TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN!
Un avenir pour la médecine de famille dans les soins de santé primaires

22 juin 2022

Cette contribution au débat sur l'avenir de la médecine générale dans les soins primaires est soutenue par:
Prof. An De Sutter, Prof. Roy Remmen, Prof. Johan Vansintejan, Prof. Johan Wens, Prof. Peter Decat, Prof. Pauline Boeckxstaens, Prof. Stéphanie De Maesschalck, Prof. Nele Michels, Prof. em. Jan De Maeseneer, Prof. em. Jan De Lepeleire, Prof. em. Michel Roland, Jolin Lippens, Nele De Clercq, Thibault Detremerie, Marc Cosyns, Joke Pauwelyn, Ellen Van Leeuwen, Bruno Art, Stefan Heytens, Piet Vanden Bussche, Diego Schrans, Fien Mertens, Janique Lobbestael et les médecins généralistes de Jong Domus

Nous remercions: Michael Vande Velde, Xavier Van Aubel, Pascal Meeus de l'INAMI pour la fourniture de données concernant le recours aux soins à domicile. Concernant le recours aux soins en médecine générale en 2019. Dr Veerle Vyncke et Nele De Clercq pour les analyses et les graphiques liés à ce projet.

Traduction: Nele De Clercq, PProf. Em. Michel Roland.

Couverture: « Together we can », sculpture de Guy Gielis, 2011.

Mise en page: Anja Peleman.

Première édition: juin 2022.

ISBN: 9789076023090

Cette publication a été créée à l'initiative d'un groupe de jeunes médecins généralistes.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou publiée par des moyens électroniques ou autres sans l'autorisation écrite préalable des éditeurs. Sont exclus les fragments courts qui peuvent être citées uniquement à des fins de référence.

Citation: « Together we make change happen! Un avenir pour la médecine de famille dans les soins de santé primaires».

Ce document est disponible sur: www.togetherwemakechangehappen.org

UN PLAN D'ACTION POUR LA POLITIQUE ET TOUTES LES PARTIES PRENANTES DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, À DISCUTER

Ce document a été réalisé par un groupe de médecins généralistes issus du milieu professionnel et du monde académique en Flandre et à Bruxelles.

22 JUIN 2022

Ce document est conçu comme un “GREEN PAPER”, un recueil d’idées et de propositions servant de point de départ à la discussion et à la consultation avec les parties prenantes. Là où “Together we change”(1) était un “GREEN PAPER conceptuel” en 2014, le présent document est un “GREEN PAPER opérationnel”, qui développe davantage les idées de réforme propositions opérationnelles, à discuter bien sûr. Ce texte se veut une modeste contribution au débat sur l’avenir de la médecine générale dans le cadre de soins de santé primaires, rédigée à partir de l’expérience de jeunes généralistes principalement sur le terrain et du monde universitaire de la formation et de la recherche.

Ce texte pourrait contribuer aux discussions qui sont annoncées dans le document ‘Vers un New Deal pour la médecine générale du Ministre Frank Vandenbroucke, 17 juin 2022 (https://vandenbroucke.belgium.be/fr/vers-un-new-deal-pour-le-cabinet-de-m%C3%A9decin-g%C3%A9n%C3%A9raliste).

TABLE DES MATIÈRES

De « Together we change » à « Together we make change happen » 7

1. Les défis pour les soins primaires: une mise à jour avec un accent sur le Covid-19 11

2. Macro- meso- micro- nano: le développement territorial des soins primaires (l'exemple des zones de soins primaires en Flandre et des quartiers à Bruxelles) 14

3. Une analyse approfondie de la situation du médecin généraliste et des autres prestataires de soins de santé en première ligne anno 2022. 17

4. L'urgence est là; l'action c'est pour maintenant ! 19

5. Plan d'action: un départ rapide vers un nouvel avenir 21

   5.1. Soutien du médecin généraliste par un assistant de pratique (niveau-5 brevet) et allègement de la charge administrative 21

   5.2. Un nouveau mode de financement mixte 23

   5.3. L'infirmière en médecine générale (IEMG): capitation-PLUS 30

   5.4. Vers une mise à l'échelle au niveau micro-: des pratiques monodisciplinaires vers de réseaux interprofessionnels intégrés de soins primaires 32

   5.5. Le « Belgian Integrated Health Record (BIHR) »: base pour la collecte d'informations et l'assurance qualité 35

   5.6. Perspective d'une éducation orientée vers l'avenir 36

   5.7. Vers des soins primaires durables. 38

6. Aperçu général et conclusion assortie d'un calendrier 40

Bibliographie 41

Annexes:

- tableau "montant moyen" pour documenter les figures 6 et 7 du chapitre 5.2 43

- How might a high quality, responsive and efficient system of primary care be delivered through GP practices: UK experiences. 45

DE « TOGETHER WE CHANGE » À « TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN »

Dans ce document, nous formulons un certain nombre de propositions qui renforcent les pratiques des médecins généralistes dans le contexte du développement des soins primaires. Ce sont des poignées qui peuvent être reprises par les décideurs politiques et les groupes de travail qui se consultent à ce sujet. Nous proposons également un calendrier. Après tout, ce que nous proposons ici n'est pas sans obligation, il faut maintenant avancer rapidement. C'est la demande de nombreux médecins généralistes sur le terrain.

Le 9 décembre 2014, des professeurs de médecine générale de ce pays, ainsi que plusieurs organisations de médecins généralistes, ont organisé une conférence de presse au Palais des Académies à Bruxelles à l'occasion de la publication de « Together we change: les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais ! » (1). Ce document constituait un signal clair: un changement fondamental dans l'élaboration des politiques de santé est nécessaire pour relever les défis actuels (accessibilité notamment financière, vieillissement, qualité des soins, etc.) pour les soins de santé, les soins primaires étant considérés comme une charnière et un catalyseur.

La conviction ici est que les petits pas ne suffisent pas, mais que des choix approfondis et un engagement à long terme de tous les acteurs sont nécessaires pour contribuer à ce que la population mérite: un système de soins de santé sain, de haute qualité et donc pertinent, socialement juste, accessible et financièrement viable. En outre, les soins de santé doivent être orientés vers les personnes et la société dans le cadre d'une politique durable et innovante.

Cet appel a-t-il été couronné de succès ? OUI et NON.

Des **progrès** ont certainement été réalisés sur un certain nombre de points concrets:

1. Les personnes sont au cœur des processus de soins, leurs besoins et leurs objectifs en étant le point de départ. Celui ou celle qui demande des soins a le dernier mot dans l'organisation de leur dispensation . Dans un contexte de complexité croissante des soins et des besoins en matière de soins, le système s'accorde de plus en plus à dire que le citoyen et ses objectifs de vie personnels doivent être au centre du processus de soins. *En Flandre, la mise en œuvre du concept de "goal oriented care" (2) est assez bien développée, par rapport à d'autres régions et pays. En synergie avec la réforme des soins primaires, de nombreux progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre générale des soins axés sur les objectifs de vie. L'unité de médecine familiale du Département de santé publique et de soins primaires et le département des sciences de la revalidation et de l'ergothérapie de l'Université de Gand ont pris la tête de ce projet, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, l'Institut flamand des soins primaires et la Plate-forme flamande des patients. Le point clé de la mise en œuvre est la formation interprofessionnelle, où les professionnels des soins et de l'aide sociale apprennent ensemble à placer les objectifs de la personne au premier plan et à travailler ensemble pour fournir des soins utiles. En Belgique francophone, des initiatives similaires démarrent dans cette même optique, toujours avec l'appui du Fonds Daniël De Coninck et la Fondation Roi Baudouin, et le soutien de la Chaire BeHive, la chaire interdisciplinaire de la première ligne*.

2. Les soins primaires fournissent des soins accessibles, de qualité et financièrement viables pour les problèmes de santé et de bien-être. Ils s'inscrivent dans modèle global : bio-, psycho-, socio-écologique. *Des progrès constants ont été réalisés dans ce domaine, en partie grâce au soutien du*

gouvernement fédéral et des entités fédérées, notamment dans le cadre des zones de soins primaires en Flandre face à la pandémie de Covid-19, et l'approche par quartiers à Bruxelles.

3. Les soins primaires sont organisés dans des zones de première ligne de 75.000 à 125.000 habitants. *En Flandre, leur mise en œuvre est réalisée depuis le 1er juillet 2020. A Bruxelles et en Wallonie, des plans stratégiques sont en voie de finalisation: le Plan social-santé intégré (le PSSI) à Bruxelles et Proxisanté en Wallonie. Dans ces zones de première ligne, des sentinelles, des équipes de soins palliatifs, etc. et la collaboration avec les réseaux hospitaliers se développent, mais les réseaux hospitaliers ne sont pas encore harmonisés (territorialement) avec les zones de première ligne: il y a encore du travail à faire dans ce domaine.*

4. Toutes ces démarches sont sous-tendues par des actions dans les domaines de la qualité des soins, de la formation, de l'éducation et de la formation des professionnels, des collaborations interprofessionnelles, de l'expérimentation, de l'innovation et de la recherche scientifique. *La création de BeHive (3) et de la Primary Care Academy (4) avec le soutien du Fonds Daniël De Coninck de la Fondation Roi Baudouin (5) a donné une impulsion positive dans ce domaine. En Wallonie et à Bruxelles, la Plateforme de la Première Ligne Wallonne (PPLW) et la Plateforme de la Première Ligne Bruxelloise (PPLB-BELZ Brusselse EersteLijnsZorgverleners) offrent des espaces de discussion aux professionnels de terrain, tandis que Brusano, une structure de la COCOM (Commission Communautaire Commune), leur apporte des appuis concrets et méthodologiques.*

Mais d'importants défis structurels persistent dans le domaine de l'organisation au niveau micro- : le renforcement des soins intégrés, un nouveau modèle de financement, un dossier intégré, etc. n'ont pas (encore) été réalisés.

Pendant la pandémie de Covid-19, davantage d'attention a été portée aux soins de santé primaires: la collaboration interprofessionnelle (médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, etc.), les accents mis par le secteur de la santé, et d'ailleurs par la société toute entière, sur la santé mentale et la collaboration avec le secteur de l'aide sociale, la nécessité de faire travailler ensemble les « soins primaires » et la « santé publique », l'importance d'une approche orientée vers la population, la nécessité d'un dossier électronique intégré interprofessionnel .... Ces différents éléments sont devenus visibles et, avec beaucoup d'efforts et de créativité, des premières réponses ont été trouvées et des premières solutions mises en pratique, au prix d'énormément d'énergie et de volonté, ce qui a entraîné de nombreux prestataires aux limites de leurs possibilités. Malgré des structures inadaptées, le secteur des soins primaires a pu relever ce défi, mais il a demandé trop d'énergie au soignant individuel et aux organisations telles que les organisations des médecins généralistes. Un soutien très fort a également été nécessaire de la part des organisations de coworking, des centres académiques et de Vivel. Si nous voulons réaliser des soins primaires orientés vers l'avenir, des changements structurels sont nécessaires, et ceux-ci doivent être mis en œuvre à court terme.

L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité) a entamé un double exercice: l'élaboration d'objectifs en matière de soins de santé et la con- ception participative de projets (transversaux) d' « appropriate care ». À la demande du ministre Van- denbroucke, un comité scientifique dirigé par le professeur Schokkaert a rédigé un rapport intitulé « Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et des objectifs 'soins de santé' ». (6) Ce rapport se réfère expli- citement au cadre de valeurs avec objectifs, tel que formulé dans le « Quintuple Aim », les 5 éléments qui le composent étant les suivants:

1. La santé de la population, celle-ci étant comprise dans un sens large et ne se réduisant pas au seul bien-être physique;

2. La qualité des soins, telle qu'elle est vécue par les personnes ayant des besoins en matière de soins et d'assistance, avec une place suffisante pour leur participation effective dans le but ultime de réaliser leurs objectifs de vie autant que possible;

3. Le rapport coût-efficacité, c'est-à-dire un rapport favorable entre les ressources déployées et la plus-value réalisée ; celle-ci ne doit pas être réduite à un sens économique limité, mais inclut également l'épanouissement individuel et la cohésion sociale;

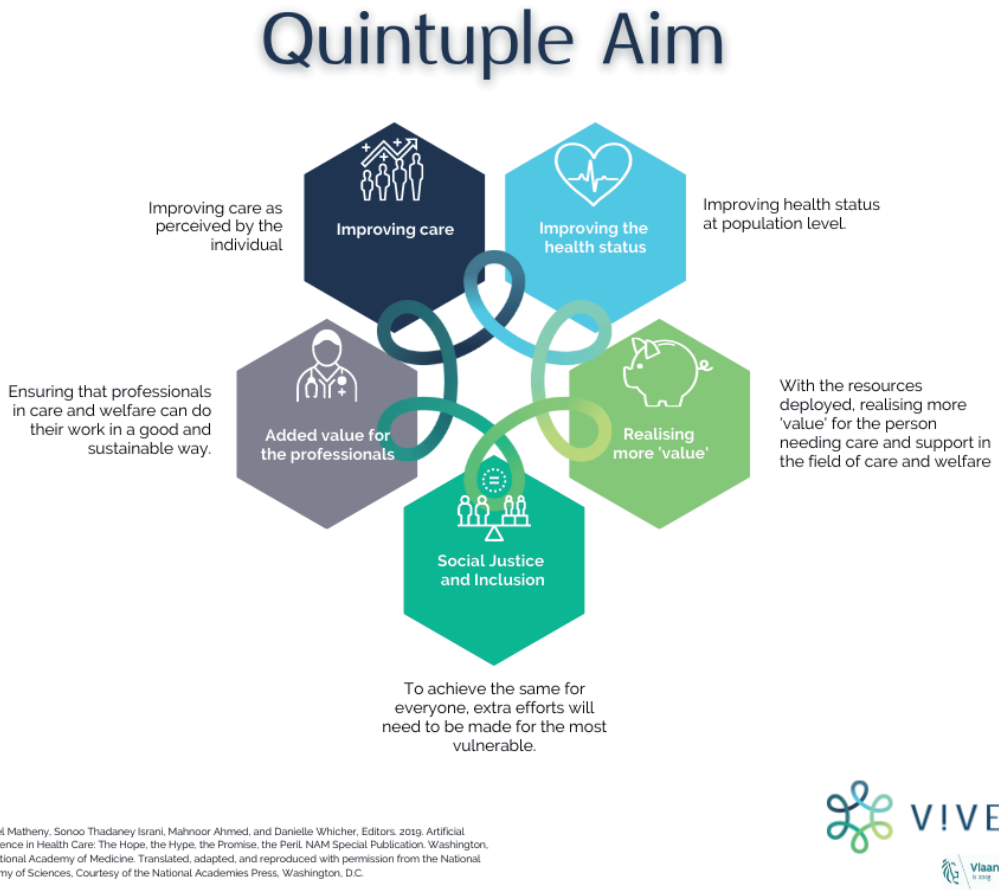
4. L'équité et l'inclusion dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement sur le plan financier) et à l'intégration de différentes formes de diversité ; l'équité signifie également que les plus nantis supportent la charge la plus lourde dans le financement des soins de santé;

5. Le bien-être des professionnels de la santé, en accordant une attention particulière à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, à la politique de formation, de fidélisation et de rétention dans le système de santé ;

6. Les auteurs du rapport y ajoutent une sixième valeur: la pérennité à long terme du système, en tenant compte de la (macro-)évolution des coûts, de la disponibilité des prestataires de soins, de la résilience nécessaire des citoyens et des professionnels de la santé, de la durabilité d'un point de vue environnemental et de la préparation aux pandémies.

En Flandre, l'Institut flamand pour la première ligne (www.vivel.be) a également approuvé le concept du Quintuple Aim (7), devenu un standard de qualité mondial comme en témoigne sa référence par le RIFRESS, le Réseau International Francophone pour la responsabilité sociale en santé.

Figure 1 : Le concept du « Quintuple Aim »



Ces objectifs « axés sur les valeurs » constituent le contexte et le cadre de référence du présent document. À partir d'une analyse des défis actuels mis en évidence, nous formulons un plan stratégique comportant 7 points d'action prioritaires pour faire progresser les pratiques de terrain, la médecine de famille et les soins primaires. Les médecins généralistes et les autres prestataires de soins de première ligne se montrent non seulement disposés mais également demandeurs pour travailler avec le gouvernement et tous les acteurs, sous les angles académique et professionnel, dans le but de réaliser ces actions.

