



Vers des soins intégrés pour une meilleure santé

Leçons apprises
à partir de quatre expériences belges

Thérèse Van Durme

Jean Macq

Luxembourg, 16 octobre 2019



- Situation de la Belgique
- Définition de l'intégration des soins et cadre théorique
- 4 exemples d'initiatives pour modifier le système belge
- Résultats de ces initiatives
- 6 leçons apprises à partir de ces initiatives

If Belgium were your home instead of Luxembourg you would...

be **9 times more** likely to be murdered

[more info](#) ▼

be **19.72% more** likely to be unemployed ▼

make **51.48% less** money ▼

consume **47.67% less** oil ▼

spend **36.79% less** money on health care ▼

use **34.54% less** electricity ▼

have **4.65% more** free time ▼

be **17.97% less** likely to be in prison ▼

experience **7.69% more** of a class divide ▼

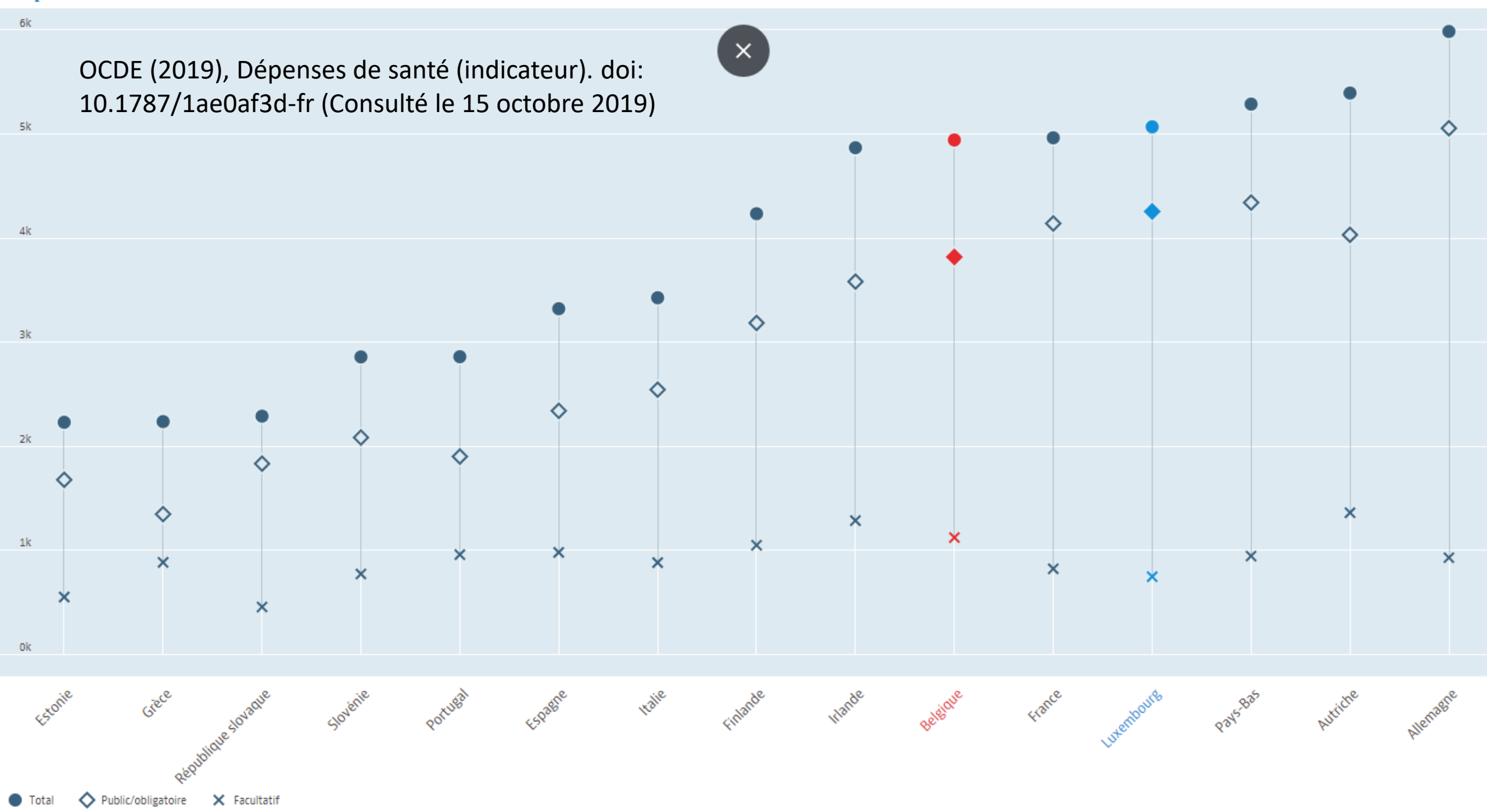
be **33.33% less** likely to have HIV/AIDS ▼

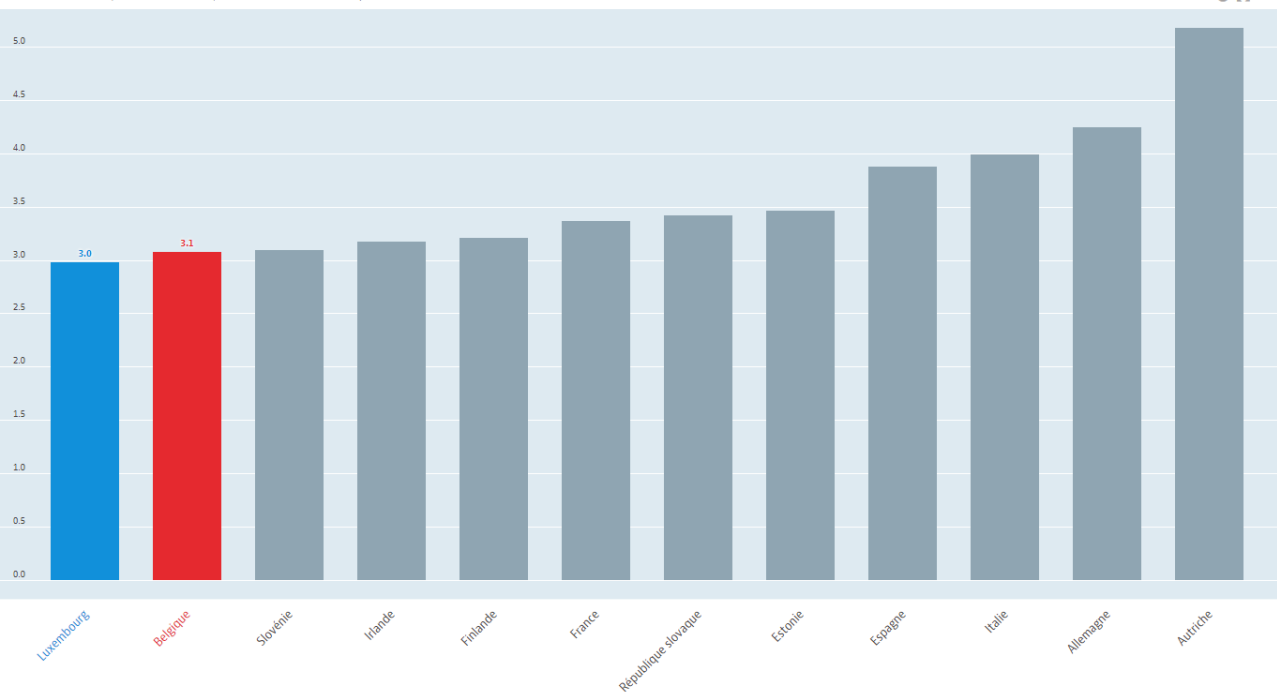
be **2.34% less** likely to die in infancy ▼

