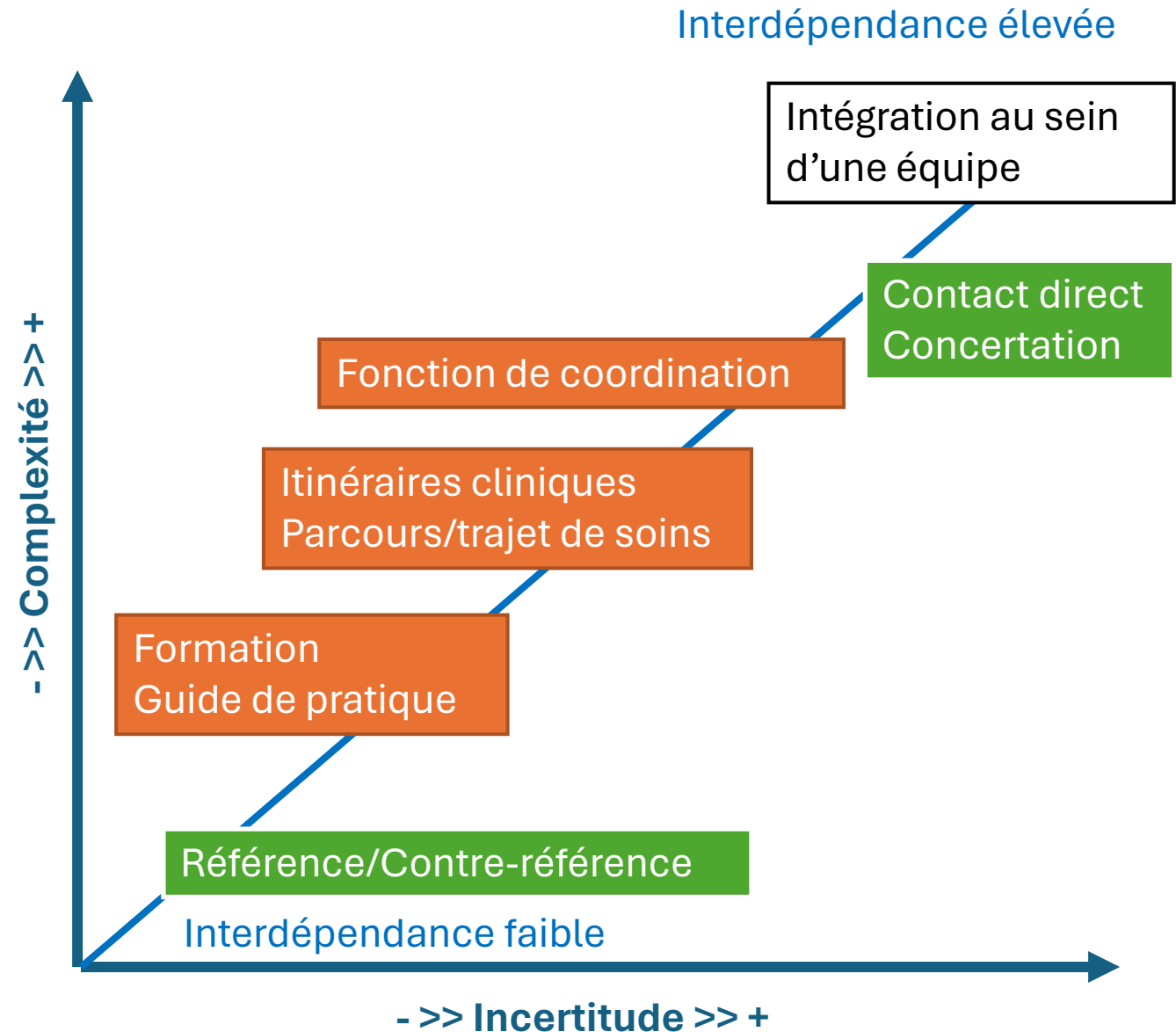


# Influence de la complexité et de l'incertitude sur le canal de communication



# Constats

- Faible partage d'information
- Transfert d'information peu automatisé
- Pas de description des rôles de chacun
- ...donc on tente de se contacter directement
  - pas toujours utile/adéquat
- ...ou pas. Et chacun fait ce qu'il pense être le mieux, sans concertation



# Besoins en collaboration: **situation simple**

## **Pour le MG**

- Système de partage/transmission d'information performant: complet et rapide
- Justification des modifications
- Décisions cliniques qui prennent en compte la réalité de l'ambulatoire

## **Pour le MS**

- Disponibilité de l'information lors des contacts
  - Lettre de transmission, résumé de dossier complet et mis à jour
  - Situation fonctionnelle
  - Ressources au domicile

SUMHER complet et consulté  
Schéma de médication  
E-FORM de référence

# Besoins en collaboration: **situation complexe**

## Pour le MG

- Clarification des tâches dans des situations de complexité modérées
  - Y compris la/les fonction(s) de coordination
- Préparer les retours à domicile de situations complexes

## Pour le MS

- Implication du MG dans des trajets de soins pour des situations complexes (mais peu fréquentes pour le MG)

En Belgique aussi, la **transition entre les différentes lignes de soins** a régulièrement été désignée comme un élément très important. Les acteurs belges interviewés partent tous du principe que notre paysage de soins doit accorder une **priorité à la continuité** et que, dans les plans de prise en charge, une attention toute particulière doit être portée aux **transitions**, en amont et en aval de l'HAD, ce qui implique de développer et de promouvoir l'usage de **protocoles de soins** et de **dossiers informatisés partagés** entre institutions (voir section 4.5).

Les leviers et les obstacles se  
situent à différents niveaux

# L'arc-en-ciel de l'intégration des soins

## Outils au service de la collaboration

- Moyens de communication/partage de l'information
- Modalités de concertation
- Protocoles de collaboration
- Mode de rémunération



## Culture de collaboration

- L'envie de collaborer entre professionnels, entre organisations
- Définir un objectif commun: le patient
  - (au lieu du centrage professionnel)

Les 2 dimensions sont indispensables!

# Possibilités au niveau d'un hôpital

- Culture de collaboration: à initier et entretenir
- Connaissance de la réalité professionnelle du MG/soins primaires
- Échange et partage de l'information autour d'un patient
- Espaces de concertation, si nécessaire autour d'un patient
- Co-crédation de parcours de soins pour des situations courantes, avec clarification des tâches
- Territoire de concertation, autour d'une population commune
- Etc.





# Devoirs de la MG et des soins primaires

- Accessibilité pour le patient et les professionnels
- Transmission/partage de l'information de qualité
- Structuration des pratiques
- Investir la représentation professionnelle et les territoires de collaboration



# Messages clefs

- Les lignes de soins sont complémentaires...mais réellement!
- La tendance (belge) est à l'hospitalocentrisme et ce n'est pas que la faute de l'hôpital. Mais cela change..!
- Les attentes des uns vis-à-vis des autres sont nécessairement différentes
- Les leviers d'action et les obstacles se situent à différents niveaux

# Merci pour votre attention

[jlbelche@uliege.be](mailto:jlbelche@uliege.be)