1. LES DÉFIS POUR LES SOINS PRIMAIRES: UNE MISE À JOUR AVEC UN ACCENT SUR LE COVID-19

« Together we change 2014 » (8) énumèrait un certain nombre de défis pour les soins primaires. Ces défis sont toujours présents et la pandémie de Covid-19 les a même renforcés et rendus plus pertinents.

Le premier d'entre eux est la nécessaire prise en compte de l'évolution **de deux tendances démographiques majeures: l'augmentation de l'espérance de vie et l'évolution des structures familiales.** En raison de la pandémie de Covid-19, l'espérance de vie en Belgique pourrait avoir légèrement diminué en 2020 (9) (de 82,1 ans en 2019 à 80,8 ans en 2020) mais on s'attend à ce que - une fois la pandémie terminée - la tendance à la hausse des dernières décennies reprenne. Les structures familiales continuent également à évoluer: davantage de personnes vivent seules, de nouvelles formes de cohabitation voient le jour et moins de femmes (aidantes potentielles) travaillent à la maison. Pendant le lock-down, ces évolutions ont concentré une attention particulière en raison de l'isolement et de la solitude de nombreuses personnes seules (principalement âgées).

Un deuxième défi est lié à la fois au vieillissement croissant de la population, mais aussi à l'amélioration des possibilités de traitement permettant aux gens de vivre plus longtemps avec leur maladie. **Le nombre de malades chroniques** augmente en conséquence. En outre, les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques simultanément (multimorbidité). C'est peut-être le plus grand défi pour les soins primaires. La multimorbidité exige une réorientation radicale des soins, qui doivent passer d'une approche axée sur la maladie (« disease-oriented ») à une approche axée sur les objectifs (« goal-oriented »), le processus de soins devant avant tout viser à atteindre les objectifs de vie du patient. Ses soins doivent être fondés sur les principes de l'intégration et de la coordination des soins de santé tout en favorisant la participation des patients : c'est là le concept d' « integrated care » traversant et coordonnant la communauté et les lignes de soins. Tout cela nécessite de nouvelles formes de coopération en matière de soins primaires, qui sont également plus transversales en abordant la qualité de vie des malades chroniques dans différents domaines (soins, bien-être, logement, travail, loisirs, etc.) (6). La pandémie de Covid-19 a clairement démontré le pouvoir de la coopération. Dès le début de la crise, des initiatives ont été prises par des bénévoles, des professionnels de la santé et de l'aide sociale, des services publics et privés locaux, des voisins et des aidants informels qui se sont occupés de résidents locaux dans le besoin. Les zones de première ligne naissantes ont prouvé leur valeur ajoutée en facilitant la coopération entre les secteurs. Une coopération à l'échelle régionale est l'un des fers de lance de la pérennisation des soins pour l'avenir.

Un troisième défi pour les soins primaires est de faire face à l'évolution sociale positive qui fait que **les gens s'expriment de plus en plus clairement, veulent être mieux informés**, cherchent eux-mêmes des informations, veulent être activement impliqués dans les décisions et participer à leurs soins (« autogestion »). La crise du Covid-19 a montré à quel point il est important que les gens aient accès à de bonnes informations et combien ils attachent de l'importance aux conseils d'un prestataire de soins de santé de confiance lorsqu'ils décident de se faire vacciner ou non. En tant que prestataire de soins primaires, nous devrons continuer à être disponibles pour expliquer, répondre aux questions, interpréter la couverture médiatique, réfuter les informations trompeuses, conseiller ... Dans un monde où l'information est de plus en plus abondante, cette tâche ne fera que gagner en importance, et souligne la valeur que les patients continuent d'accorder à la relation duelle qu'ils construisent avec nous (dimension nano-).

Un quatrième défi est **la contraction du marché du travail en matière de ressources humaines**. Fournir des soins intégrés de qualité axés sur les objectifs nécessite un nombre suffisant de prestataires de soins. Cependant, on s'attend à ce que, dans les années à venir, il y ait une pénurie croissante

de personnes travaillant dans le secteur des soins de santé. Cela souligne l'importance d'une bonne organisation permettant de coordonner les soins de manière transparente, d'éviter la surconsommation et les soins inappropriés, de permettre à chaque prestataire de soins d'utiliser au mieux ses compétences et de recevoir un soutien adéquat. De nombreux prestataires de soins de santé ont été mis à l'épreuve par la crise Covid et ont atteint les limites de leurs capacités. Les médecins généralistes étaient surchargés de tâches administratives. Cette situation a entraîné un excès de travail et une démotivation croissante, beaucoup de jeunes en formation risquant même d'abandonner leurs études. Et l'importance de prendre soin du personnel de santé n'est pas seulement précieuse en temps de crise.

Un cinquième défi est **l'augmentation de la diversité dans la société**, qu'elle soit culturelle, de genre, ethnique ou religieuse. Cela pose des défis en termes de communication et d'accessibilité des groupes de cultures différentes et soulève des questions sur la nécessité d'une politique plus diversifiée et d'une approche sensible à la spécificité, adaptée à des groupes particuliers ayant des origines ou des croyances différentes. La crise du Covid en a illustré la nécessité: tout le monde n'a pas été atteint, tout le monde n'a pas compris l'information, certaines personnes ont eu des difficultés à adhérer aux mesures pour des raisons sociales et culturelles, ... Une approche sur mesure restera nécessaire à l'avenir.

Prendre en compte **le fossé social en matière de santé** est le prochain grand défi. Si la maladie peut en effet déboucher sur la précarité, c'est surtout l'ensemble des vulnérabilités qui sont associées à la maladie: la causalité est dans le sens social → santé, la base des inégalités (sociales) de santé, qui, malheureusement restent la réalité d'aujourd'hui. Les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur ont beaucoup plus de problèmes de santé: parmi les personnes n'ayant suivi que l'école primaire, 25 % déclarent être en mauvaise ou très mauvaise santé et 45 % en bonne ou très bonne santé. Chez les personnes ayant fait des études supérieures, ces chiffres sont respectivement de 5% et de 80%. Dans notre pays, 2,3% de la population (10) reporte des soins (spécialisés) pour des raisons financières. 45% des Belges francophones ont renoncé à au moins un soin en 2021, selon l'enquête annuelle menée par la mutualité socialiste Solidaris, et plus d'un bruxellois sur deux. Les reports concernent essentiellement les soins spécialisés, dentaires et de santé mentale. Les soins de médecine générale sont également reportés, mais pas par les personnes qui reçoivent une allocation majorée, ce qui démontre l'importance de la suppression des seuils financiers. La vulnérabilité des familles à faible revenu est devenue encore plus évidente pendant la crise du Covid. La pandémie a eu un impact négatif sur les revenus de 20 % des personnes, et environ 10 % de la population a eu peur de manquer de nourriture (11). Les personnes ayant une allocation accrue étaient plus souvent victimes du Covid 19 (12). Combler le fossé sanitaire devrait dès lors être une priorité pour chaque zone de soins primaires. En collaboration avec d'autres secteurs, la médecine familiale doit identifier les facteurs pathogènes et proposer ou prendre des mesures correctives.

D'autres défis sont **les développements scientifiques et techniques qui se progressent rapidement**. La télémédecine (par laquelle les soins de santé sont dispensés à distance sans que le professionnel de la santé et le patient se trouvent physiquement au même endroit) a été largement utilisée pendant la pandémie de Covid. L'intelligence artificielle et l'analyse big data sur les données des dossiers médicaux informatisés (DMI) sont de nouvelles technologies qui peuvent contribuer aux connaissances scientifiques sur les facteurs de risque, par exemple. Les données DMI peuvent être extraites en conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) pour le suivi de la qualité et la gestion de la population. De plus en plus de tests et de connaissances validées sont à présent disponibles en temps réel (« point of care ») pour les prestataires de soins de santé. Il existe également de plus en plus de possibilités d'autotest (pour le Covid-19 mais aussi pour d'autres facteurs de risque, notamment génétiques) ou de suivi. De nouvelles classes de médicaments sont développées, qui nécessitent souvent un suivi étroit, etc. La liste des découvertes scientifiques et des

innovations technologiques s'allonge chaque jour. Chacune de ces innovations apporte ses propres défis. Dans chaque cas, les avantages et les inconvénients doivent être soigneusement pesés, en accordant une attention particulière à la pertinence des soins et au rapport coût-efficacité, mais aussi à la vie privée des utilisateurs et au risque de médicalisation à outrance. La crise du Covid a accéléré l'introduction de nouvelles technologies dans les domaines de la collecte et de la mise en relation des données, de l'échange d'informations, de la téléconférence, du développement de tests rapides, etc. Certains d'entre eux sont considérés comme très précieux et le défi consiste maintenant à créer un cadre concret permanent pour eux. Les soins à domicile deviennent également de plus en plus complexes sur le plan technologique en raison de l'augmentation des hospitalisations de jour, de la réduction des périodes d'hospitalisation et du transfert des traitements vers l'environnement domestique. Cela nécessite une nouvelle expertise de la part des prestataires de soins et une coopération interprofessionnelle bien organisée, soutenue par un échange d'informations sans faille avec et autour du patient et entre les prestataires de soins de première et de deuxième ligne (« integrated care »). Pendant la crise du Covid, les soins primaires ont joué un rôle important pour préserver la capacité des hôpitaux en assurant le triage et les soins Covid à domicile. À l'avenir, les soins primaires doivent continuer à s'efforcer de fournir des soins complexes dans l'environnement du domicile, autant que possible en collaboration avec les soins secondaires et avec leur soutien, et en étroite coordination avec les intervenants communautaires.

Pendant la pandémie de Covid, le gestionnaire de population ('population health manager') a fait son apparition dans le secteur des soins primaires. La gestion de la population vise à promouvoir la santé d'un groupe entier. Il s'agit d'examiner les besoins de ce groupe et de développer, avec d'autres partenaires locaux, des interventions appropriées pour améliorer les soins ou le bien-être de ce groupe. Pendant la pandémie de Covid, la tâche des gestionnaires de la population était d'augmenter la couverture vaccinale dans les groupes qui restaient sous le radar. Un nouveau défi consiste à intégrer la gestion de la population dans le fonctionnement de la zone de première ligne, par exemple pour mener des actions préventives ciblées et adaptées au groupe cible. A Bruxelles, le projet ALCOV (Agir localement pour contrer le virus) et les RAQ (Relais d'Action de Quartier) ont été mis sur pied dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19 ; l'objectif du projet ALCOV est de s'assurer d'un relais local vers les secteurs santé et social pour accompagner les personnes affectées par le virus (isolement ou quarantaine) et soutenir les populations fragilisées ; cette mission est exercée par une équipe mobile de 18 agents de santé communautaire, les RAQ; cette mission d'accompagnement s'inscrit dans une démarche communautaire pour agir sur les conditions sociales et de santé dans lesquelles vivent les populations précarisées et qui fragilisent leurs possibilités de lutte contre le virus ; l'intérêt est évident de prolonger dans le temps ces réseaux d'insertion locale, par ex. en ajoutant à ces 18 RAQ les 12 CHW (community health workers) du fédéral pour couvrir 17 zones et 45 quartiers, des territoires ciblés par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale sur la base des secteurs statistiques où les indicateurs de vulnérabilité sont les plus préoccupants.

En Belgique, environ 15% des adultes et 20% des jeunes répondent aux critères d'au moins un trouble mental[6]. En outre, **la santé mentale** s'est détériorée depuis le début de la crise du Covid-19, avec des niveaux plus élevés de troubles anxieux et dépressifs (en particulier chez les jeunes), des taux inquiétants de pensées et de tentatives suicidaires, un soutien social limité et une faible satisfaction de qualié de vie. La plupart des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont prises en charge par les soins primaires, qui doivent relever le défi de garantir une offre suffisante de soins spécialisés.

Le **réchauffement climatique** causé par la sécheresse croissante dans le Sud, ainsi que la dégradation constante de la situation géopolitique dans le monde, entraînera une augmentation de l'immigration dans nos régions. Les vagues de chaleur nécessiteront des soins supplémentaires pour la population âgée. Nous serons confrontés à de nouvelles infections qui ne se produisent pas normalement dans

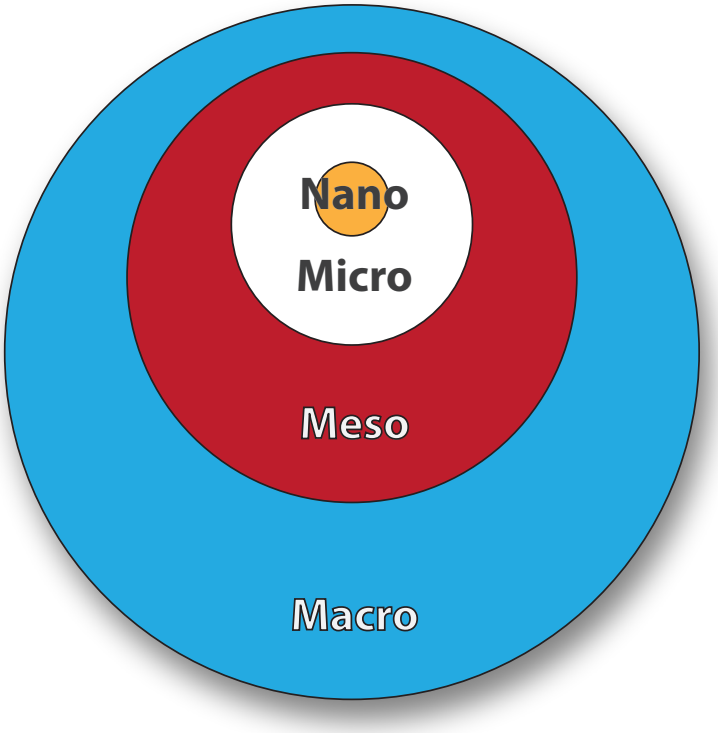
nos régions. La pollution atmosphérique peut entraîner une augmentation des problèmes respiratoires, etc. Là aussi, le secteur des soins primaires devra se préparer.

C'est cette difficile préparation qui constitue le dernier défi : comment faire en sorte que nous soyons prêts à faire face à **la prochaine crise sanitaire** ?

De très nombreux défis doivent donc être relevés. Ce document vise à améliorer un certain nombre de conditions préalables importantes pour la médecine de famille au sein des soins primaires, afin qu'elle soit en mesure de coopérer avec tous les acteurs des soins primaires et au-delà, participer activement à des solutions « saines », durables et socialement justes.

2. MACRO- MESO- MICRO- NANO: LE DÉVELOPPEMENT TERRITORIAL DES SOINS PRIMAIRES (L'EXEMPLE DES ZONES DE SOINS PRIMAIRES EN FLANDRE ET DES QUARTIERS À BRUXELLES)

Figure 2 : Macro- meso- micro- et nano



La littérature actuelle sur l'organisation de soins de santé de qualité souligne que des résultats de qualité ne peuvent être obtenus que si les bonnes personnes, ressources, processus et évaluations sont utilisés à tous les niveaux, au bon endroit et au bon moment.

Tout commence au niveau **nanométrique**: l'interaction individuelle entre une personne ayant besoin de soins et d'assistance et un membre du personnel d'accueil, un prestataire de soins, un site web, ... correspondant à l'entrée d'une personne considérée ou qui se considère comme malade dans la filière des soins. Ce sera souvent la première chose qui apparaîtra lorsque la question « Comment étaient les soins ? » sera posée. Les réponses « La personne à la réception a donné une explication claire et correcte », « Le médecin a écouté attentivement mon histoire », « L'infirmière a bien compris ma peur de

l'examen », « J'ai immédiatement trouvé la réponse à ma question sur la vaccination sur le site web » .... illustrent l'importance du niveau nanométrique. Outre les connaissances, compétences et attitudes nécessaires, le contexte (lumière, son, espace, intimité, clarté, signes, cadre normatif et culturel, ...) contribuera également à déterminer la qualité de ce premier pas dans la prise en charge.

Le niveau **micro-** joue lui aussi un rôle très important: il s'agit de l'interaction de la personne ayant des besoins en matière de soins et d'assistance avec l'équipe de soins qui intervient et de sa participation à celle-ci (la collaboration entre les professionnels des soins et de l'aide, avec les prestataires de soins informels), dans et au-delà des différents cadres, secteurs, lignes ... pendant l'épisode de soins.