die **0.09 years** sooner ▼

have **14.98% fewer** babies ▼

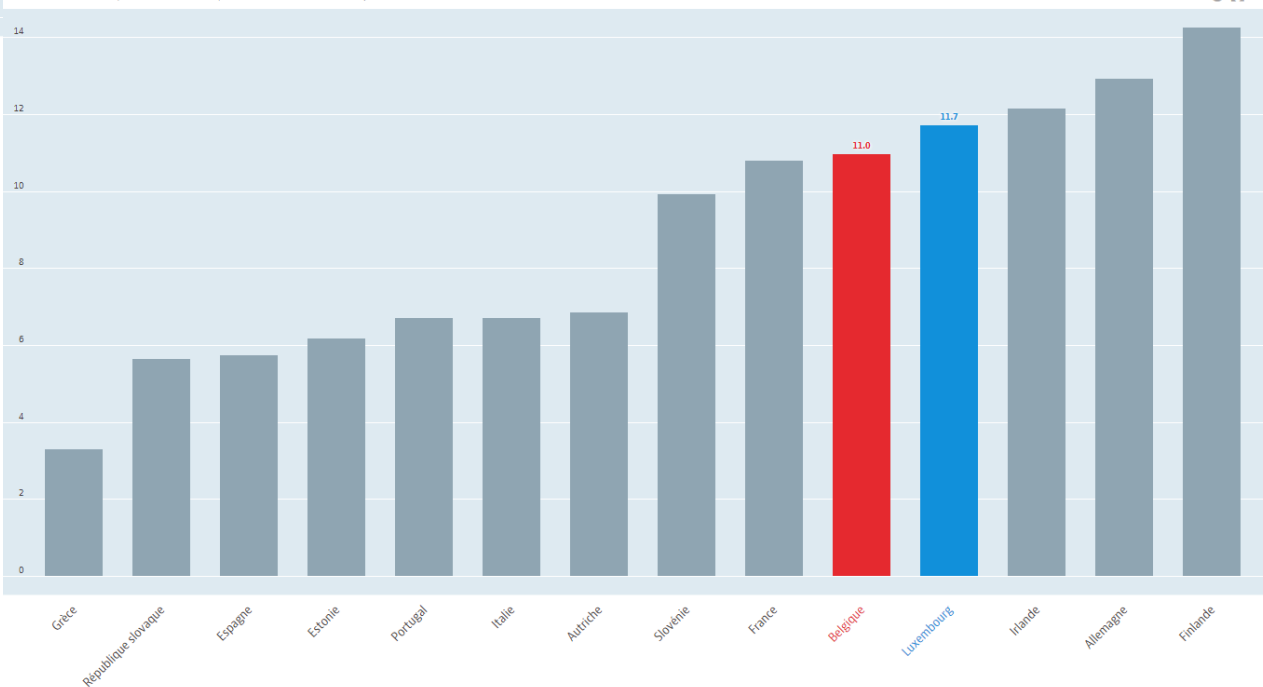
OCDE (2019), Dépenses de santé (indicateur). doi: 10.1787/1ae0af3d-fr (Consulté le 15 octobre 2019)