Les niveaux nanométriques et microéconomiques sont de la plus haute importance pour la qualité de l'expérience vécue par la personne et ont un impact important sur la réalisation de ses objectifs de vie en relation avec son besoin de soins et d'aide. Ce n'est pas la question « Qu'est-ce qui ne va pas chez ce patient ? »", mais celle « Qu'est-ce qui compte pour ce patient ? » qui est centrale (goal-oriented). La littératie en matière de santé joue un rôle essentiel à ces niveaux: non seulement les prestataires de soins, mais aussi l'éducation et la formation, les médias, ... jouent un rôle à cet égard. La gestion de la population commence également au niveau micro, avec le soutien du niveau méso.

Le niveau **méso-** crée le cadre d'application organisationnel, logistique, financier, informationnel, etc. qui réalise les conditions structurelles préalables à des soins de qualité (les procédures de soins), non seulement pour l'individu, mais aussi pour la population. La gestion de la population (« population management »), qui garantit un accès aux soins socialement équitable et s'attaque aux déterminants environnementaux, écologiques et socio-économiques de la maladie et de la mauvaise santé, est une stratégie essentielle à cet égard. La prévention et la promotion de la santé sont mises en œuvre de manière intégrée. La participation au niveau méso- des gouvernements locaux est importante. Le « population management » est défini comme un système d'interventions et de communications coordonnées en matière de soins de santé pour les populations souffrant d'affections pour lesquelles les efforts d'autogestion des patients sont importants. La gestion de la population se concentre sur les points suivants: identification des facteurs de risque similaires affectant un groupe, détermination des mesures à prendre pour améliorer la santé d'un groupe, identification des interventions de soins préventifs, analyse des données agrégées sur les patients pour faciliter le processus de prise de décision clinique, utilisation de la communication privilégiée avec les patients pour assurer leur suivi. des patients.

À partir du niveau méso-, des signaux pertinents pour la politique d'optimisation des soins sont envoyés au niveau macro-.

Le niveau **macro-** (l'Etat et les Entités Fédérées) garantit la prise de décisions claires et opportunes concernant le cadre réglementaire et la mise à disposition de ressources financières pour rendre possibles des soins accessibles et de qualité à long terme. C'est également à ce niveau qu'a lieu la révision macro-démocratique, la justification par des rapports sur les politiques et les processus participatifs avec les parties prenantes, qui donnent à la politique de santé la base sociale nécessaire.

Il est important d'évaluer à chaque niveau dans quelle mesure les activités et les processus ont contribué à la réalisation du « Quintuple Aim ».

Les zones de première ligne en Flandre sont situées au niveau méso-. Elles ont été créées pour faciliter et soutenir la collaboration entre les autorités locales, les prestataires de soins de santé et de l'aide sociale, les aidants informels et la personne ayant besoin de soins et d'aide en prêtant attention à la coopération et à la diversité intergénérationnelles. Il y a 60 zones de première ligne en Flandre et à Bruxelles. Une zone de première ligne est une zone de 75.000 à 125.000 habitants et comprend une

ou plusieurs communes. Les limites extérieures d'une zone de première ligne coïncident avec les (parties des) limites géographiques d'une ou de plusieurs communes de la zone.

L'objectif d'une zone de soins de santé primaires est de réaliser des soins de santé de première ligne efficaces et qualitatifs où la personne est centrale et qui sont accessibles à tous. Les soins de première ligne ont été profondément réformés ces dernières années. Les zones de première ligne constituent la base de cette réforme.

Le Conseil des soins est l'organe directeur d'une zone de soins primaires. Il s'agit d'une organisation à but non lucratif composée de représentants des soins, de l'aide sociale, des autorités locales, des personnes ayant besoin de soins et d'aide et d'éventuels partenaires facultatifs. Les Conseil de soins sont reconnus et subventionnés par le gouvernement flamand et, selon leur taille, comptent un certain nombre d'employés. Ils sont au cœur des zones de première ligne. Ils rassemblent les connaissances et les compétences de diverses disciplines, ainsi que celles des personnes ayant besoin de soins et d'aide.

En Wallonie, une organisation territoriale de niveau méso adaptée au contexte démographique, géographique et historique est également en cours de réflexion.

Les Conseils de soins ont été mis en place le 1er juillet 2020. En très peu de temps, ils ont pris leur rôle et leur place en première ligne. Ils y sont parvenus en répondant avec souplesse aux besoins de leur zone. Pendant la crise du Covid-19, des missions supplémentaires leur ont été attribuées. Grâce à la nature multidisciplinaire du Conseil des soins, ils sont en mesure de réunir rapidement de nombreuses personnes et de conclure des accords. Ils sont soutenus par VIVEL (www.vivel.be), notamment via des formations et des activités conçues en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale où la densité de population est élevée et où coexistent de nombreuses communautés spécifiques (Bruxelles est la 2e ville la plus multiculturelle au monde), une attention particulière a été portée outre le niveau meso- au niveau micro-, c'est-à-dire l'échelle des quartiers. Il y en a 145 rassemblant des populations de 5.000 habitants. Parfois même, il est important de descendre au niveau des secteurs statistiques définis par l'IBSA (l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, une structure COCOM), avec des populations de quelques centaines à quelques milliers d'habitants. Cette approche territoriale (micro- et meso-) est une grille de lecture pour comprendre les inégalités (sociales) de santé. C'est aussi un outil pour mieux en organiser les politiques. Portée de longue date par certains acteurs de terrain, elle semble connaître une montée en puissance, concrétisée par un ensemble d'initiatives. Cette nécessité d'articuler santé et territoires, est d'ailleurs mentionnée dans la déclaration de politique générale 2019-2024 du gouvernement bruxellois et au cœur du Plan social santé intégré (PSSI) en cours de finalisation. Mais des projets concrets ont déjà été mis en place, comme les concertations cliniques multidisciplinaires (CCM), un nouveau dispositif d'accompagnement à l'initiative de Brusano, adapté aux spécificités de la région bruxelloise ; il s'agit d'organiser un processus participatif entre la personne accompagnée, ses proches et son réseau de soutien afin de (re) lancer la prise en charge multidisciplinaire ; il vise notamment à (re)structurer le réseau afin de renforcer cette alliance clinique centrée sur le projet de la personne accompagnée grâce à l'intervention d'un professionnel externe (type « case manager »). Les contrats locaux social-santé (CLSS) ont, eux, pour but de développer des politiques sociales et de santé micro-locales, à l'échelle du quartier ; ils ont été mis en place dans 9 quartiers bruxellois sous la forme de projets pilotes pour 5 ans ; les thématiques prioritaires ont été identifiées : favoriser l'accès aux services, prévenir la perte de logement et accompagner vers le logement qualitatif, lutter contre l'isolement et faire baisser les inégalités sociales de santé. Ces différentes initiatives ne sont menées qu'après avoir réalisé, dans chaque quartier concerné, un diagnostic local des besoins à l'aide d'un outil mis au point par le Forum bruxellois de lutte contre la

pauvreté. L'objectif d'un autre projet, BOOST, est d'améliorer la réponse aux besoins spécifiques des personnes malades chroniques, de leurs aidants proches et des professionnels de santé. S'appuyant sur la mise en place d'un modèle organisationnel innovant, BOOST repose sur l'articulation de 3 fonctions clés: de support, assurée par des référents de proximité; de liaison, assurée par des référents hospitaliers; et de concertation.

3. UNE ANALYSE APPROFONDIE DE LA SITUATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET DES AUTRES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ EN PREMIÈRE LIGNE ANNO 2022.

L'un des objectifs du « Quintuple Aim » proposé par le gouvernement pour l'organisation des soins de santé est donc de faire en sorte que les professionnels de la santé puissent faire leur travail correctement et durablement.

Malgré l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine générale, l'augmentation du nombre de places de formation en médecine générale par la commission de planification et diverses interventions structurelles effectuées ces dernières années, l'hypothèse générale est qu'il y a une pénurie de médecins généralistes. Que se passe-t-il et comment y remédier ?

Les besoins en médecins généralistes (et en autres professions de santé) sont déterminés par l'équilibre de nombreux facteurs. Lorsque nous examinons les chiffres de plus près, nous constatons que le nombre de généralistes est très élevé dans le contexte de l'OCDE, qu'un généraliste danois s'occupe en moyenne de deux fois plus de patients qu'un généraliste belge et qu'il vit plus confortablement.

Mais lorsque nous examinons ce nombre élevé de médecins généralistes plus en détail, nous constatons qu'il existe de très grandes différences locales. Par exemple, un rapport (encore) non publié montre que dans la périphérie sud d'Anvers, il y a environ un généraliste pour 1.000 habitants, alors qu'à Anvers-Nord, à 10 km de là, selon l'échevin de la santé d'Anvers, il n'y a un généraliste que pour 2.000 habitants. Et dans les communes côtières belges, il y a proportionnellement beaucoup de personnes âgées, de sorte que l'impact du nombre de médecins généralistes pour 1.000 habitants doit être interprété très différemment. Outre la démographie de la population, liée au statut socio-économique du quartier, de la commune ou de la région, l'évolution du profil des besoins de soins joue également un rôle. Le vieillissement et l'extinction (le groupe croissant de personnes de 85 ans dans la tranche d'âge des 65 ans et plus) s'accompagnent d'une augmentation de la multimorbidité et des maladies chroniques, ce qui rend les soins de plus en plus complexes.

Les responsables politiques planifient l'organisation des soins dans un contexte social, culturel et anthropologique, dans la mesure où les attentes de la population en matière d'organisation des soins de santé évoluent, de même que l'opinion de la société sur l'éthique du travail. En outre, les médecins généralistes, hommes et femmes, accordent plus d'attention à la combinaison de leur vie professionnelle et de leur vie familiale. Et c'est la coopération interprofessionnelle qui détermine de plus en plus le champ de travail des soignants. C'est une bonne chose, car cela signifie que, de plus en plus, les bons soins peuvent être dispensés par la bonne personne au bon endroit. D'autre part, la consultation et le partage des données des patients nécessitent également un investissement en temps.

Les modèles mathématiques développés par les universitaires (13), la Commission fédérale et régionale de planification et d'autres organismes (14) tentent d'intégrer ces différents éléments, mais en restant très prudents quant à l'importance relative des déterminants mentionnés.

L'une des évolutions de la médecine de famille en Belgique est la formation de groupes: cabinets en duo, cabinets de groupe- et multidisciplinaires, cabinets en réseau, modifient les possibilités (et les limites) du médecin généraliste individuel. La gestion des cabinets offre des possibilités d'optimiser les soins et de garantir la continuité des soins dans le cadre fixé. Mais le cadre réglementaire et financier de la pratique, jusqu'à présent essentiellement centré sur le médecin individuel, doit s'y adapter, en prenant notamment en compte le soutien et l'encadrement administratif, logistique et infrastructurel. Pourquoi, par exemple, un cabinet de groupe, sous une forme juridique appropriée (pour les indépendants et certaines structures juridiques, les investissements en infrastructures sont en partie récupérés par le biais de la fiscalité), tout comme les hôpitaux et les institutions de bien-être, ne pourrait-il pas faire une demande au Fonds d'infrastructure flamand pour les affaires personnalisées (VIPA) (15) ou à Wallonie-Santé, le nouvel outil d'investissement de la SOGEPA, un fonds régional ayant pour vocation de financer les infrastructures liées aux secteurs de la santé et de l'action sociale ?

La crise du Covid-19 nous a appris l'importance de la santé publique. Dans un pays comme la Belgique qui a très peu de tradition en la matière (la politique a toujours été menée par « conventions » dans le cadre de la relation individuelle médecin-patient), on a oublié que les citoyens et les prestataires de soins fonctionnent dans un contexte plus large. La définition européenne de la médecine générale mentionne explicitement les missions de celle-ci par rapport à une population définie. Un médecin généraliste a besoin d'un support local qui dépasse sa simple échelle nano- pour garantir la continuité des soins. Les activités « test and trace » et « vaccination » ont montré qu'une collaboration intensive et constructive avec les autorités locales est possible et nécessaire. Cette fonction de « santé publique » doit être développée davantage pour créer un cadre dans lequel la planification de la main-d'œuvre nécessaire est possible. Les zones de soins primaires en Flandre (16) sont les structures appropriées pour jouer un rôle à cet égard, non seulement pour les médecins généralistes, mais aussi pour toutes les professions et structures de soins et d'aide dans une visée d'amélioration du bien-être de leurs habitants.

Le rapport du KCE de 2008 résume tout cela: « L'attraction pour la profession de soins est également fortement influencée par des facteurs personnels et psychosociaux (relations avec les patients, contacts avec les autres collègues, variété des tâches, ...). Les facteurs liés à l'identité professionnelle (autonomie) et au mode de vie (flexibilité du travail) jouent également un rôle. Les futurs médecins généralistes tiennent également compte des possibilités offertes à leur famille lorsqu'ils cherchent un lieu de résidence (par exemple, travail, loisirs, écoles) ».

De tous ces éléments, on peut déduire que les problèmes liés à la force de travail dans la première ligne, que nous connaissances actuellement, ne se réduisent pas qu'à une question de nombre de prestataires. En effet, il convient d'examiner également les tâches qu'effectuent ces différents professionnels de la première ligne. Selon certaines études, il apparait que les prestataires passeraient quelquefois jusqu'à 30% de leur temps de travail à des tâches pour lesquels ils sont surqualifiés. Pour les médecins généralistes, selon le quota des médecins généralistes à former annuellement: (environ 400 par an en Belgique néerlandophone et 300 en Belgique francophone), il y a théoriquement une pénurie de médecins généralistes. Toutefois, si nous organisions différemment notre médecine de soins primaires, ce groupe pourrait être en mesure de fournir les soins nécessaires.

La solution ne se limite donc pas à l'augmentation du contingent de médecins généralistes. Il serait utile de répondre aux trois questions suivantes:

1. Comment pouvons-nous atteindre une distribution géographique qui soit guidée par les besoins de la population? (A Bruxelles, il y a clairement une pénurie d'au moins 400 médecins généralistes).

2. Que pouvons-nous faire pour que les soignants puissent passer la majeure partie de leur temps à des activités qui relèvent de leurs compétences réelles et non à celles pour lesquels ils sont surqualifiés (partage des tâches)?

3. Que pouvons-nous faire pour retenir les professionnels de soins dans la profession ?

En répondant à la seconde question, il convient de répondre également à celle du sens de certaines tâches. Parmi celles-ci, notons la question relative à la pertinence du besoin d'une attestation médicale pour toute incapacité de travail, liée à la santé. De même, il serait utile que les autorités préremplissent les champs des formulaires, qui doivent être complétés par les patients et les prestataires, lorsque ces données sont connues par ces mêmes autorités. La troisième question évoque celle de la rétention des professionnels. A l'heure actuelle, beaucoup de soignants quittent prématurément leur fonction. Cela illustre à quel point le sentiment d' autonomie professionnelle, de la satisfaction et du bien-être au travail sont important pour les soignants. Lorsque, à la fin d'une journée de travail, ces soignant peuvent répondre positivement à la question suivante, le risque de burnout peut être réduit: « Aujourd'hui, ai-je pu, avec mon équipe, faire la différence pour certains patients, de manière à ce que cela soit pertinent, ait du sens, et avec un investissement personnel raisonnable ? ».

La question se pose de savoir sur qui repose la responsabilité pour une planification axée sur le futur et qui soit pérenne ? Elle relève en premier lieu des Ministres compétents (et les avis de leurs Commissions de planification), c'est-à-dire le niveau macro-, mais pour la question liée à la distribution géographique, il convient sans doute également d'inclure le niveau meso-. De telle manière, les zones de soins comprenant trop peu de médecins généralistes pourraient examiner ce qui est nécessaire pour répondre aux soins de la population, en y apportant un appui avec des ressources pour soutenir la gouvernance locale. Les zones de soins primaires dans les régions où il y a trop peu de généralistes pourraient par exemple explorer les possibilités de mieux adapter l'offre aux besoins, avec le soutien des ressources et données pour développer des politiques locales à cet égard.

4. L'URGENCE EST LÀ ; L'ACTION C'EST POUR MAINTENANT !

Les expériences vécues par les travailleurs de santé, notamment ceux des réseaux humanitaires (Médecins du Monde, Médecins sans Frontière, etc.) et surtout des jeunes médecins généralistes lors de la pandémie de Covid-19 ont sans aucun doute renforcé le sentiment d'urgence pour la mise en œuvre de changements.

D'une part, il y a le sentiment d'être insuffisamment préparé: si nous avions eu un assistant de pratique pendant la pandémie, un certain nombre de défis (tests, traçage, suivi administratif) auraient été plus faciles à relever. Dans les maisons de repos et de soins (MRS), une équipe de gouvernance clinique plus forte aurait pu atténuer l'impact de la pandémie, et les soins auraient pu être plus "humains". Une telle équipe pourrait être composée avec des médecins coordinateurs, des intervenants maîtrisant l'organisation globale des soins infirmiers et des pharmaciens pour la gestion pharmaceutique. Si une plus grande partie du revenu des médecins généralistes avait été acquise indépendamment du paiement à l'acte, le passage à la télésanté se serait fait plus en douceur ; si le certificat médical pour une incapacité de travail de trois jours ou moins avait été supprimé dans le siècle précédent, les choses se seraient déroulées plus facilement pour le patient et le médecin généraliste ; si un dossier intégré interprofessionnel avait été mis en place, l'intégration des tests, la recherche des contacts, la quarantaine, la vaccination, etc. se seraient déroulés plus facilement.

Heureusement, les zones de soins primaires en Flandre avaient déjà démarré, de sorte que la campagne de vaccination a été organisée de manière très fluide, en mettant l'accent sur les personnes présentant une vulnérabilité accrue. Et à Bruxelles et en Wallonie, la mise sur pied de structures régionales ainsi que la désignation de personnes ressources (comme un délégué général Covid-19) ont permis d'amortir les conséquences néfastes de la pandémie sur les ressources humaines et l'état mental des soignants.

Le sentiment d'urgence est donc clair, parmi la population, tous les acteurs et les politiques. « Plus de la même chose » n'est pas une solution, et « Il faut que ce soit différent : plus jamais comme avant ». Les performances du système de santé actuel et les défis à venir suscitent beaucoup de frustration, et on ne peut pas attendre une solution définitive pour dans 10 à 15 ans.

Il est nécessaire d'adopter dès maintenant une approche systémique du processus de changement, en partant d'objectifs de santé clairs et de priorités précises et largement soutenues. Et des changements sont nécessaires simultanément aux niveaux nano-, micro-, méso- et macro.

5. PLAN D'ACTION: UN DÉPART RAPIDE VERS UN NOUVEL AVENIR

5.1. Soutien du médecin généraliste par un assistant de pratique (niveau brevet) et allègement de la charge administrative

Dans ce chapitre, le terme « assistant de pratique » quoiqu'utilisé au masculin, concerne dans les faits une majorité de femmes.

L'un des principaux constats faits lors de la pandémie de Covid-19 était que les médecins généralistes manquaient de soutien professionnel dans trois domaines: la fonction d'accueil, la fonction administrative informatique et la réalisation d'interventions simples et répétitives (par exemple, le prélèvement d'échantillons). Les causes en sont essentiellement un environnement informatique peu performant (voir plus loin), mais aussi une charge administrative plutôt inefficace et mal pensée, par exemple en ce qui concerne les procédures de test et de traçage, les patients venant souvent chez le généraliste avec des questions administratives (par exemple pour obtenir les codes appropriés). Un bon soutien administratif aux médecins généralistes ne fera vraiment faire la différence que si les procédures administratives (par exemple, le grand nombre de certificats) sont significatives et pertinentes. Le soutien à la création de certificats non significatifs n'aide pas. Les médecins généralistes demandent à être déchargés de tâches abusives: la demande - toujours sans réponse - que le patient ne doive envoyer un certificat d'incapacité de travail pour raisons médicales qu'après trois jours d'absence pour cause de maladie est un exemple frappant de la manière dont une demande justifiée (qui a déjà été résolue à l'étranger au siècle dernier) est toujours sur la table. En outre, de plus en plus de données - également en Belgique - indiquent que les entreprises qui introduisent cette mesure voient une diminution plutôt qu'une augmentation des congés de maladie (voir publications IDEWE, Mensura, ...).

Nous proposons qu'à à court terme , le salarié informe lui-même l'entreprise en cas de maladie le 1er jour et ne doive envoyer un certificat d'incapacité de travail pour raison médicale qu'à partir du 4ème jour.

Bien sûr, il y aura toujours des tâches administratives et logistiques pour lesquelles le médecin généraliste devra être soutenu. Dès 2007, de nombreux acteurs, dont les professeurs flamands de médecine générale, ont préconisé la formation d'un « assistant de pratique en première ligne » (17). Au début de l'année, cette proposition a été soumise au Ministre fédéral de la Santé publique avec la demande d'inclure l'assistant de pratique en première ligne dans la loi sur l'exercice des professions de santé (loi du 10.05.2015).

Le statut d'assistant de pratique, telle qu'il a été élaboré après une vaste consultation du terrain avec la participation de tous les syndicats de médecins, implique d'assumer les fonctions suivantes :

- Les assistants de pratique assistent le médecin généraliste et les autres prestataires de soins primaires en remplissant la **fonction de réception** et en effectuant des **tâches informatiques et administratives**. En outre, sous la supervision du prestataire de soins primaires responsable (médecin généraliste, infirmière), ils peuvent assumer certaines tâches techniques et médicales fréquemment effectuées sur base d'un protocole. De cette manière, les médecins généralistes et les infirmières en médecine générale peuvent effectuer des consultations individuelles, des conseils et d'autres interventions de manière plus efficace et se concentrer principalement sur leurs tâches principales. Le temps disponible pour le contact avec le patient et les soins est optimisé, ce qui augmente l'accessibilité et facilite l'organisation au sein de la pratique. Étant donné que les assistants de pratique effectuent des tâches à la fois administratives et médico-techniques, **un profil unique est créé**, ce qui est très demandé au sein de la médecine générale et des soins de

santé primaires. Par exemple, les assistants de pratique sont responsables de l'accueil (téléphonique et physique) dans le cabinet et s'occupent de la personne ayant un besoin de soins et de soutien de manière qualitative et respectueuse. L'assistant de pratique accueille cette personne et sert d'intermédiaire entre le prestataire de première ligne et le patient.

- Les assistants de pratique **soutiennent le processus de soins** en organisant et en gérant les rendez-vous, également dans le cadre de la télésanté, et en orientant les demandes de soins entrantes vers le prestataire de soins expert disponible (médecin généraliste, infirmière, diététicienne, etc.).

- En outre, les assistants de pratique **assument de nombreuses tâches administratives**: traitement du courrier et des e-mails; prise en charge de la correspondance sortante; maintien et mise à jour du dossier électronique; saisie des données administratives des patients, des rapports et des lettres conformément au RGPD; maintenance des logociels utilisés dans le cabinet; soutien administratif et logistique au prestataire de soins primaires pour les campagnes de prévention et d'éducation des patients.

- Les assistantes de pratique effectuent également **un nombre limité de tâches comptables exécutives:** soutien aux ordonnances (répétitives); documents financiers et fiscaux et modèles de certificats électroniques; suivi des enregistrements dans le DMG (dossier médical global) électronique ou non; suivi des transactions en espèces; suivi de la facturation des prestations de soins via des organismes externes et demande d'informations et prise de rendez-vous pour les patients auprès de services spécialisés.

- L'assistant de pratique, sous la responsabilité finale du prestataire de soins, exécute un certain nombre de **tâches médico-techniques bien définies** et selon des protocoles actualisés qui sont principalement liées au prélèvement et à la manipulation d'échantillons: prélèvement d'une prise de sang simple ou d'un autre échantillon (comme un test Covid); préparation de matériel stérile pour la suture d'une plaie, etc. Ils doivent, bien entendu, être formés et compétents pour le faire.

- Enfin, les assistants de pratique fournissent **un soutien logistique au sein de la structure de soins de première ligne**: ils commandent, vérifient et réapprovisionnent les fournitures médicales et de bureau; ils entretiennent la trousse d'urgence; ils veillent à l'ordre des différentes parties de la pratique et des salles d'attente ; ils réapprovisionnent les brochures d'information, les dépliants de cabinet et les affiches; ils contactent les laboratoires pour la collecte des échantillons et les préparent à cette fin.

Les tâches variées de l'assistant de pratique lui permettent d'assumer un rôle essentiel et complémentaire au sein des pratiques de soins primaires pluriprofessionnelles « matures », mais aussi d'offrir un soutien aux cabinets solo ou duo. Il offre aux cabinets de médecine générale la possibilité de mettre en œuvre la croissance vers la collaboration interprofessionnelle d'une manière plus soutenue qu'aujourd'hui. Dans les pays voisins comme les Pays-Bas et la France, les médecins travaillent en étroite collaboration avec ces assistants depuis les années 1960. Le dispositif contribue de manière importante à l'accessibilité et à la qualité des soins et allège la charge des prestataires qui bénéficient de la présence des assistants de pratique. Selon le lieu d'emploi, le champ des tâches couvertes est plus ou moins étendu. Ce n'est pas seulement la taille de la pratique qui affecte l'éventail des tâches, mais aussi la vision qu'a le prestataire de soins de la répartition des tâches et les accords et habitudes locaux/régionaux au sein des soins de première ligne. Les assistants de pratique contribueront de plus en plus à la gestion de la population, par exemple en établissant des listes de personnes éligibles pour une vaccination particulière.

En vue du développement du programme de formation (HBO5) pour les assistants médicaux (90 crédits ECTS - 3 semestres), des contacts ont été pris au printemps 2022 avec les différents acteurs concernés afin de développer un profil de compétences professionnelles et de créer un soutien important. À cette fin, un groupe de réflexion a été constitué avec les quatre centres universitaires néerlandophones de médecine générale (KULeuven, VUB, UGent et UAntwerpen), Domus Medica, asbl ICHO et l'Association belge des syndicats de médecins. En outre, il y a eu une consultation avec quatre collèges flamands (Artevelde, UCLL, Vives, KDG) qui sont prêts à aider à développer davantage le programme afin de le proposer en tant que programme d'enseignement professionnel supérieur (HBO5). En Wallonie également, des contacts ont été pris et des discussions sont en cours. Une consultation constructive a eu lieu avec le cours « Medical Management Assisant » et le cours 'd'infirmier dans la pratique de médecine générale', ainsi qu'avec l'organisation professionnelle flamande des infirmiers. L'ambassadrice flamande des soins, Candice De Windt, soutient également ce projet.

Le recrutement de candidates pour ce programme de formation ne sera pas en concurrence avec le recrutement dans le cadre du Bachelor of Nursing et du cours de formation pour les infirmiers dans la pratique de médecine générale (IEMG, voir 5.3.).. Il sera également veillé à ce que les personnes qui exercent déjà une fonction similaire en médecine générale puissent suivre les modules nécessaires via le mécanisme des VCA (Valorisation des Compétences Acquises) afin de répondre à toutes les exigences du profil des assistants de pratique. En Flandre, les stages des assistants de pratique en formation seront effectués en collaboration avec les cabinets de médecine générale où s'effectuent également les stages pour les futurs médecins de famille. Les mêmes procédures devraient s'appliquer également à Bruxelles et en Wallonie.

Nous sommes très reconnaissants au Ministre Vandenbroucke pour son engagement à soumettre dans un avenir proche une modification de la loi LEPPS du 10 mai 2015, pour clarifier quels actes les assistants de pratique pourront poser dans les soins de santé primaires (Un New Deal pour le cabinet du médecin généraliste', Ministre Vandenbroucke, 17 juin 2022).

Cet engagement ouvre la voie aux Communautés pour approuver des programmes de formation pour des assistants de pratique, afin que les programmes de formation puissent commencer en 2023 (date cible).

Les modalités de financement de l'assistant de pratique devront être examinées, en concertation avec les Communautés, après la 6e réforme de l'Etat. Parmi les modalités existantes, notons le mécanisme « Impulseo 2 », par lequel un cabinet de médecine générale peut récupérer jusqu'à 50 % des dépenses de personnel d'appoint (avec un plafond) sur la base d'un document émanant d'un secrétariat social. Dans l'avenir, on pourrait progressivement ajouter la condition selon laquelle il doit s'agir d'un assistant de pratique formé (éventuellement sur la base du mécanisme des VCA par une formation en cours d'emploi).

5.2. Un nouveau mode de financement mixte

Dans le rapport « Together we change » de 2014, une analyse complète avait été faite pour proposer un nouveau modèle de financement de la médecine générale et des soins primaires (pp. 27-36). Depuis lors, en gros rien n'a changé. Aujourd'hui, il est largement admis que le modèle de « paiement à l'acte », pourtant encore très dominant aujourd'hui n'est pas adapté à la réalisation des objectifs du Quintuple Aim.

En ce qui concerne le mode de financement, le rapport du Expert panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH), qui conseille la Commission européenne, a dressé une liste analytique de type checklist des moyens efficaces de payer les prestataires de soins de santé. (18)

Checklist : critères pour des systèmes de paiement efficaces pour les prestataires de soins de santé

- Ils encouragent et permettent aux prestataires de soins de santé d'utiliser des procédures de soins aux patients de haute qualité, efficaces et centrées sur la personne;
- Ils soutiennent les prestataires de soins de santé et les encouragent à réaliser les actions qui améliorent l'efficacité, la qualité et les résultats pour les patients à un coût limité;
- Ils découragent le surtraitement; ils ne favorisent pas le recours à des interventions coûteuses inutiles; ils n'encouragent pas les hospitalisations inutiles, y compris les ré-hospitalisations; ils évitent la dispensation de soins entraînant de mauvais résultats pour le patient; ils évitent la dispensation inefficace de soins; ils évitent les choix de services incompatibles avec les objectifs de vie et les souhaits du patient;
- Ils n'encouragent pas le sous-traitement des patients; ils ne favorisent pas l'exclusion des patients présentant des pathologies graves ou des facteurs de risque multiples; ils ne récompensent pas les erreurs des prestataires; ils évitent les mauvais résultats des soins;
- Ils tiennent les prestataires responsables de la qualité et des coûts qu'ils contrôlent, mais pas de la qualité et des coûts qui leur échappent;
- Ils soutiennent et encouragent la coordination des soins impliquant plusieurs prestataires et les découragent de répercuter les coûts sur d'autres prestataires sans leur accord préalable;
- Ils encouragent les choix des patients qui contribuent à l'adhésion aux processus de soins recommandés, améliorent les résultats et réduisent le coût des soins
- Ils minimisent les coûts administratifs pour les prestataires dans l'application des règlements de paiement (voir aussi 5.1).

Il existe actuellement deux mécanismes de financement de la médecine générale dans notre pays :

1. Paiement à l'acte (avec ou sans DMG) ;
2. Le paiement "forfaitaire" (techniquement une "capitation intégrée ajustée aux besoins"), prévu par la loi du 14 juillet 1994, art. 52 § 1.
3. La proposition consiste à créer maintenant une troisième possibilité : le paiement mixte (voir ci-dessous).

Il est important que chaque généraliste doive faire le choix de fonctionner dans l'un de ces 3 systèmes pour tous les patients de son cabinet. En outre, le patient ne peut recevoir des soins de médecine générale que dans l'un de ces trois systèmes.

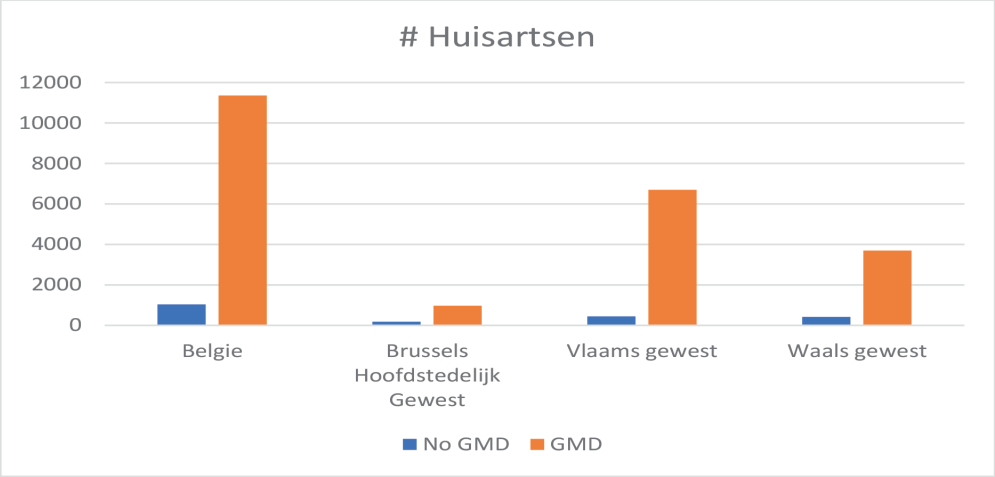
Chacun de ces 3 systèmes exige qu'un nombre croissant de citoyens soient enregistrés auprès du médecin généraliste via un DMG (Dossier Médical Global).