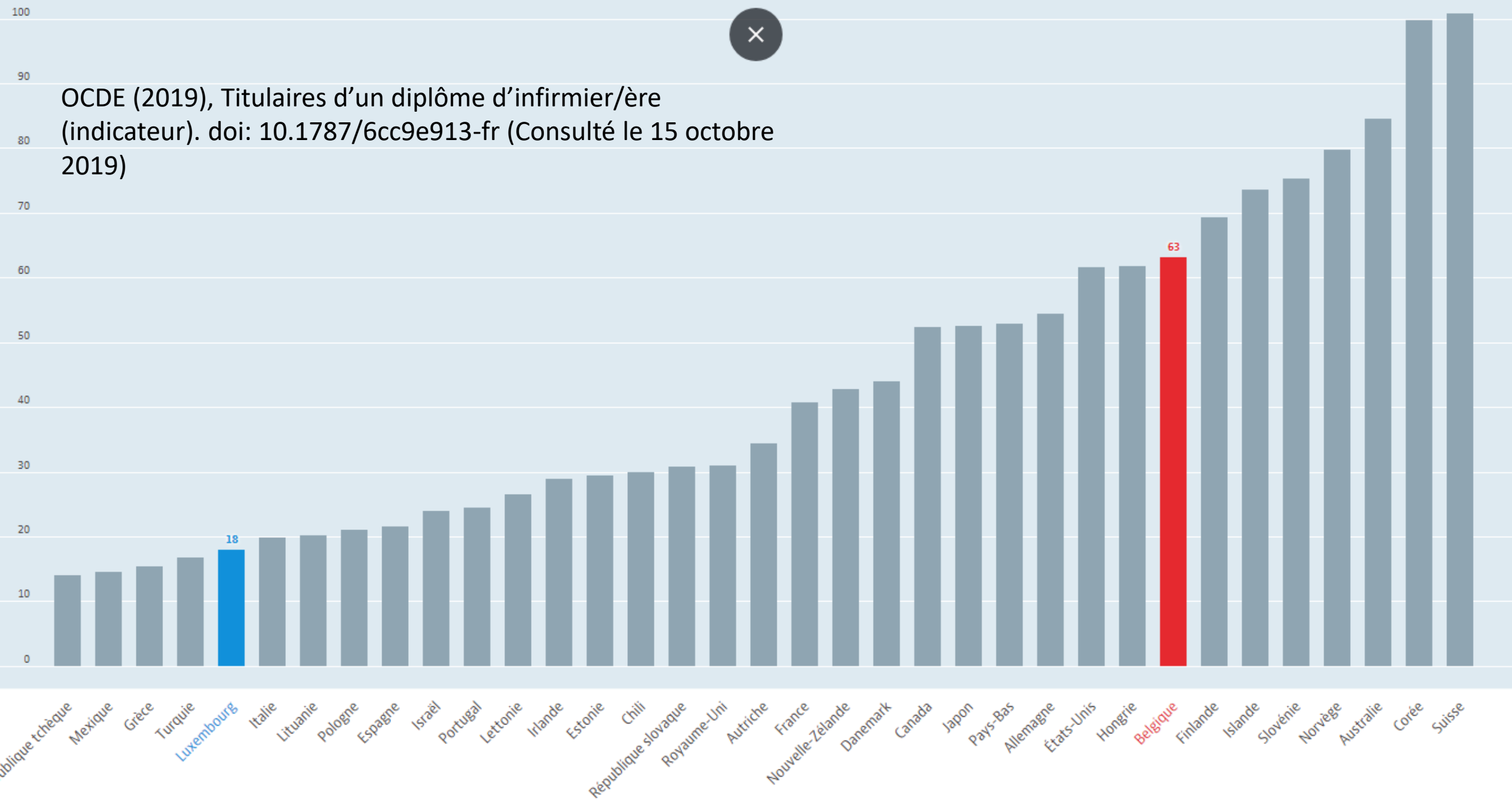


Malgré des indicateurs similaires, les pays sont bien différents

OCDE (2019), Médecins (indicateur). doi: 10.1787/fac6183d-fr
(Consulté le 15 octobre 2019)



OCDE (2019), Infirmiers (indicateur). doi: 10.1787/8c64e724-fr
(Consulté le 15 octobre 2019)



L'intégration des soins vus par l'OMS

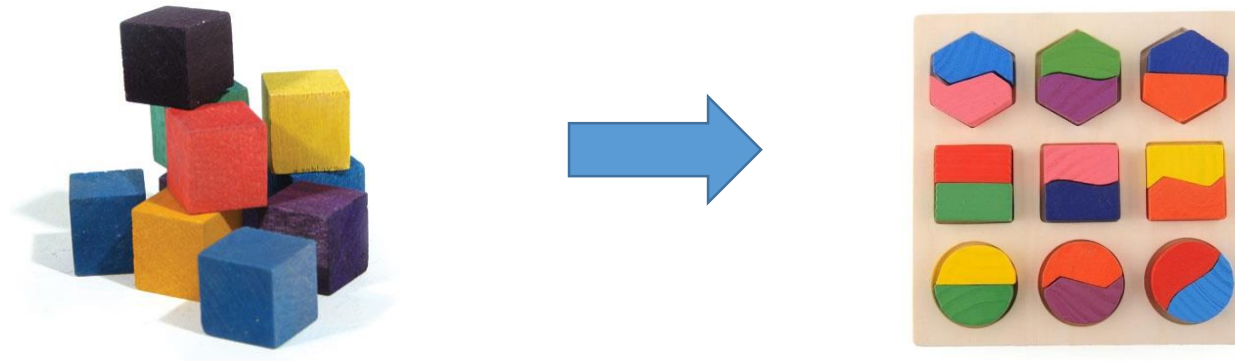


« Gérer et fournir des soins de santé, **dans un continuum** de promotion de la santé, prévention de la maladie, diagnostic, traitement, gestion de la maladie, réadaptation et soins palliatifs, aux **différents niveaux** et lieux de soins, et en **fonction des besoins** du patient. »

Organisation mondiale de la santé, 2016

Intégration des soins versus coordination des soins

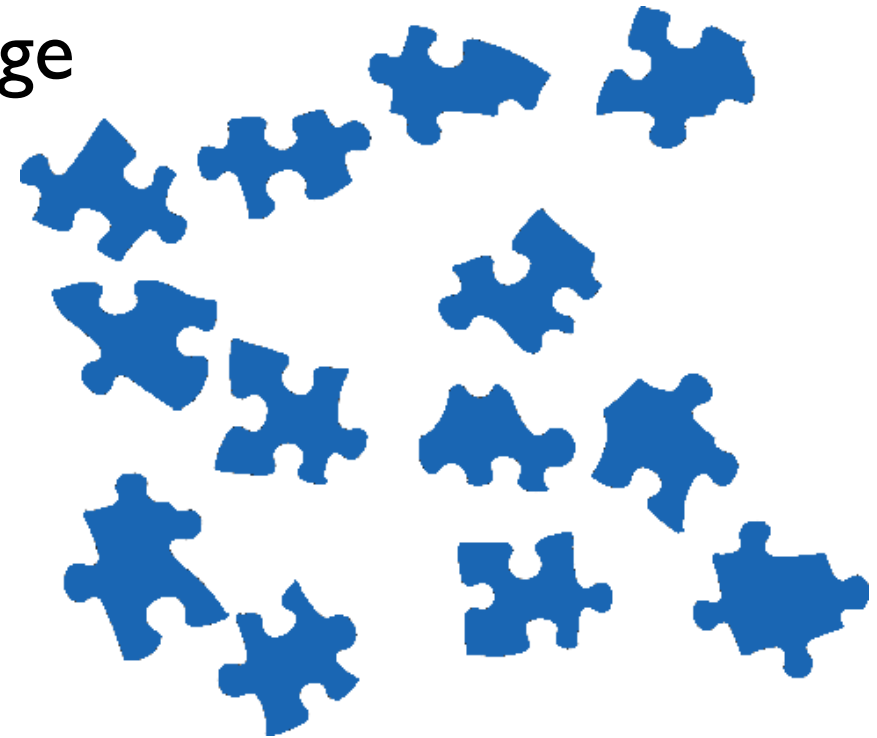
- Soins coordonnés = meilleure interconnectivité entre des soins non modifiés
- Soins intégrés : réorganisation complète des services de soins et d'aide avec mise en commun des ressources et ajustement des pratiques



Pourquoi se focaliser sur l'intégration des soins?

La fragmentation du système de santé belge

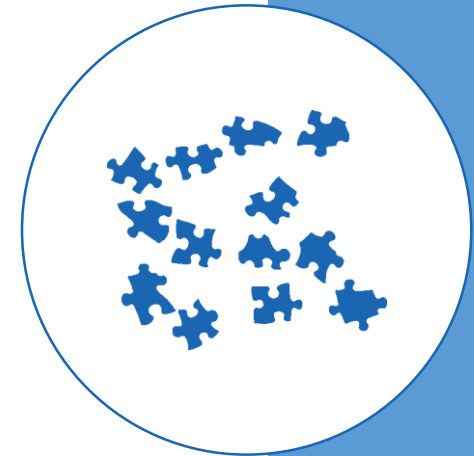
- Piliers confessionnels (chrétien, socialiste, neutre)
- Hôpital vs extrahospitalier
- Disciplines: spécialistes vs. généralistes; médecins vs. infirmiers vs. pharmaciens vs. ergothérapeutes vs. kiné vs. ergo vs.
- Flandre vs. Bruxelles vs. Wallonie vs. Communauté germanophone



... et très réactif (<2% des dépenses pour les soins de santé concernent la promotion de la santé et la prévention)

La population souffrant de maladie(s) chronique est particulièrement vulnérable à cette fragmentation

- Présence de comorbidités,
- Nécessitant des traitements et des soins provenant de professionnels de plusieurs disciplines
- Ces professionnels se trouvent dans des lieux de soins différents – mais viennent aussi parfois à domicile
- Le financement des traitements, des soins, de l'aide peut venir de sources multiples
- L'information récoltée à propos des antécédents, diagnostics, investigations, traitements et réaction aux traitements est éparpillée sur autant de lieux qu'il y a de disciplines et de lieux de soins
- Nécessité de pouvoir partager l'information utile à tous les prestataires qui en ont besoin



Les patients chroniques constituent 63% des décès, 70-80% des dépenses de santé
[Paulus et al., 2013]

	Modèle actuel (as is)	À venir (to be)
Population-cible	Patients (centré sur la maladie)	Population (centré sur les personnes)
	Mono-maladie	Pathologies chroniques multiples
Le rôle du patient	Récepteur passif	Partenaire actif (décision partagée, <i>empowerment</i> , <i>self-management</i>)
Focus des soins	Soins de santé, curatif	Santé publique, promotion de la santé et prévention, bien-être, ...
	<i>One size fits all</i>	Médecine personnalisée, prise en compte des objectifs des personnes
Organisation des soins	Dictée par l'offre	Centrée sur la demande
	Silo, fragmentation	Intégration, continuum, coordination
Rôle du prestataire	Modèle médical	Modèle multidisciplinaire
	Des épisodes individuels	Continuum
Objectif	Processus	<i>Outcome</i>
	Guérir	Qualité de vie maximale, confort, autonomie
Information	Rétrospective	En temps réel, prédictive
	Dossiers papier distincts	Dossier santé partagé
Financement	Volume	Valeur
	Par prestation	<i>Bundled payment</i>
Focus des politiques de santé	Faire des économies	<i>Value based health care [Paulus et al., 2013]</i>

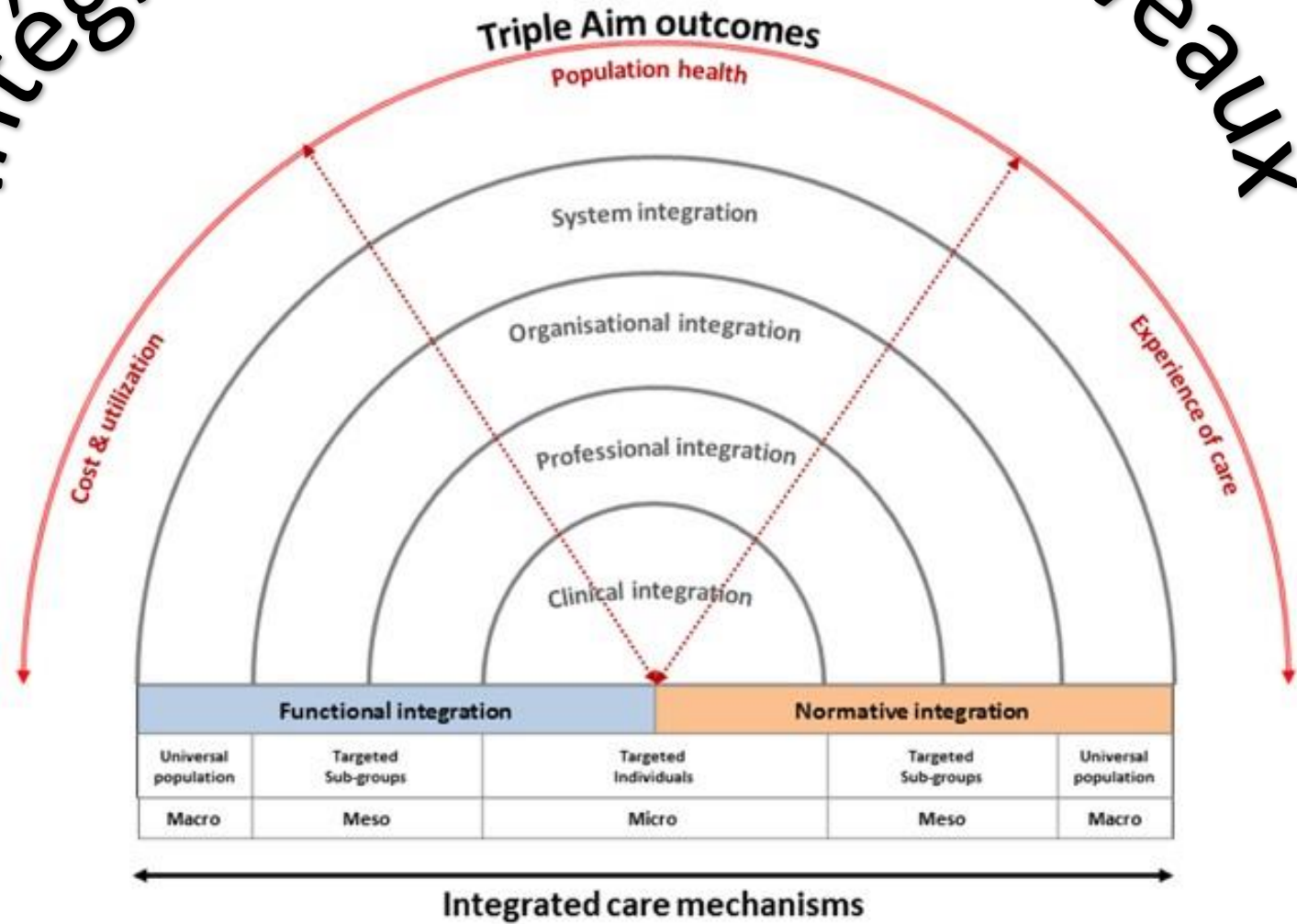
La Belgique a
décidé de
changer

[Van Durme et al., 2014]