Étape 1: L›intention est que tous les citoyens résidant dans le pays doivent être enregistrés - via un DMG électro- nique dans un cabinet de médecine générale.

La pandémie de Covid-19 a une fois de plus démontré l'importance pour tous les citoyens d'avoir un lien formel avec le système de soins de santé primaires: de cette façon, l'objectif de l'OMS « Everybody counts, no one should be left behind » pourra être atteint. Ce DMG dans une pratique de première ligne devrait faire partie de la procédure d' « intégration civile ». C'est le cas au Royaume-Uni depuis plus de 60 ans. Bien entendu, il faut que la capacité du système et que les ressources humaines soient suffisantes.

La figure 3 sur lasituation en 2019 montre que cette année-là, 11.364 médecins généralistes géraient au moins 1 DMG.

Figure 3 : Nombre de médecins généralistes DMG/non-DMG par Région



En 1991, le ministre de la Santé et des Affaires Sociales de l'époque, Philippe Busquin, a lancé le projet d'élaboration d'un dossier médical global (DMG) pour les médecins généralistes. Le 1er mai 2002, le Ministre Vandenbroucke de la Santé et des Affaires sociales a lancé le DMG dans l'intérêt de tous les patients, afin de mieux coordonner les soins, prévenir le shopping médical, augmenter la qualité des soins et éviter les dépenses inutiles de l'assurance maladie. Tout médecin généraliste (ou groupe de médecins généralistes) ayant un numéro d'agrément INAMI 003-004 doit constituer et gérer un dossier électronique pour tous ses patients (le DMG), dossier qui, en théorie, contient toutes leurs informations de santé. Et tout médecin qui s'occupe d'un patient en consultation, doit en rendre compte au médecin généraliste DMG. Les patients suivis dans une pratique de première ligne fonctionnant selon le modèle forfaitaire ont automatiquement un dossier DMG. Des incitants financiers ont été mis en place pour soutenir ce système, sans engagement, avec un forfait annuel pour le médecin généraliste (32 euros en 2021) et un remboursement majoré pour le patient sur les honoraires du médecin généraliste DMG.

Cependant, il existe de grandes différences régionales dans l'utilisation du DMG. En Flandre, 82% de la population dispose d'un DMG. La part des médecins-DMG qui vit en Flandre (58,5 %) est proportionnelle à la composition de la population (58 %). Plus de la moitié (61,5%) d'entre eux ont plus de 500 patients qui ont un DMG. En Wallonie, il y a 32,5% des médecins-DMG (proportionnelle à la composition de la population : 31 %), mais seulement 46% d'entre eux ont plus de 500 patients disposant d'un DMG. A Bruxelles, les médecins généralistes-DMG sont moins nombreux que la population (11%) et la majorité d'entre eux (65,5%) ont moins de 500 patients DMG. En Flandre, les cabinets de médecins généralistes sont plus grands et l'utilisation du DMG est nettement plus élevée.

Dans le rapport du Groupe de travail « Organisation de la stratégie de vaccination Covid-19 » de la Task Force fédérale, nous trouvons une analyse comparative de la répartition des DMG parmi les membres de la Caisse chrétienne d'assurance maladie (19). Nous pensons qu'à l'avenir ce type d'information pourra être approfondi de manière récurrente dans un contexte intermutualiste.

Tableau 1 : le DMG dans les différentes entités fédérées (chiffes Mutualités Chrétiennes)

Regio	% inwoners België	% patiënten met GMD	% GMD huisart-sen	% GMD-huisartsen met x aantal patiënten		
				<100 patiënten	100<x<500 patiënten	>500 patiënten
Vlaanderen	58	82	58,5	9	13,5	36
Wallonië	31	69	32,5	7,5	10	15
Brussel	11	59	9	2,9	3	2,8

Nous en tirons la leçon que, surtout à Bruxelles (un contexte de soins différent et une diversité) et en Wallonie, il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. Il s'agira d'une tâche importante pour les associations de médecins généralistes, les mutuelles, les zones de soins de première ligne, les services sociaux, les (services d'urgence et autres services des) hôpitaux, etc.

Sans cette forme d' « inscription », il est difficile de réaliser un financement par personne (système à la capitation), indépendant du nombre d'actes réalisés. Et il doit exister un mécanisme électronique souple permettant à une personne inscrite dans un cabinet de médecine générale ou de soins primaires de passer à un autre cabinet.

Nous nous efforçons de faire en sorte que le plus grand nombre possible de citoyens résidant en Belgique et possédant un numéro INSZ soient inscrits dans un cabinet de médecine générale par le biais du DMG.

Cette transition vers un enregistrement auprès d'une pratique de médecine générale, devra être bien argumentée. L'intention n'est certai- nement pas que le médecin généraliste hérite encore d'une tâche administrative supplémentaire, cel- le-ci pouvant être assumée par l'assistant de pratique. Les caisses d'assurance maladie devront sou- tenir ce mouvement (sur le plan administratif et par des paiements ponctuels). Instituts de formation, scientifiques associations et organisations professionnelles, favoriseront une utilisation de qualité du DMI. Dans ce contexte, il convient d'accorder une attention particulière à la situation à Bruxelles.

Une autre constatation importante est que dans notre pays la majorité des patients qui nécessitent beaucoup de soins ont déjà un DMG.

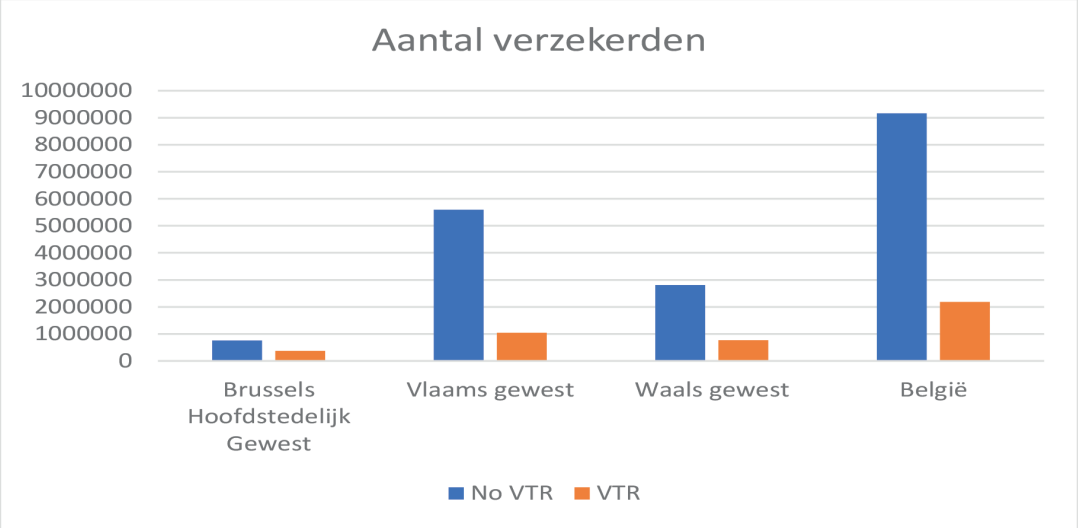
Étape 2: Un paiement mixte avec une transition de 25% de revenus non lié aux actes, à 70/60[1]% de revenu par patient (capitation), et le maintien de 30/40*% de revenu à l'acte, dans le cadre d'un revenu global inchangé pour le médecin généraliste.

Actuellement, une pratique de médecine générale acquiert environ 75 % de ses revenus par le biais du paiement à l'acte (à la prestation). Ce montant est converti dans le paiement mixte en un paiement de 30/40*% à l'acte. Les 70/60*% restants du revenu sont générés par le paiement mensuel

1 Momentanément, 2 variantes sont proposées ; un choix définitif devra être décidé en concertation avec les médecins généralistes.

d'un montant fixe par patient enregistré. Ce montant est modulé en fonction de l'âge et du statut socio-économique du patient (s'il a droit ou non à un tarif préférentiel).

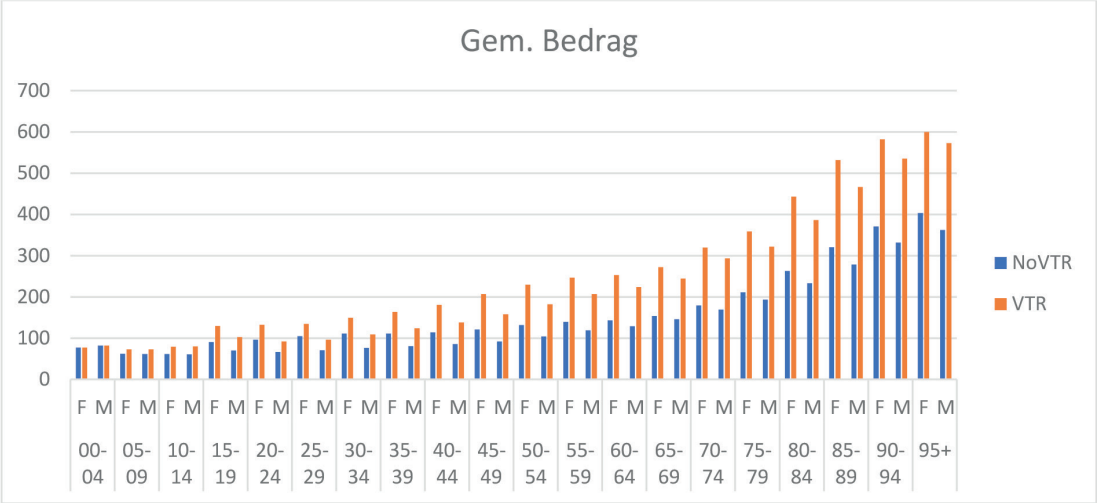
Figure 4 : Nombre d'assurés avec et sans tarif préférentiel (données INAMI 2019 sur 11.351.984 personnes)



Comme le montre la figure 5, les montants remboursés sur une base annuelle pour un bénéficiaire varient fortement en fonction de l'âge, du statut préférentiel ou non, et peut-être pour certaines tranches d'âge en fonction du sexe. Le montant annuel remboursé est le montant total moyen remboursé pour les consultations, les visites à domicile, la gestion du DMG et les autres contacts (par exemple, le forfait pour un trajet de soins conclu pour un bénéficiaire atteint de diabète de type 2). Les rembourse- ments pour les services techniques ne sont pas inclus.

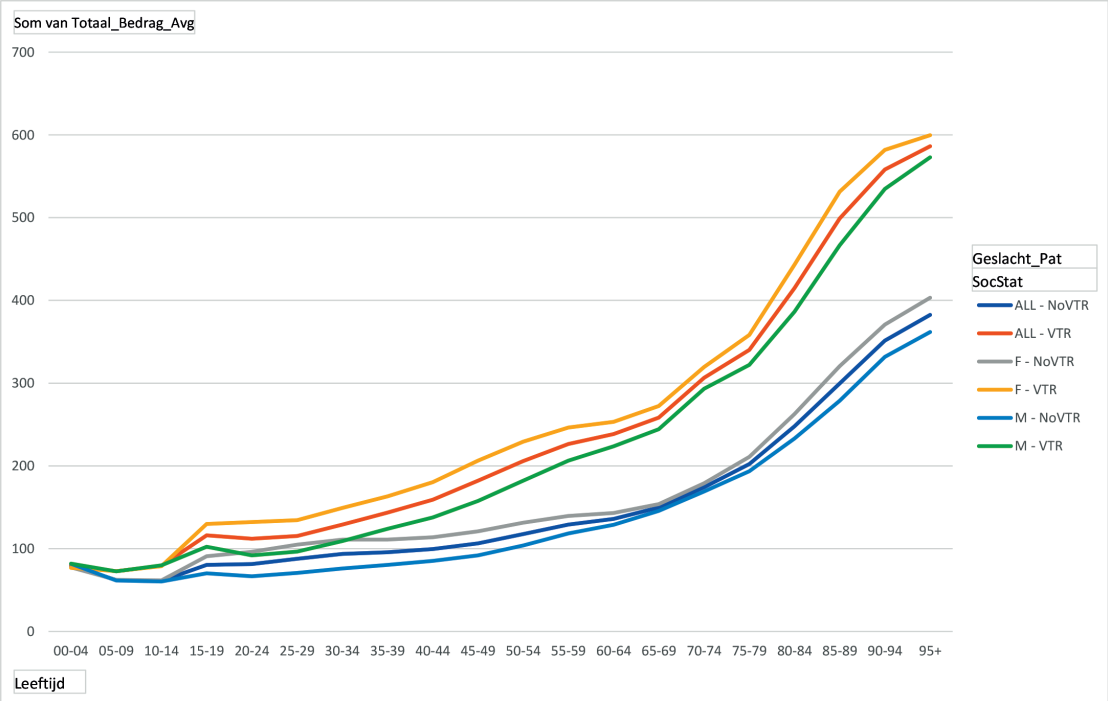
Le montant moyen par an varie entre environ 60 euros pour une fille âgée de 5 à 9 ans sans droit à un tarif préférentiel et environ 600 euros pour une femme ayant droit à un tarif préférentiel âgée de plus de 95 ans. Le montant de la capitation mensuelle devra tenir compte de ces variables et être modulé de manière adéquate en fonction de l'âge, du statut socio-économique (et peut-être du sexe).

Figure 5: Montant annuel remboursé par patient pour les services fournis par les médecins généralistes selon l'âge, le droit au tarif préférentiel et le sexe (données INAMI 2019)



La figure 6 illustre à nouveau ce phénomène sous forme de graphique et montre clairement que la modulation en fonction du sexe dépend fortement de la catégorie d'âge.

Figure 6: Différences de remboursement par patient selon l'âge et le statut préférentiel (taux préférentiel: jaune, orange, vert) (données INAMI 2019)



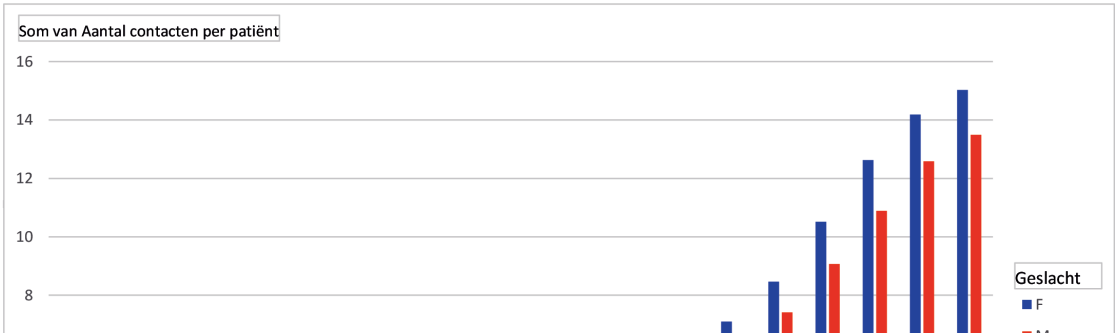
Ces données et des analyses supplémentaires peuvent étayer numériquement le débat sur le montant de la capitation et sa modulation. Dans l'annexe à la fin de ce document, on retrouve les chiffres exacts des montants moyens qui ont été utilisés pour la création des figures 5 et 6. En échan- ge de cette capitation (qui représente environ 60/70* des revenus), les médecins généralistes seront tenus de gérer un dossier médical individuel électronique de haute qualité, et d'effectuer également tous les contacts non

« en direct » avec le patient (télésanté: téléphone, e-mail sécurisé, chat sécurisé, consultation vidéo sécurisée, etc.) De plus, le paiement par capitation peut également soutenir la réalisation de certaines tâches particulières dans le cadre de la gestion de la population.

En outre, pour la consultation (d'une durée moyenne de 15 minutes aujourd'hui) et pour les visites à domicile, il existe un système de paiement à l'acte remboursé par les organismes assureurs (régime du tiers payant, de préférence électronique) avec une contribution personnelle (appelée ticket modérateur), conformément aux accords actuels.

La figure 7 montre le nombre moyen de consultations et de visites à domicile effectuées par les médecins généralistes par patient en 2019.