Intégration à plusieurs niveaux

Modèle arc-en-ciel “Rainbow model”

(Valentijn & al., 2015)



La Belgique a décidé de changer: 4 exemples

Changement partiel

Changement global

Personnes
âgées fragiles
>2009

- 62 projets-pilote
- 10000 personnes
- Financement: du secteur résidentiel vers l'ambulatoire

Santé mentale
pour les
adultes
>2010

- 5 fonctions-clé
- Cofinancement hôpital vers communauté

Diabète et
insuffisance
rénale
>2011

- Trajets de soins
- Étendus vers d'autres pathologies

Plan de soins
intégrés
>2016

- 12 projets-pilote
- Soutien méthodologique et scientifique
- Gouvernance
- Actions d'appui

3 types d'interventions présentées

- Gestion de cas
- Ergothérapie à domicile
- Soutien psychologique à domicile

Les interventions sont proposées en fonction du profil de dépendance: exemple de la gestion de cas

Personnes
âgées fragiles
>2009

- 62 projets-pilote
- 10000 personnes
- Financement: du secteur résidentiel vers l'ambulatoire

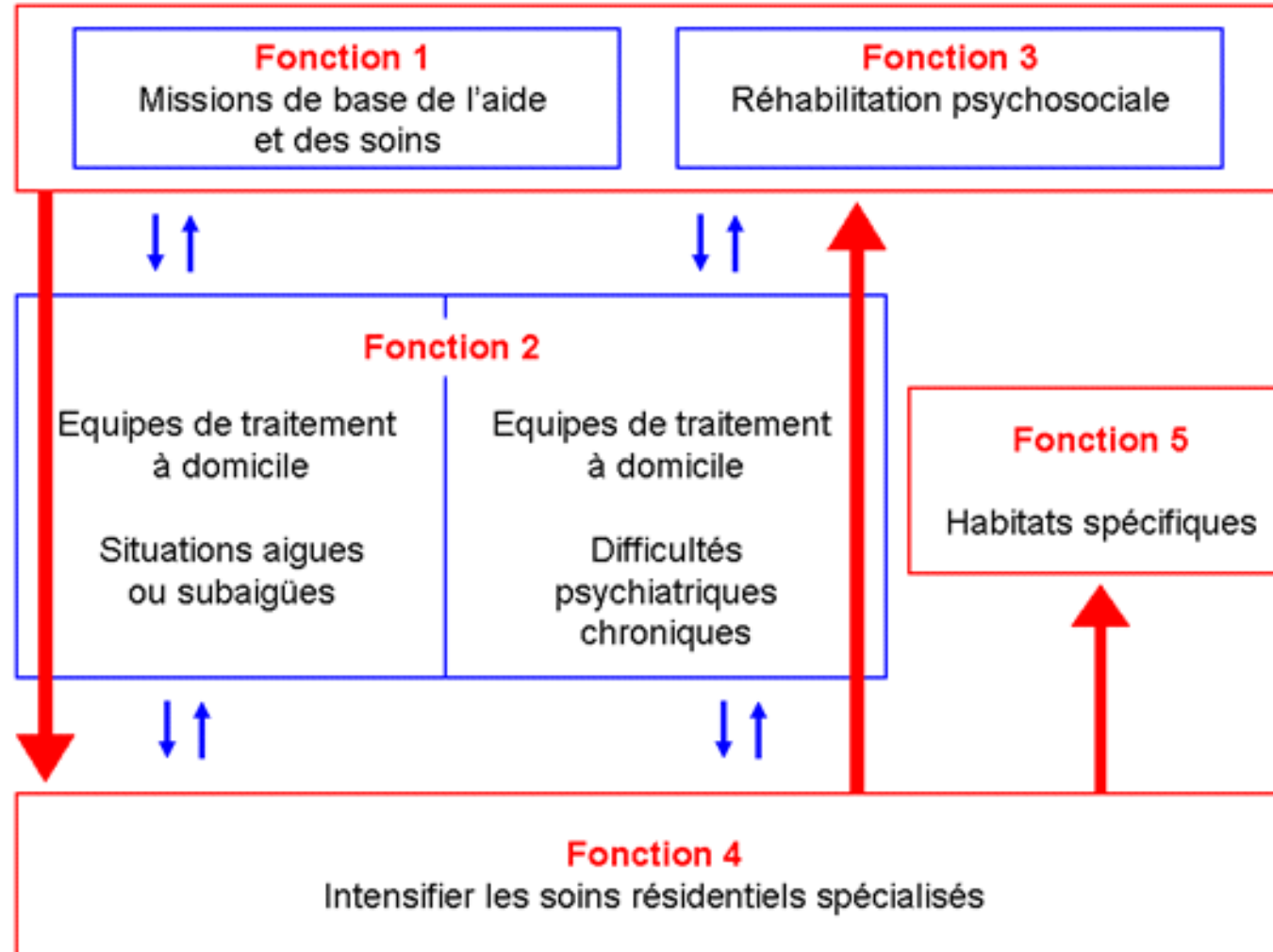
Sous-groupes	Définition en fonction du niveau de dépendance	Critères d'identification à partir du BelRAI-HC		Type d'intervention
Profil 1	Patients ne présentant pas de limitations significatives dans les AIVQ	AIVQp < 24, CPS<3, ADL <3		Coordination
Profil 2	Patients présentant des limitations significatives dans les AIVQ et de légers troubles cognitifs	AIVQp ≥ 24, CPS<3, ADL <3	Sans maladie neurodégénérative	Coordination
			Avec maladie neurodégénérative	Gestion de cas de faible intensité
Profil 3	Patients présentant des limitations fonctionnelles significatives	AIVQp ≥ 24, CPS<3, ADL ≥3		Gestion de cas de faible intensité
Profil 4	Patients présentant des limitations fonctionnelles et cognitives significatives	AIVQp ≥ 24, CPS≥3		Gestion de cas de haute ou faible intensité
Profil 5	Idem profil 4 + troubles du comportement	Profil 4 + troubles du comportement		Gestion de cas de haute ou faible intensité

5 fonctions-clé

Santé mentale
pour les
adultes

>2010

- 5 fonctions-clé
- Cofinancement
hôpital vers
communauté

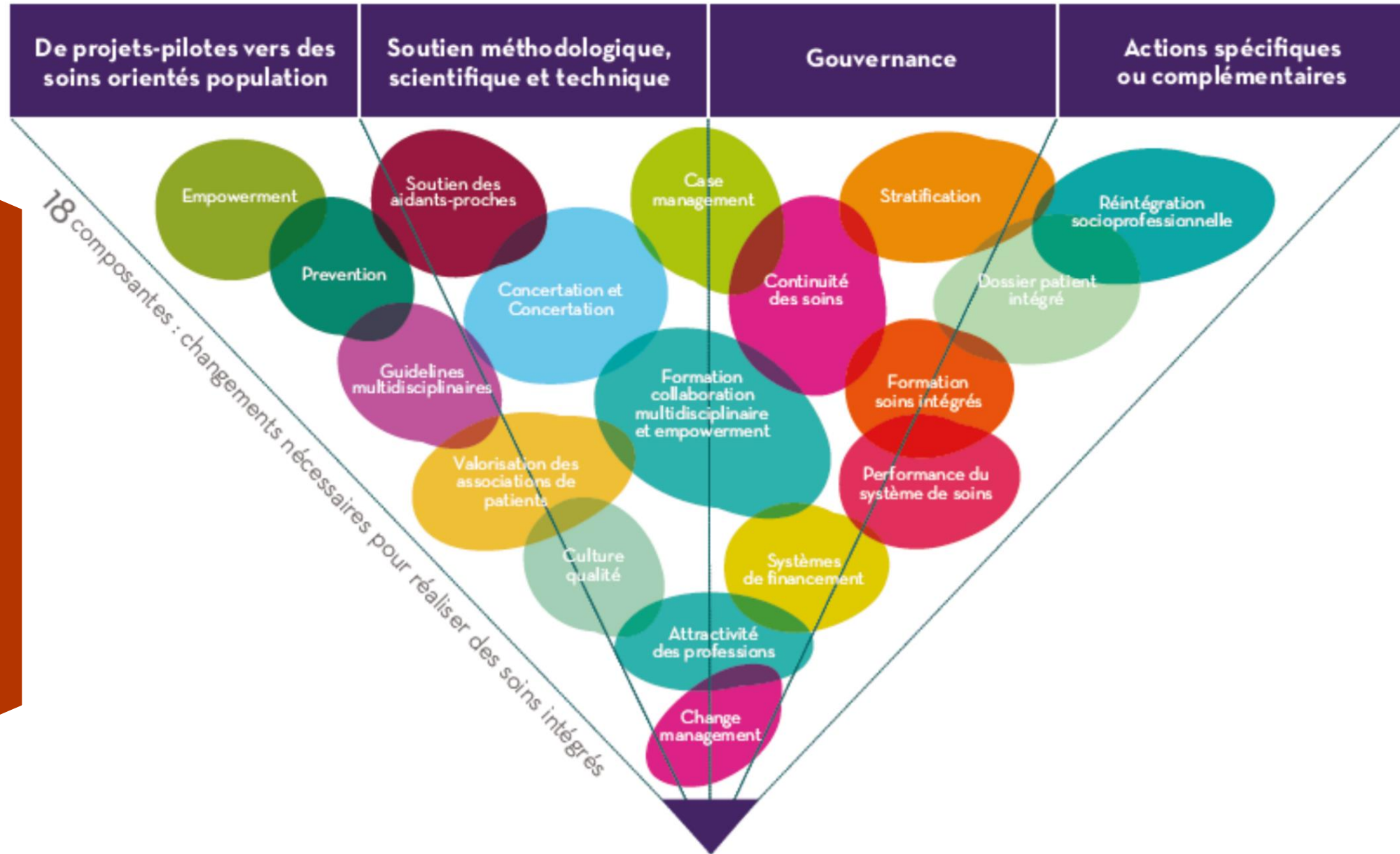


Diabète et insuffisance rénale

- Trajets de soins
- Étendus vers d'autres pathologies

- Un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique.
- Le trajet de soins se base sur une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le trajet de soins commence après la signature du « contrat trajet de soins » par ces 3 parties.

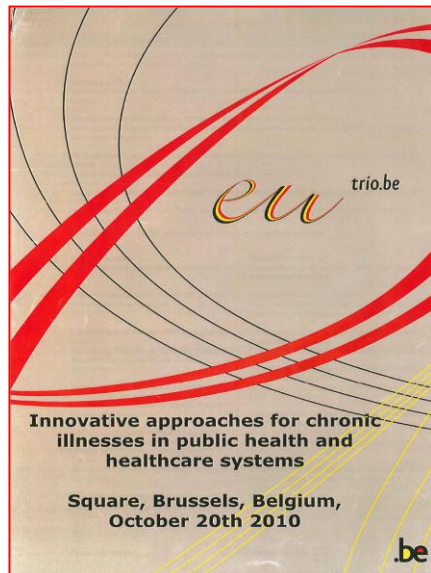
4 LIGNES D'ACTION POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DE SOINS INTÉGRÉS :



Plan de soins intégrés

- 12 projets-pilote
- Soutien méthodo et scientifique
- Gouvernance
- Actions d'appui

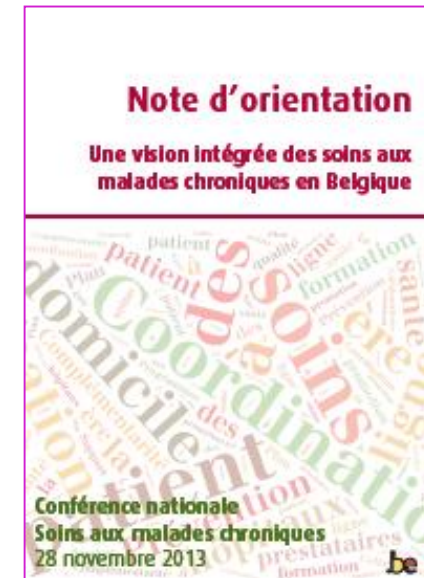
Processus entamé progressivement & conjoint (fédéral & régions)



KCE REPORT 190Bs



POSITION PAPER : ORGANISATION DES SOINS POUR LES MALADES CHRONIQUES EN BELGIQUE



Conférence
EU (2010)

Position
Paper
KCE(2012)