Figure 7: Nombre moyen de contacts (consultations et visites à domicile) par patient, par âge et par sexe (données INAMI 2019)



Sur la base de ces données, une discussion documentée peut être menée sur ce qui constitue un mon- tant adéquat pour la consultation et la visite à domicile dans le nouveau modèle. Il est essentiel que le nombre de consultations et de visites à domicile soit contrôlé. En cas d'écart significatif de ce nombre (après contrôle de l'âge et du statut socio-économique de la population de patients), des explications seront demandées aux médecins généralistes concernés. L'introduction de l'étape 2 est précédée d'une simulation, basée sur les données de l'année 2019 (les années 2020 et 2021 ne sont pas utilisables en raison de l'activité atypique déterminée par la pandémie de Covid-19 et son impact médical et social). Cette simulation doit être analysée en profondeur avec les médecins généralistes. Les interventions techniques sont facturées à l'acte comme d'habitude (inchangé). Il est évident que le résultat de ce nouveau financement ne doit pas entraîner une perte de revenus. pour le groupe professionnel des médecins généralistes. Si les analyses peuvent être effectuées sur les données de 2019, pour la détermination des montants, il faut également intégrer les augmentations structurelles des montants sur la période 2019-2022 (par exemple, les adaptations indiciaires).

Il est possible que divers mouvements de transfert aient lieu entre les médecins généralistes. C'est exactement la raison pour laquelle la simulation préliminaire doit nécessairement les impliquer.

D'ici la fin de la présente législature, un troisième mécanisme de financement de la médecine générale sera un "paiement mixte". Il s'agit d'un paiement composé de 70/60*% de capitation. (montant mensuel fixe modulé en fonction de l'âge et du statut socioéconomique, éventuellement du sexe). En outre, les consultations et les visites à domicile sont remboursées à l'acte à un taux ajusté. Dans ce cas, la contribution personnelle (ticket modérateur) de l'assuré social ne change pas. Les contacts dans le cadre des soins de télésanté, la maintenance qua- litative du dossier médical global électronique et les missions dans le cadre de la gestion de la population sont intégrés dans le montant de la capitation, et il n'y a pas à ce niveau de contribution personnelle pour les assurés sociaux.

Dans le rapport final du groupe de réflexion « Consultations à distance » (23.05.2022) dirigé par les professeurs Ann Van den Bruel, présidente (KULeuven) et Jean Luc Belche, vice-président (ULiège), il est affirmé que les consultations à distance constituent un complément utile à la médecine générale, et le groupe d'étude a élaboré des propositions pour la mise en œuvre qualitative de la télésurveillance (20) : « *Pour une intégration optimale de la télémédecine dans la médecine générale, le groupe d'étude invite les organisations professionnelles à développer davantage de critères de qualité et à fournir la formation et les conseils correspondants aux prestataires de soins de santé. En outre, il sera important que la population soit correctement informée par les organismes publics et les mutuelles. Un soutien aux individus sera nécessaire pour faire face à l'illitéracie numérique. Une bonne pratique de la télémédecine a également des conséquences sur son financement optimal. Dans le temps imparti, aucun modèle de financement entièrement élaboré n'a pu être proposé. Le groupe d'étude voit 5 options, chacune avec ses propres avantages et inconvénients* ».

Dans le présent document « Together we make change happen », c'est l'option 1 du groupe de réflexion qui est clairement choisie - dans le cadre d'un paiement mixte - : les consultations téléphoniques ne sont rémunérées que sur une base forfaitaire (de même que toutes les consultations en présence physique). Il faut toutefois noter qu'il est nécessaire dans ce système d'assurer un monitoring des consultations physiques et des visites à domicile. Ce système est administrativement très simple et permet aux médecins généralistes d'adapter les téléconsultations aux besoins spécifiques de leur pratique.

Cette proposition ne fait que traduire les résultats de recherches et d'évaluations de différents systèmes déjà mis en place, et des innovations et modifications qui y ont été introduites, par exemple

l'expérience britannique d'un modèle axé sur la demande et largement « on line », avant et après la pandémie. (voir box 2 à la fin du document).

En 2014, "Together we Change" a proposé d'intégrer 10 % de "**paiement pour la qualité**" dans le financement des médecins généralistes. Cette proposition se basait, entre autres, sur l'introduction au Royaume-Uni du QOF "Quality and Outcomes Framework" (21). Toutefois, l'expérience n'a pas été entièrement positive: ce mode de paiement concentre souvent le prestataire de soins sur les interventions qui rapportent des "points" (et donc de l'argent), les patients indiquant que les questions relatives aux soins pour lesquels ils ont réellement consulté sont noyées dans la liste des "points à suivre". En outre, une étude a été publiée en 2016, qui s'est penchée sur la mortalité en tant qu'indicateur de résultat primaire pour les conditions qui font l'objet d'une attention particulière dans le QOF (cardiopathie ischémique, hypertension, accident vasculaire cérébral et AIT, diabète, maladie rénale chronique, asthme et BPCO). L'étude a comparé la mortalité au Royaume-Uni avec celle des pays qui ne pratiquent pas le paiement à la performance (en tenant compte de la morbidité, de la composition de la population et des facteurs socio-économiques). La principale conclusion était que, par rapport aux pays où aucun paiement à la performance n'avait été introduit, il n'y avait pas d'impact significatif sur la mortalité après l'introduction du QOF au Royaume-Uni (22). Le 15 mars 2022, Martin Marshall, président du Royal College of General Practitioners (RCGP), a déclaré: "Le système QOF des médecins généralistes devrait être supprimé" (23) (https://www.pulsetoday.co.uk/news/breaking-news/gp-qof-system-should-be-scrapped-says-rcgp-chair/).

Les formes de "paiement à la qualité" doivent donc faire l'objet d'une étude approfondie, y compris en ce qui concerne les effets secondaires indésirables, avant d'être introduites. Pour cette raison, il est préférable de ne pas les intégrer dans le système de paiement des médecins généralistes pour le moment.

5.3. L'infirmière en médecine générale (IEMG): capitation-PLUS

Les infirmier.ères sont des professionnel.les capables de s'adapter et de se déployer rapidement dans le domaine des soins primaires. En Belgique, leur nombre en exercice (habilité.es à pratiquer) est relativement élevé par rapport à celui de nombreux pays européens. Néanmoins, des pénuries ont également été identifiées et l'insatisfaction professionnelle est fort élevée dans le secteur intra-muros. Jusqu'à récemment, la formation infirmier.ère (bachelière et hospitalière) durait 3 ans. Depuis 2019 ; les infirmier.ères entrent sur le marché du travail après une formation de quatre ans.

En Flandre, depuis plus de cinq ans, existe un certain nombre de programmes de formation pour les infirmier.ères afin qu'ils et elles deviennent des professionnel.les dans une pratique de première ligne: les infirmières en médecine générale (Verpleegkundigen in de Huisartsenpraktijk VIHP). Cette formation les prépare au contexte spécifique du cabinet de médecine générale. Ici, l'infirmier.ère soutient de manière autonome les médecins généralistes dans le traitement, l'orientation et la prise en charge des patients en première ligne. La formation répond de manière proactive à l'évolution du paysage des soins de santé. Entretemps, plus de 120 personnes ont obtenu un diplôme dans le cadre d'un programme de formation post-académique (PAVO) à Anvers, par exemple (https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/aanbod/alle-opleidingen/ver-pleegkundige-huisartspraktijk/). Il est doté d'un label de qualité universitaire et prend forme en collaboration avec les Hautes Ecoles de la province et en coopération très étroite avec le milieu professionnel. Les formateurs sont des professionnels de première ligne issus du terrain. Les VIHP effectuent également un stage et travaillent de manière indépendante sur un projet d'amélioration de la pratique. Le programme de formation fait l'objet d'une concertation avec les Hautes Ecoles situées ailleurs en Flandre.

Il est essentiel qu'une infirmière ne soit pas un assistant de pratique, comme décrit précédemment. Dans les cabinets matures, il existe une différenciation claire des tâches entre l'assistant de pratique et l'IEMG. Par ailleurs, il est également clair qu'un.e IEMG n'est pas un.e infirmier.ère à domicile.

Dans la formation de IEMG, il y a une attention pour l'organisation des soins avec un intérêt pour l'ensemble de la population de la practique (c'est-à-dire les patients enregistrés dans ce cabinet), les soins préventifs et aussi le suivi des troubles chroniques. La compétence professionnelle, l'action infirmière systématique et la capacité à mener des consultations indépendantes avec des groupes spécifiques de patients sont utilisées de manière optimale. L'important est que les tâches soient bien décrites et soutenues par des protocoles. Récemment, dans le cadre de la formation des IEMG, un module a été ajouté sur la reconnaissance et la réponse aux problèmes de santé mentale ainsi que sur la prise en charge des personnes ayant des connaissances et des compétences limitées en matière de santé.

Entretemps, la ville d'Anvers a également lancé des projets pilotes dans le cadre desquels un.e IEMG est mis.e à la disposition des pratiques urbaines. Il apparaît que la grande majorité des diplômé.es IEMG trouvent rapidement un emploi dans des cabinets généralement plus grands et qui emploient donc plusieurs médecins généralistes. Les premières expériences indiquent également que les transferts de tâches augmentent la capacité de prise en charge et que, en particulier, une plus grande attention est accordée à la qualité du travail (24).
L'obstacle à une mise en œuvre généralisée de ces IEMG dans les cabinets de médecins généralistes belges est qu'il n'existe actuellement aucun cadre financier clair pour le remboursement des services fournis par ces IEMG.

Le terrain nous fait souvent part de questions concernant la responsabilité des IEMG. Le cadre législatif est décrit dans le document RD 78 (25).

Cela offre des possibilités juridiques suffisantes, mais il y a encore peu de jurisprudence sur ce qui se passe lorsque des problèmes de responsabilité se posent. Un type de contrat d'assurance responsabilité civile devrait également être établi avec les assureurs, comme cela a été fait par exemple pour les médecins généralistes en formation.

Conformément à ce qui a été décrit au point 5.2 un mécanisme de "capitation-PLUS" est proposé pour le financement des IEMG. Cela signifie que lorsqu'une pratique de médecine générale ou un cabinet de soins primaires emploie un.e IEMG (formé.e en tant que IEMG ou en formation avec ou sans programme adapté), et à condition que la preuve de l'emploi soit fournie par un secrétariat social, la pratique reçoit un financement par le biais d'un montant ajouté à la capitation mensuelle pour les personnes inscrites. Cela signifierait que dans le contexte du paiement à l'acte, dans les pratiques où un VIHP est actif, un montant mensuel est ajouté au DMG (DMG-PLUS), dans les pratiques avec paiement mixte ou forfaitaire, un montant mensuel est ajouté à la capitation, de l'ordre par exemple, de 3 euros par mois. Ensuite, pour chaque 1.500 person-nes inscrites, 1 ETP IEMG peut être recruté. Comme indiqué ci-dessus, les fonctions de l'IEMG sont distinctes de celles de « soins infirmiers à domicile » pour lesquelles il existe une nomenclature spécifique.

Avant la fin de la législature un financement par DMG-PLUS/capitation-PLUS sera possible pour une infirmière dans une pratique de médecine générale (IEMG), par le biais d'une revalorisation affectée du montant de la capitation mensuelle de 3 euros pour ceux qui em- ploient un.e IEMG à raison d'un.e ETP pour 1.500 patients enregistrés.

5.4. Vers une mise à l'échelle au niveau micro-: des pratiques monodisciplinaires vers de réseaux interprofessionnels de soins primaires pour des soins intégrés

D'emblée la notion des soins intégrés doit attirer une attention particulière à la continuité et à la coopération avec les soins spécialisés.

Déjà lors de la préparation en Flandre de la Conférence sur les soins primaires de février 2017, la cellule de réflexion scientifique a écrit que chaque personne vivant en Flandre devait avoir accès à un réseau interprofessionnel de soins primaires et que cela se fait en s'inscrivant dans un cabinet de médecine générale au sein de ce réseau (26) Le choix de l'inscription dans une pratique de médecine générale comme point d'entrée dans le système de soins se justifie par le fait que 76% de la population flamande, 57% de la population wallonne et 49% de la population bruxelloise ont déjà un DMG électronique. Afin d'éviter des procédures administratives complexes, l'inscription qui implique un dossier médical global dans un cabinet de médecine générale peut être considérée par l'autorité compétente comme une inscription au sein du réseau de soins primaires auquel ce cabinet appartient.

Un réseau de soins primaires est créé « de bas en haut » et se compose des personnes inscrites venant de plusieurs cabinets de médecine générale, de cabinets de groupe (multidisciplinaires), ainsi que de services de soins infirmiers à domicile, de services de soins à domicile, de cabinets de physiothérapie, de pharmaciens, de CPAS, de services sociaux des mutualités, de services d'ergothérapie, de dentistes, ... qui s'occupent des personnes inscrites dans ces pratiques de médecine générale.

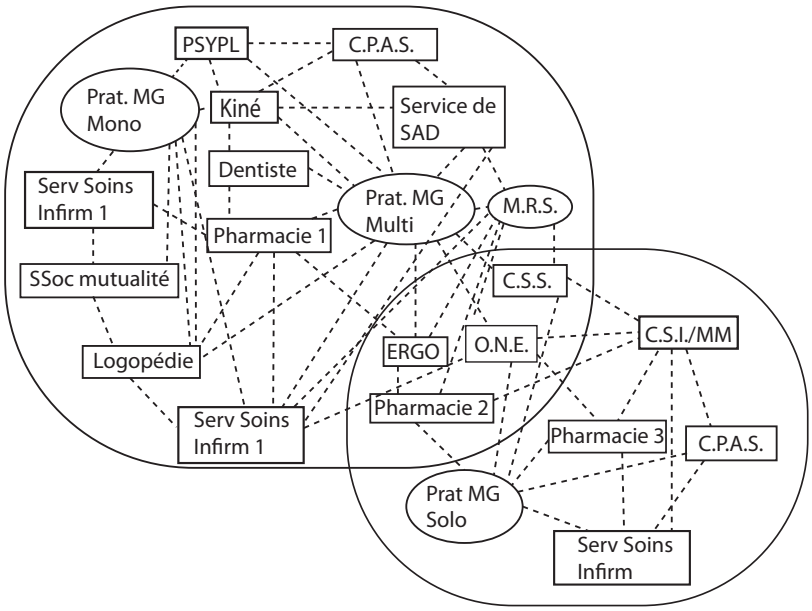
Les prestataires de soins du réseau de première ligne forment ainsi un vaste partenariat fixe interprofessionnel, au sein duquel la personne ayant besoin de soins et d'aide peut, en concertation avec les professionnels et les éventuels prestataires de soins informels du réseau, composer une « équipe de soins ». Les réseaux de première ligne sont des collaborations opérationnelles formalisées, sans structure juridique spécifique (de facto une « association de fait »), mais enregistrées comme « réseau de première ligne » dans le cadre de la zone de première ligne. Au sein d'un tel réseau de soins de santé primaires, des initiatives peuvent être développées pour optimiser la collaboration, par exemple des accords sur l'utilisation d'un dossier électronique interprofessionnel intégré du patient (voir 5.5.). Un réseau de soins de première ligne est constitué d'au moins **5.000 personnes** enregistrées dans **les zones rurales** et d'au moins **10.000 personnes** enregistrées dans **les zones urbaines**. La personne inscrite peut changer de réseau de première ligne en s'inscrivant dans une pratique de médecine générale appartenant à un autre réseau (voir ci-dessus). Au sein du réseau où la personne est enregistrée, elle peut choisir entre différents services de soins infirmiers à domicile, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des services de soins à domicile, etc. Le réseau de soins primaires garantit à la personne enregistrée qu'elle pourra toujours faire appel à une équipe de soins interprofessionnelle collaboratrice en cas de besoin (garantie de soins). Si une expertise particulière n'est pas disponible dans un réseau de soins de première ligne, il est toujours possible de faire appel à un prestataire de soins de santé possédant la même expertise dans un autre réseau. En principe, les pratiques de première ligne n'appartiennent qu'à un seul réseau de soins primaires. Dans une phase de démarrage, il est toutefois possible que certaines pratiques qui le souhaitent (par exemple, les cabinets de physiothérapie, les cabinets d'orthophonie, les pharmaciens, les CPAS, ...), se connectent à plus d'un réseau dans une zone de première ligne, par exemple, en raison de leur spécialisation ou de leur situation périphérique dans le réseau.

Le choix d'un tel réseau de première ligne suit les « preuves scientifiques » en la matière. Ce n'est pas un hasard si la Belgique est à la traîne du peloton européen en matière de collaboration interprofessionnelle dans le domaine des soins primaires. La littérature internationale montre que les « preuves » disponibles fournissent de solides arguments en faveur des « équipes permanentes » en termes de qualité, d'accessibilité et d'efficacité. Une étude Cochrane (27) montre que les équipes pluriprofessi-

onnelles peuvent améliorer les processus et les résultats des soins de santé dans la pratique. Une de ses conclusions: « *Les équipes de soins sont plus efficientes que les prestataires solo pour assurer des résultats bénéfiques importants pour la société, les soignants eux-mêmes et les patients* ». Ce que l'on remarque ici, c'est que les équipes permanentes, dont la composition est plus diversifiée et qui travaillent ensemble depuis plus longtemps, sont plus efficaces et offrent des soins plus axés sur les objectifs de vie de la personne. Dans une étude sur l'impact des équipes permanentes dans la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, il a été constaté qu'un plus grand nombre de patients dans le groupe d'intervention vivaient encore chez eux que dans le groupe de contrôle avec « soins habituels » et « équipes non structurées ». Les équipes fixes sont également plus performantes en termes d'accessibilité. Une étude réalisée en Suède a montré que les équipes fixes étaient associées à une diminution du nombre de visites aux urgences en raison d'une meilleure accessibilité et d'une meilleure coordination des soins. Une autre constatation est que dans les équipes permanentes, il y a davantage de réflexion sur la qualité des soins, les différentes opinions donnant lieu à des améliorations des approches. Le travail en équipe permanente semble également faire l'objet d'une appréciation positive en termes d'évaluation par les membres de l'équipe.

Il semble judicieux – notamment dans le cadre de l'optimisation des capacités disponibles – de travailler avec des réseaux de première ligne dans lesquels les personnes qui demandent des soins et/ou de l'aide peuvent concevoir leur équipe de soins sur la base d'un libre choix. Dans ce cas, l'équipe est choisie au sein d'un groupe d'acteurs de première ligne qui ont l'habitude de travailler ensemble et qui ont des accords de coopération, par exemple dans le domaine de l'enregistrement des informations, de l'utilisation des protocoles, etc.

Figure 8: Illustration du concept de réseau de soins primaires



Au sein d'un réseau de soins primaires, le patient conserve donc sa liberté de choix: il peut, par exemple, privilégier un prestataire qu'il connaît bien au sein d'une pratique de médecine générale, et choisir entre plusieurs services de soins à domicile qui travaillent avec cette pratique au sein du réseau de soins primaires, etc.

La collaboration au sein d'un réseau de soins de santé primaires est un processus de croissance, et le gouvernement responsable peut prendre des mesures pour promouvoir cette collaboration. Cela peut se faire, par exemple, en soutenant des systèmes de financement plus intégrés (au niveau fédéral), en développant un dossier électronique du patient interprofessionnel intégré (cfr. 5.5.) qui

peut être utilisé par tous les prestataires de soins impliqués en formant à la coopération interprofessionnelle et aux soins axés sur les objectifs et en soutenant les organisations de patients (communautés), ...

Les expériences avec l'épidémie de Covid-19 ont donné une impulsion positive à la collaboration interprofessionnelle. En outre, il est apparu clairement combien il est important de disposer de toutes les informations pertinentes d'une personne sur une seule plateforme, accessible pour la personne et pour les prestataires de soins qui ont une relation thérapeutique avec elle. De plus, il est apparu clairement que le fait de disposer d'un DMG dans une pratique de médecine générale de son choix illustre un lien positif avec les résultats en matière de politique de santé. Il existe par exemple une corrélation très élevée entre le pourcentage de personnes disposant d'un DMG dans une région donnée et le pourcentage de personnes vaccinées contre le Covid-19 dans cette même région.

Les réseaux de soins primaires peuvent servir de base à la fourniture de données (anonymes) pour la zone de première ligne, utiles dans le contexte de la gestion de la population. En outre, les prestataires de soins du même réseau se réfèrent plus facilement entre eux de manière horizontale, ce qui contri- bue à la qualité et à l'efficacité des soins intégrés, également en ce qui concerne les aspects relatifs à l'aide (les partenaires de « l'approche large intégré » font partie des réseaux de soins de santé primaires). Pour le conseil de soins, les réseaux de première ligne facilitent la communication: par zone de soins primaires, il y aura 10 à 15 réseaux au lieu de plus de 150 organisations et prestataires de soins individuels. En termes d'assurance qualité, la consultation interprofessionnelle, par exemple la consultation médico-pharmaceutique au sein d'un réseau de soins primaires, favorise la qualité.

Nous sommes conscients que cette évolution vers des partenariats plus importants a des conséquences sur l'organisation des cabinets. Nous pensons qu'il est important de surveiller la satisfaction des prestataires de soins dans ces pratiques. En matière de soutien, nous voyons un rôle important pour les organisations professionnelles.

Dans le cadre de **la continuité 24/7**, les postes de garde de médecins généralistes avec les zones d'attente correspondantes (de préférence alignées sur les zones de soins primaires) continuent à jouer un rôle essentiel dans la prise en charge des problèmes ressentis par le public comme étant médicalement urgents. Ce système a été déployé partout du vendredi 18 heures au lundi 8 heures, mais il y a une forte demande de la part des prestataires pour l'étendre également en semaine de 19 heures à 8 heures. **Une plus grande intégration verticale est également nécessaire en ce qui concerne les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.** Il est clair que le déploiement de soins spécialisés pour de nouveaux problèmes qui ne sont pas vécus comme mettant la vie en danger se fait de préférence par le biais d'une orientation de la première ligne (salle d'attente du médecin généraliste) vers la deuxième ligne (salle d'urgence). En règle générale, les patients ne peuvent être admis au service des urgences que dans les circonstances suivantes:

- dans le cadre des activités 112 sur la voie publique (accidents, ...) avec transport par ambulance;
- s'ils ont une lettre de référence d'un médecin généraliste (leur propre médecin généraliste ou via une pratique de garde en médecine générale);
- en cas de situation manifestement grave et/ou mettant en jeu le pronostic vital: accident vasculaire cérébral, forte suspicion d'IAM (infarctus aigu du myocarde), perte de connaissance, hémorragie grave, etc.

Pour les problèmes qui ne sont pas considérés comme urgents, **l'intégration verticale et les accords sur la répartition des tâches** doivent être optimisés**,** de préférence au niveau local: soins prénatals (rôle de la sage-femme, du généraliste, du gynécologue), accords avec les dermatologues, accords de rôles concernant le suivi cardiovasculaire, etc.

Dans le cas des maladies chroniques, la personne ayant besoin de soins et d'aide naviguera régulièrement entre la première et la deuxième ligne, le dossier interprofessionnel intégré unique jouant alors un rôle important.

5.5. Le « Belgian Integrated Health Record (BIHR) »: base pour la collecte d'informations et l'assurance qualité à l'horizon 2025

En février 2022, le cabinet du Ministre Vandenbroucke a constitué un groupe de travail composé d'experts sur les différents aspects de la digitalisation des soins de santé (28). Ils ont été chargés de créer une description conceptuelle du futur dossier électronique intégré du patient qui sera un outil nécessaire pour atteindre les objectifs généraux décrits dans le Quintuple Aim. Le groupe de travail était composé de différents experts indépendants et de parties prenantes du secteur des soins de santé. Il a discuté des objectifs de ce dossier électronique du patient intégré, de son contenu, de la manière dont il devrait être mis en œuvre et des différents aspects et conditions préalables qui devront être abordés pour favoriser son acceptation, son implantation et son utilisation. Le rapport issu du groupe de travail sert de conseil au gouvernement sur les points d'attention et de discussion à aborder et sur les obstacles actuels à la réalisation d'un tel dossier médical intégré, en relevant certains éléments clés.

Le groupe de travail a d'abord donné **une définition conceptuelle générale** du BIHR (Belgian Integrated Health Record):

- Il constitue un moyen d'obtenir de meilleurs soins (accès et qualité) ; il est conçu comme un outil pour améliorer la qualité et l'efficacité des processus de soins, ainsi que la qualité des soins pour le patient, la coopération au sein de l'équipe de soins et comme une base pour la politique de santé des autorités sanitaires.

- Le BIHR contient des données pertinentes pour de multiples prestataires de soins de santé tout au long de la vie des patients. Ces données sont longitudinales, structurées (en utilisant autant que possible les systèmes de classification internationaux) et fournies avec des métadonnées afin que différents utilisateurs puissent accéder, visualiser et modifier les éléments de données. Le BIHR stocke les données « communes » relatives à la santé d'une personne tout au long de sa vie afin de lui offrir la meilleure santé possible, y compris la prévention et les soins longitudinaux aigus et chroniques.

- Le groupe de travail insiste sur l'aspect « I » = intégré (et pas seulement « connecté ») de ce dossier de santé longitudinal (actuellement absent). Les méthodes actuelles d'échange de messages entre les applications de soins ne sont pas suffisantes.

- En partant de la personne/citoyen/patient et de « santé/soins » au lieu de « médical/malade »", le groupe de travail souligne que tous les acteurs des soins doivent avoir un rôle dans ce processus.

- Le groupe de travail n'a pas défini le BIHR comme une nouvelle application logicielle, mais plutôt comme la combinaison d'une plateforme qui contient les données structurées nécessaires et d'un ensemble d'applications conviviales qui utilisent ces données pour soutenir les processus de soins. Il est clair que de nombreuses applications logicielles seront nécessaires aux différents acteurs de la santé pour faire leur travail et que certaines applications devraient être mises à la disposition de chaque citoyen (et/ou aidants) et des professionnels qui n'ont pas d'applications spécifiques pour les dossiers médicaux.

Le groupe de travail sur le BIHR décide en conclusion: au moins trois aspects doivent être abordés simultanément: le modèle de soins, le modèle financier et les outils de soutien informatique. Il n'est pas possible de changer un seul aspect. Tous les paramètres de la Quintuple Aim doivent être optimisés en modifiant ces trois aspects simultanément. Le groupe de travail estime que la combinaison de 1) une meilleure coopération multidisciplinaire, 2) une incitation au partage des données et des connaissances et 3) une application de soutien aux processus sera le meilleur moyen d'atteindre le Quintuple Aim".

Les médecins généralistes souhaitent participer de manière constructive avec tous les autres prestataires de soins de santé à la réalisation d'un dossier électronique interprofessionnel intégré, tel que décrit dans le mémo « Belgian Integrated Health Record (BIHR) ». Cette mesure devrait être mise en œuvre à moyen terme.

5.6. Perspective d'une éducation orientée vers l'avenir

Aujourd'hui nous formons des généralistes qui devront fonctionner de manière adéquate en tant que généralistes actifs entre 2025 et 2065. L'essence de leurs tâches, à savoir des soins proches du patient, restera largement inchangée (29). Mais qu'est-ce qui va changer alors ? La meilleure façon de se préparer à l'avenir est de se baser sur les faits du passé et du présent. Voici quelques perspectives pour la formation des médecins généralistes qui veulent se préparer à temps à former les médecins généralistes de demain: tant en termes de connaissances et de compétences, d'attitudes et de valeurs, qu'en termes d'adaptation aux changements structurels.

- **Connaissances et compétences:** le transfert de connaissances est bien établi en mettant l'accent sur la formation tout au long de la vie. Cependant, les médecins généralistes en formation doivent également être préparés à de nouvelles évolutions et à de nouveaux accents, par example: utilisation des profils génétiques, intelligence artificielle et big data, protocoles de soins intégrés dans une organisation transversale où le patient est à la barre, plus d'attention à la prévention, gestion de la population, soins ciblés, soins de santé mentale, communication adaptée en fonction du niveau d'alphabétisation et des antécédents du patient, téléconsultations. Un rêve ambitieux à cet égard: développer des plates-formes interprofessionnelles d'information et d'apprentissage en ligne partiellement communes pour les patients, les soignants informels, les médecins en formation, les autres disciplines des soins primaires, qui soient aussi partiellement différenciées par groupe cible.

- **Attitudes et valeurs:** afin de s'adapter de manière adéquate aux changements qui s'annoncent inévitablement, les médecins généralistes en formation (master complémentaire) doivent être formés et encadrés dans tous les rôles définis dans le référentiel CanMEDS. En particulier, dans les domaines de la pensée critique et scientifique, de l'autoréflexion, d' une attitude flexible liée à un équilibre moderne entre vie professionnelle et vie privée, de la coopération harmonieuse, de l'esprit d'entreprise et du leadership, et de la responsabilisation des patients. La formation des médecins généralistes en Flandre étant basée sur une bonne coopération entre le milieu professionnel et le monde universitaire, toutes les compétences mentionnées ci-dessus sont bien abordées. Cette co-création reste une recommandation absolue pour l'avenir, tant pour le développement de bons soins aux patients que pour la motivation intrinsèque et le sens du but de l'étudiant. En région francophone, ce sont également les référentiels CanMEDS et de la Wonca qui constituent la base du master complémentaire géré par chaque université et d'une manière collective par le CCFFMG, le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale.

Cependant, la formation des médecins généralistes commence déjà dans la formation médicale de base. Là aussi, il convient d'accorder plus d'attention aux éléments de soins de santé spécifiques aux médecins généralistes, en accordant une attention particulière à l'aspect psychosocial dans le cadre du concept de santé biopsychosocial généralement connu.

- **Changements structurels:** les compétences susmentionnées, mais aussi les attitudes, sont nécessaires pour s'adapter aux changements structurels attendus: la délégation de tâches aux assistants de pratique et aux infirmiers en médecine générale, une coopération interprofessionnelle plus intensive et peut-être plus permanente avec d'autres prestataires de soins dans le secteur des soins primaires et les réseaux hospitaliers, une formation interprofessionnelle avec des étudiants d'autres disciplines dans les grands cabinets de soins primaires, la participation à la collecte de données et à la recherche dans le domaine de la médecine générale clinique, la gestion de cabinets de formation plus importants ou d'un réseau de cabinets de soins primaires et les organisations (professionnelles) au niveau méso-, la gestion d'une pression plus importante en termes de temps et de patients, l'impact de l'e-santé et de la m-santé, une attention accrue aux aspects environnementaux et à la durabilité, ...

  Compte tenu de tous ces changements structurels et des nouveaux défis auxquels sont confrontés notre formation et les jeunes médecins généralistes, il est d'autant plus important de continuer à contrôler et à améliorer la qualité de la formation, par exemple par le biais d'une formation approfondie et continue des médecins stagiaires, d'audits, de formations par simulation, de portfolios, de projets de promotion de la qualité, etc.

- **L'organisation de la formation:** En Flandre, la formation d'un millier de HAIO (huisarts-in-opleiding) se déroule par l'ICHO asbl (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding), le Centre interuniversitaire de formation des médecins généralistes. Cela se passe très bien avec la récente réforme réussie d'un cursus de 3 ans et l'ajout d'un stage en hôpital. Néanmoins, il existe encore des possibilités d'optimisation. L'une d'elles est le recrutement et la formation de formateurs en nombre suffisant et qualitativement formés. Actuellement, environ 20% des médecins généralistes flamands forment déjà un HAIO, futur collègue. Cela signifie que nous pourrions progressivement atteindre un point de saturation, tandis que le nombre de candidats à la spécialisation en médecine générale augmentera probablement dans les années à venir. La collaboration de l'ICHO en matière de liaison peut être encore plus axée sur des activités conjointes avec Huisarts-Opleiding Nederland, sur des échanges de stages internationaux et sur la collaboration d'organisations de patients, de caisses d'assurance maladie (mutuelles) et d'organisations de soins bénévoles. Autres pistes de réflexion: l'implication d'évaluations de patients afin de donner un retour d'information aux médecins généralistes et aux formateurs de cabinet, la possibilité pour les spécialistes en formation d'effectuer un stage dans une pratique de soins primaires, des activités d'apprentissage conjointes avec des étudiants en psychologie, en soins infirmiers, en pharmacie, en diététique, en kinésithérapie, etc.