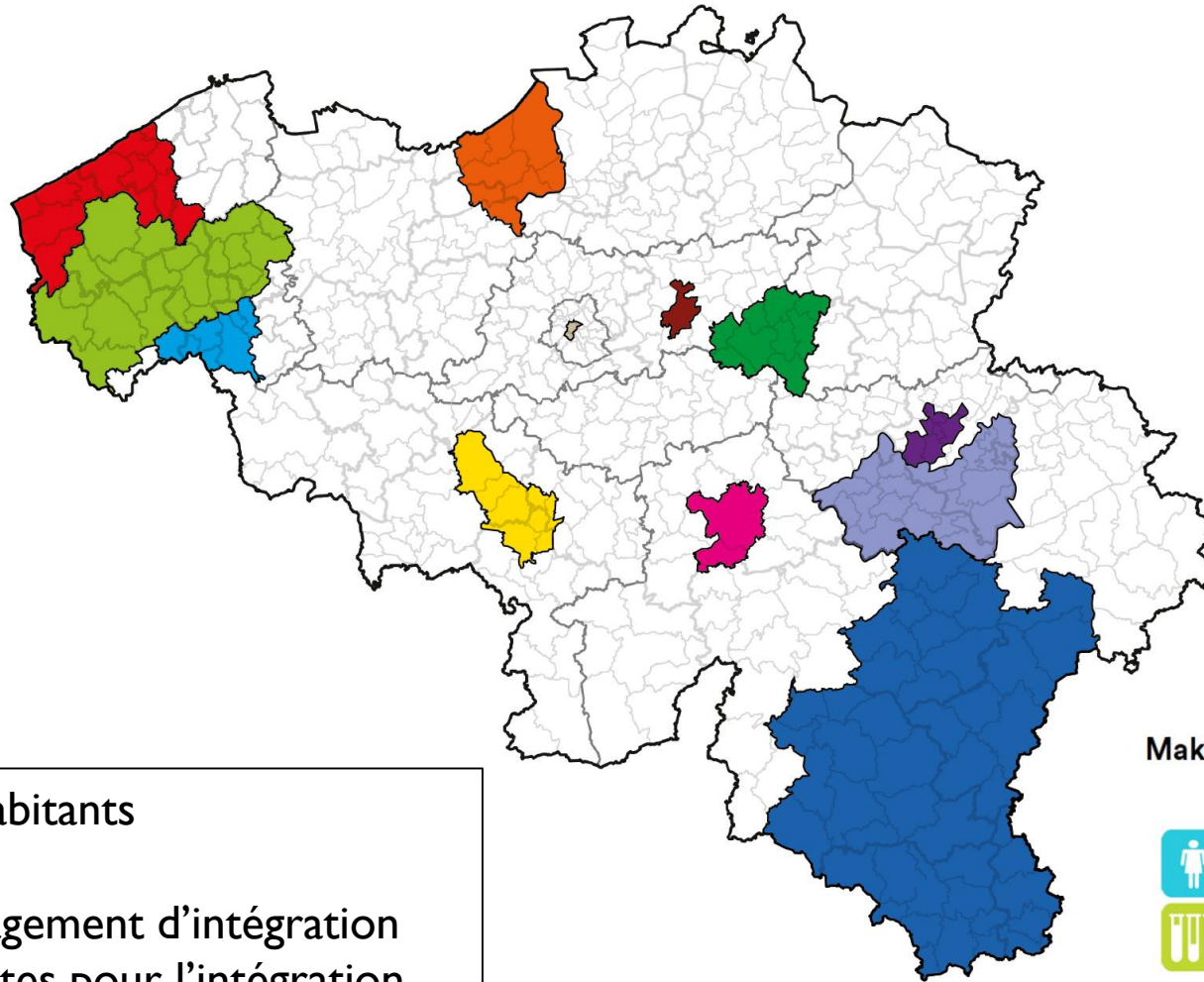
Note
d'orientation
(2013)

Plan conjoint
soins intégrés
(2015)



19 projets étaient candidats 12 ont démarré la phase d'implémentation en janvier 2018

- De Empact
- IMPACT
- De Brug
- Waasland
- Boost
- Hainaut
- Leuven
- Tienen
- Résinamur
- Rélian
- Liège 3C4H
- Chronilux



DES SOINS INTÉGRÉS
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Population : 3.672.558 habitants

Financement

Le Fédéral finance le management d'intégration
Les autres actions innovantes pour l'intégration
devront être financées par des gains d'efficience
Souplesse réglementaire

Making the transition to value-based care



Volume-based health care

One problem with the volume-based model is the incentives between providers, insurers and patients are misaligned. Fee-for-service and volume are about individual services: The more services you provide, the more you get paid.



Value-based health care

In a value-based system, the core measurement is no longer units of service, but population count. Providers will be paid according to how healthy their patients are, held accountable for cost and quality, and measured on performance.

Aperçu de quelques actions 2019 pour favoriser l'intégration des soins – liste non exhaustive

	Chronilux	Chronico-pôle	Resinam	PACT	Rélian	BOOST
Application à destination de patients atteints de sclérose en plaques		X				
« Case management »			X	GPS	X	Référents de proximité
Création de réseaux de santé via les communes	X					
Dépistage par la première ligne	Diabète Rétinopathie	Apnée du sommeil				
Création d'un outil de liaison 1ère-2ème ligne	X			X		X
Relais maladies chroniques		X			X	X
Révision médicamenteuse (formation à)		X		X	X	X
Sessions d'activité physique personnalisée (groupe)		X	X	X	X	
Sessions d'éducation thérapeutique	X		X		X	

Résultats des études scientifiques

PERSONNES ÂGÉES FRAGILES (N= 8173 analysables)

Différentiation des interventions
selon les profils des personnes

- Effet généralement favorable sur
- La santé perçue (fardeau de l'aidant), la qualité de vie perçue,
- Le recours à des soins à haute valeur ajoutée
- Les coûts
- Effet non démontré pour le report de l'institutionnalisation définitive

SANTÉ MENTALE POUR LES ADULTES (N=1019)

- Effet favorable sur
- La satisfaction des patients
- La satisfaction des prestataires
- La continuité des soins
- Effet non démontré sur l'intégration sociale et la qualité de vie

DIABÈTE ET INSUFFISANCE RÉNALE (N=33.529 T2DM & 22.599 IR)

- Effet favorable sur
- l'EBP;
- La satisfaction des patients;
- La qualité des soins perçue
- Pas d'effet démontré sur l'amélioration de l'état de santé;

PLAN DE SOINS INTÉGRÉS

(N POTENTIEL 3.672.558)

- l'évaluation est en cours

6 leçons apprises (I)

Constats

1. Le plan Integreo est **le plus abouti**
2. Le **transfert des compétences** du fédéral vers les entités fédérées **est peu propice** à l'intégration des soins et de l'aide
3. **Manque d'outils interdisciplinaires** pour soutenir la continuité informationnelle entre les lignes
4. **Manque de connaissance du réseau** par beaucoup de prestataires
5. **Nouveaux rôles et nouveaux métiers**: signifie à la fois une perturbation du pouvoir et du marché
6. La **première ligne** est en recherche de structure et de cohérence

Précisions

Trop de niveaux politiques différents

Le temps de l'agenda politique ≠ le temps d'observer des résultats des efforts vers l'intégration des soins

Le changement de règles est source d'incertitude, lui-même générateur de tensions et paradoxes;

Peur de la concurrence, de pertes de privilèges

En particulier en Belgique francophone

La Flandre s'est dotée de 62 zones de première ligne

6 leçons apprises (2)

Constats

1. Le plan Integreo est le plus abouti
2. Le transfert des compétences du fédéral vers les entités fédérées est peu propice à l'intégration des soins et de l'aide
3. Manque d'outils interdisciplinaires pour soutenir la continuité informationnelle entre les lignes
4. Manque de connaissance du réseau par beaucoup de prestataires
5. Nouveaux rôles et nouveaux métiers: signifie à la fois une perturbation du pouvoir et du marché
6. La première ligne est en recherche de structure et de cohérence

Pistes

Continuons à le soutenir, dans une **logique de co-construction et d'auto-évaluation** (vs. contrôle)

Travailler en parallèle à **l'intégration des politiques de santé** et de l'aide entre le niveau fédéral et les entités fédérées.

Prioriser le **développement et l'interopérabilité** de ces outils:

Financement, développement, implémentation et formation

Soutenir les initiatives permettant d'améliorer les **connaissances du réseau**

- Bases de données en ligne actualisées et adaptées à l'utilisateur
- Plan de communication adéquat
- Formation initiale et continue des professionnels

Une **communauté d'apprentissage** non-hiérarchique
→ il s'agit d'accompagner le changement social!

Laisser la **place à l'expérimentation** (financement, simplification administrative, sortir d'une logique « contrôle »)
Chaire interdisciplinaire de la première ligne : Be.Hive

Pour en savoir plus

Site Internet Integreo: <https://www.integreo.be/fr>

Rapports des projets Protocole 3: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx>

Les trajets de soins: <http://www.trajetdesoins.be/FR/index.aspx>

Les contrats:

- http://www.trajetdesoins.be/FR/Bibliotheque/pdf/N_contractFR_IRC.pdf
- http://www.trajetdesoins.be/FR/Bibliotheque/pdf/N_contractFR_diabete.pdf

La Chaire interdisciplinaire et interuniversitaire de la première ligne - -Be.Hive: www.be-hive.be

Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance of the Belgian health system – report 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34.

Paulus, D., Van den Heede, K., Gerkens, S., Desomer, A. and Mertens, R., 2013. Development of a national position paper for chronic care: example of Belgium. Health policy, 111(2), pp.105-109.

Valentijn, P.P., Boesveld, I.C., Van der Klauw, D.M., Ruwaard, D., Struijs, J.N., Molema, J.J., Bruijnzeels, M.A. and Vrijhoef, H.J., 2015. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. International journal of integrated care, 15.

Van Durme, T., Macq, J., Anthierens, S., Symons, L., Schmitz, O., Paulus, D., Van den Heede, K. and Remmen, R., 2014. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. BMC health services research, 14(1), p.179.

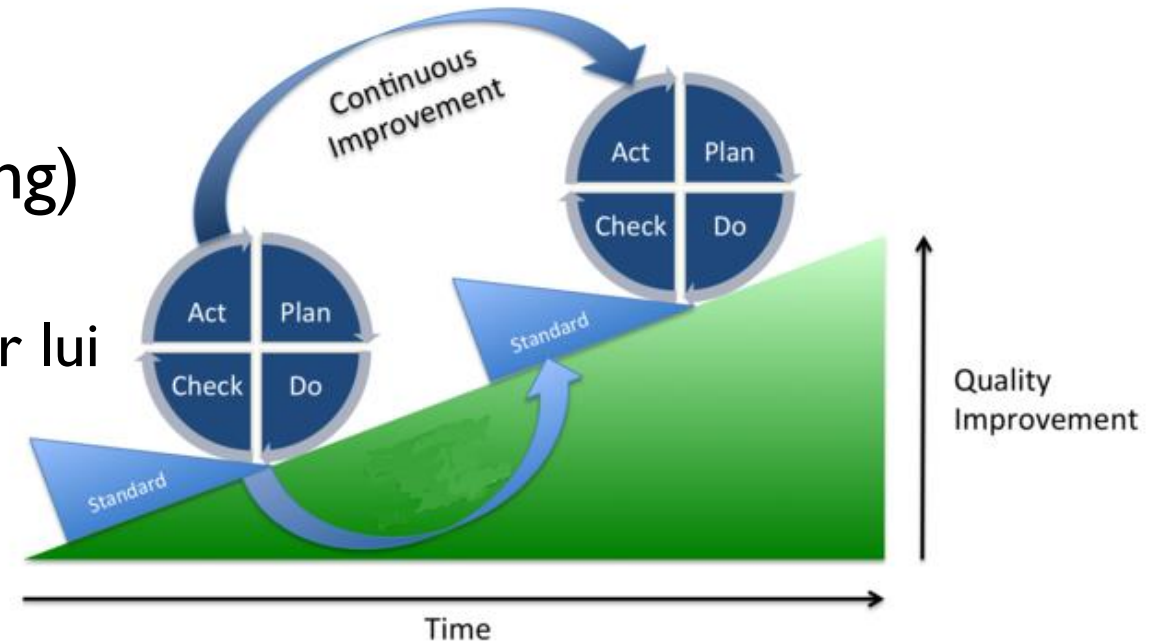
World Health Organisation, 2016, Framework on integrated people-centred health services (IPCHS), téléchargé le 01/10/19 via <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>

Comment favoriser le changement ?

Soutenir une culture qualité



- Evaluation du programme pour les autorités en vue de décisions stratégiques
 - évaluation scientifique
 - Indicateurs communs à tous les projets
- Culture d'auto évaluation (dashboarding)
 - Soutenue par équipe scientifique
 - Indicateurs propres au projet et suivis par lui



Comment favoriser le changement ?

Il y aurait encore tant à dire ...



- Financement d'un coordinateur pour le projet
- Soutien au change-management (Cellule IA, coaches,...)
- Intégration des patients dans le processus : partenaire obligatoire, « outils » pour favoriser la participation,...
- Mise à disposition d'outils pour le Dossier Patient intégré : en lien avec le Plan e-Santé : www.plan-esante.be
- ...



- Décentralisation des responsabilités opérationnelles
- Moins de règles et contrôle
- Autre modèle de contrôle : nouvelle forme de gouvernance sur base d'outcomes (ex. qualité et accessibilité)
- Innovations bottom-up, ex. financement



- Partenariat entre les autorités et le terrain!
- La cocréation est un processus ...
 - c.-à-d. évolutif...
 - de consultation ...
 - et consolidation ...