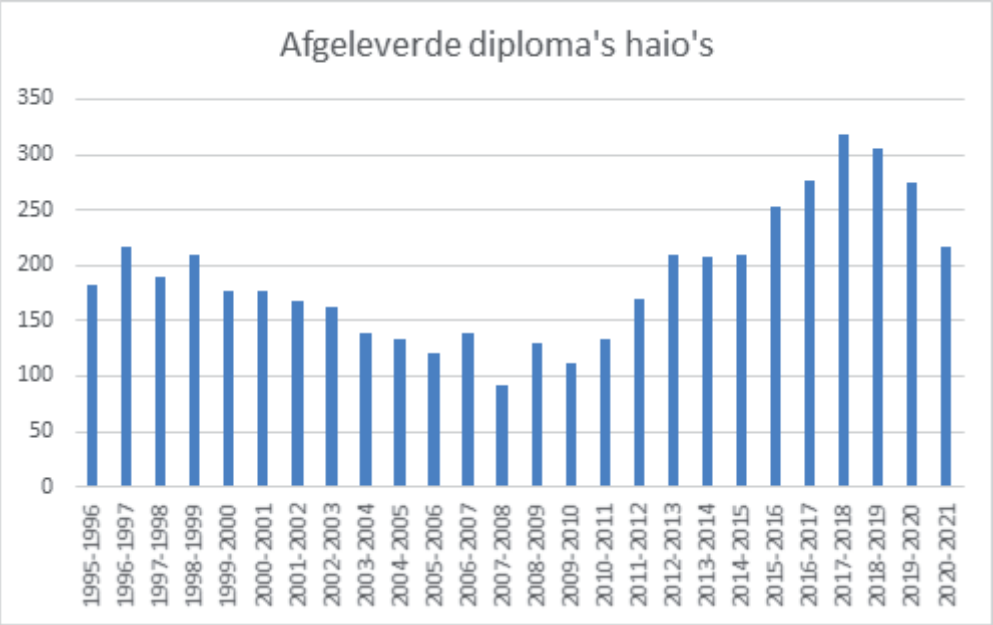
- **Together we implement!** Ces projets d'avenir ne peuvent être réalisés que par une coopération constructive avec tous les acteurs: HAIOs (unis dans HOP), universitaires et médecins généralistes: chefs de pratique, coordinateurs,.... « In the long history of humankind … those who learned to collaborate … most effectively have prevailed (30) ». La formation des médecins généralistes est plus efficace à l'intersection du travail clinique, de la formation dans le cursus et de l'autoapprentissage (31). Le domaine professionnel et les organisations professionnelles, d'une part, et les universités, d'autre part, se coordonnent et s'influencent mutuellement pour le mieux. L'en-

vironnement de formation (pratiques de formation et universités) doit servir une formation efficace, efficiente et satisfaisante. Il faudra pour cela trouver un équilibre entre la tendance à la simplification, « back to the basics » à petite échelle, d'une part, et l'exploitation des avantages de coopération constructive et d'apprentissage en réseau.

Together we implement! Si de nombreuses personnes contribuent à la formation des médecins généralistes en Flandre, toute une structure, un réseau d'apprentissage interprofessionnel intéressant peut continuer à être construit, dans lequel les HAIOs se sentent chez eux et peuvent se préparer à l'avenir.

La figure 9 ci-dessous montre que nous avons réussi à assumer notre responsabilité sociale en matière de formation des médecins généralistes en Flandre. Il donne un aperçu de l'évolution du nombre annuel de diplômés Master of General Practice.

Figure 9: Evolution du nombre annuel de diplômés en médecine générale (Flandre)



5.7. Vers des soins primaires durables.

Comme indiqué plus haut, les membres du comité scientifique du budget à long terme ont plaidé dans leur rapport (6) pour la formulation d'un sixième objectif, en complément du quintuple aim: "la viabilité à long terme du système, compte tenu de la (macro)évolution des coûts, de la disponibilité des prestataires de soins, de la résilience nécessaire des citoyens et des professionnels des soins, de la viabilité environnementale et de la préparation aux pandémies".

Il s'agit d'une tâche importante qui nécessite une plus grande attention à tous les niveaux (politique, pratique, financement, formation...) il convient d'accorder plus d'attention à ce point.

Les soins de santé ont un impact important sur les émissions de CO2, mais le réchauffement climatique entraîne également des problèmes de santé croissants. Le médecin de famille peut avoir un impact sur les soins climatiquement neutres à trois niveaux : au niveau de la pratique, de l'organisation des soins et de la société.

À l'étranger (par exemple au Royaume-Uni), le concept de "pratiques vertes" fait son apparition (htt-

ps://www.greenerpractice.co.uk/). Cela s'inscrit dans une action plus large: Green Impact for Health" (32), qui se concentre sur tous les aspects de la durabilité. Dans le cadre de cette action, une boîte à outils est en cours d'élaboration sur les thèmes suivants: déchets et recyclage; planète saine; prescription sociale; travail sans carbone, sans eau, sans énergie; apprentissage de la durabilité. Plus d'-informations est disponible à l'adresse suivante: https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/climate-change-sustainable-development-and-health.aspx .

En Belgique, les soins de santé représentent 7,5 % des émissions totales de carbone. Les médicaments sont responsables de 40% de ces émissions, les aérosols de dosage de 20% supplémentaires. La consommation d'énergie et les déplacements représentent respectivement 15 % et 10 % des émissions (33).

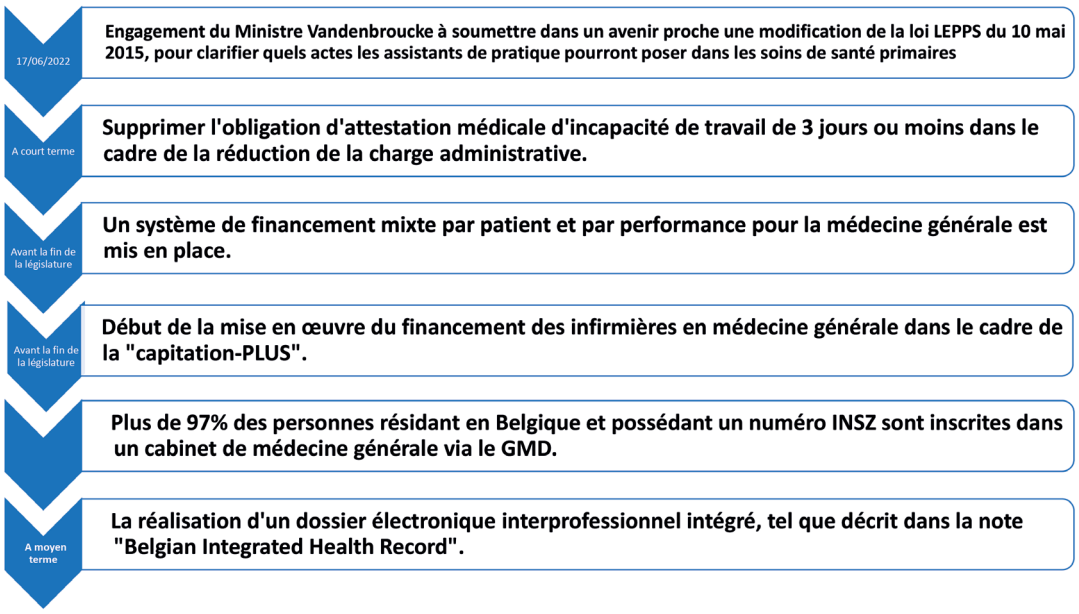
Aux Pays-Bas, Nivel lance un projet en 2022 dans le cadre du défi " Soins de santé durables ", avec pour titre: " Suivi et stimulation des choix de traitements verts par les médecins généralistes ". L'objectif du projet est le suivant: "Sensibiliser les médecins généralistes à l'influence de leur comportement en matière de prescription. sur le climat en développant une description fonctionnelle, prête à l'emploi, d'un module de rétroaction. Cette initiative devrait permettre aux médecins généralistes de se faire une idée de l'impact climatique de leurs prescriptions de médicaments et de les informer sur d'éventuelles solutions plus écologiques. Cela pourrait alors conduire à un réduction des prescriptions et contribuer à réduire l'impact climatique des médicaments" (34) (voir: https://www.nivel.nl/nl/project/monitoren-en-stimuleren-van-groene-behandelkeuzes-door-huisartsen). Le NHS dispose également d'un service de recherche pour approfondir l'interaction entre les soins de santé et le climat et y associer des actions appropriées. En Belgique aussi, il est nécessaire de disposer de données sur l'impact de la médecine de soins primaires sur le climat. Ce n'est qu'ainsi que les médecins généralistes pourront faire des choix plus éclairés dans une optique de durabilité et que l'organisation des soins de santé pourra également devenir plus neutre sur le plan climatique (par exemple en encourageant davantage les soins préventifs et en réduisant ainsi le besoin de soins curatifs). Une politique de santé durable n'aura pas seulement un impact sur la santé actuelle de notre population, mais permettra également d'éviter que certaines maladies ne deviennent plus fréquentes. Il devient important d'accorder une attention particulière aux nombreuses composantes de la durabilité au sein de la première ligne, également en Belgique.

6. APERÇU GÉNÉRAL ET CONCLUSION

Aujourd'hui, la médecine de famille et les soins primaires sont au carrefour d'importants changements sociaux (35) nécessitant des choix politiques clairs et orientés vers l'avenir.

Dans ce document, un plan d'action a été présenté, visant à renforcer la médecine générale dans les années à venir et à contribuer à des soins plus intégrés.

Le calendrier suivant est proposé, potentiellement réalisable avec la volonté des mondes politique, professionnel et académique, et l'aval de la population.



Enfin, comme au début de ce document, nous tenons à souligner que toutes ces propositions doivent être considérées dans le contexte d'un "livre vert opérationnel" : un recueil d'idées et de propositions servant de point de départ à la discussion et à la consultation des parties prenantes. Les auteurs estiment que ce qui est écrit ici peut contribuer à une discussion sur l'avenir de la médecine générale dans les soins primaires et alimenter le débat sur ce sujet.

Ce texte pourrait également contribuer aux discussions dans le cadre du document: "Vers un New Deal pour le médecin généraliste, Ministre Frank Vandenbroucke, 17 juin 2022".

BIBLIOGRAPHIE

1. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change: Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 december 2014. ISBN 9789491125096

2. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011: multi-morbidity, goal-oriented care and equity. Br J Gen Pract 2012; (60) (600):e522-4

3. Chaire Interdisciplinaire de la première ligne Be-Hive. Accessible at: https://www.be-hive.be/

4. Leerstoel 'Primary Care Academy (PCA)'. Accessible at: https://www.uantwerpen.be/nl/centra/universiteitsfonds/maak-mee-het-verschil/doe-een-gift/onze-leerstoelen/-primary-care-academy/

5. DR. DANIËL DE CONINCK (FUND). Accessible at: https://www.kbs-frb.be/en/dr-daniel-de-coninck-fund

6. Schokkaert E (Ed.). Vers un budget pluriannuel pour les soins de santé et deS objectifs 'soins de santé. Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022. Brussel, RIZIV/INAMI. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ rapport_wetenschappelijk_comite_meerjarenbegroting.pdf

7. Quintuple Aim: het kompas van Vivel. Beschikbaar via: https://www.vivel.be/nl/nieuws/tag/quintuple-aim/

8. De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red). Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014. Available on: https://www.icho-info.be/userfiles/files/together-we-change-ned%20091214.pdf

9. Eurostat.Life expectancy y age, sex and NUTS regio. Available at:https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_r_mlifexp&lang=en

10. Bouckaert Nicolas, Maertens de Noordhout Charline, Van de Voorde Carine. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30. Available at: https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/health-system-performance-assessment-how-equitable-is-the-belgian-health-system

11. Anonymous. Naar een gezond België. Available at: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/covid-19-crisis/covid-19-impact

12. Willaert D. Oversterfte door Covid-19 bij leden SocMut. Brusel, NVSM, September 2020. Available at https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/wpcontent/uploads/2020/10/Onderzoeksrapport-Oversterfte-door-COVID-19-bij-leden-SocMut-092020_FINAAL.pdf

13. Buntinx, F., Heyrman, J., Beullens, J., Vankrunkelsven, P., Van den Oever, R., Delesie, L., . . . Briot, J. (1995). De behoefte aan huisartsen in België. Retrieved from Leuven: Buntinx, F., Heyrman, J., van Krunkelsven, P., Van den Oever, R., Delesie, L., & Vlietinck, R. (1995). Hoeveel huisartsen zijn er nodig in België? Huisarts Nu, 24(8), 299_305.

14. Planningscommissie_Artsen. (2022). Formeel advies 2022/01 van de Planningscommissie Medisch aanbod. Retrieved from Brussel https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-advies-inzake-de-contingentering-van-de-artsen-bepalen-quota-2028-2033

15. Van Duppen, J., Van Kessel, I., Becq, S., & Commissie_Welzijn, V. e. G. K. V. P. (2002). Verzoekschrift betreffende de toepassing van het VIPA-decreet voor huisartspraktijken. Parlementair Stuk 1274 (2001-2002) – Nr. 1.

16. Criel, B., & De Lepeleire, J. (2021). Van basisarts tot public health: verschillende wegen om naar Rome te reizen. Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg, 77(10), 815_826. doi:10.47671/TVG.77.21.110

17. De Maeseneer Jan (Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent), Van Gorp Luc (Departementshoofd Gezondheidszorg, UC Leuven-Limburg), De Lepeleire Jan (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven), Remmen Roy (Vakgroep Eestelijns en Interdisciplinaire zorg, UAntwerpen), Devroey Dirk (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde VUB), Martin Sandra (Gezondheid en Welzijn, UC Leuven-Limburg). Beroepscompetentieprofiel: Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg; Sector Gezondheidszorg: Subsector Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Brussel, SERV, 2007

18. EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014. Available on: https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf

19. Regeringscommissariaat Corona. Prioritaire inenting van personen met een verhoogd risico tijdens de Covid-19-pandemie in 2021 in België. Rapport Werkgroep Organisatie van de Vaccinatiestrategie (Task Force Vaccinatie). Brussel, 18 maart 2022. Available at: https://fdn01.fed.be/documents/4f0a83c522c730fa282d176910e57d20/rapport%20WG%20strat%20vax_final_ENG.pdf

20. Van den Bruel A, Belche JL. Synthesedocument Reflectiegroep teleconsultaties. Brussel, RIZIV, 27

21. Gillam S, Siriwardeni N. The Quality and Outcomes Framework. 2011, Oxford, Radcliffe Publishing.

22. Ryan, A.M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., Doran, T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet 2016;388:268-74. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00276-2

23. Pulse (15.03.2022):GP QOF system should be scrapped, says RCGP chair. Available at: https://www.pulsetoday. co.uk/news/breaking-news/gp-qof-system-should-be-scrapped-says-rcgp-chair/

24. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. Practice nurse support and task suitability in a general practice: a cross-sectional survey in Belgium. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681392/

25. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde/19100414.pdf

26. Verlinde C, De Maeseneer J, et al. De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20 Reflectiekamer%202017.pdf

27. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional and healthcare outcomes (review). The Cochrane Library 2009, issue 4. Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com

28. Montag I, Van der Hulst E (Eds.). Conceptuele beschrijving van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (BIHR: Belgian Integrated Health Record). Brussel, februari 2022. Nota in opdracht van het kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

29. Gielis Guy, Goedhuys Jo en Schoenmakers Birgitte (red.), Huisartsgeneeskunde, verleden en toekomst. 30 jaar ICHO. Leuven: Acco, 2014.

30. Darwin Charles. On the origin of species. London: John Murray, 1859.

31. Steven K., Wenger E., Boshuyszen H., Scherpbier A. And Dornan T., How clerkship students learn from real patients in practice settings. Academic Medicine, 2014, 89, 3, 1-8.

32. Green Impact for Health: designed by General Practitioners for General Practice. Available at: https://greenimpact.nus.org.uk/green-impact-for-health/

33. Smith J, Bansal A, Barron-Snowdon J. How to reduce the carbon footprint of inhaler prescribing? A guide for GPs and practice nurses in the UK. Greener Practice; 2021

34. Nivel. Monitoren en stimuleren van groene behandelkeuzes door huisartsen: project juli-december 2022. Available at: https://www.nivel.nl/nl/project/monitoren-en-stimuleren-van-groene-behandelkeuzes-door-huisartsen)

35. De Maeseneer J. Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change (E-book). Available at: https://www.perlego.com/book/3052938/family-medicine-and-primary-care-at-the-crossroadsof-societal-change-pdf

ANNEXES:

Tableau "montant moyen" pour documenter les figures 6 et 7 du chapitre 5.2

Âge/sex	Tarif moyen NoVTR	Tarif moyen VTR
00-04	**79,41429522**	**79,33612335**
F	77,24717816	76,84701015
M	81,58141228	81,82523656
05-09	**61,95012889**	**72,73544573**
F	62,32006628	72,84531308
M	61,5801915	72,62557839
10-14	**61,03177216**	**79,34745471**
F	61,69834884	78,79547425
M	60,36519547	79,89943517
15-19	**80,47129288**	**116,1139677**
F	90,79195473	129,7838239
M	70,15063103	102,4441115
20-24	**81,40944609**	**111,9532859**
F	96,24098003	132,0716887
M	66,57791215	91,83488309
25-29	**87,80955765**	**115,4555139**
F	104,8496022	134,4709629
M	70,76951311	96,44006489
30-34	**93,60637772**	**129,2122124**
F	111,0468037	149,2284095
M	76,16595172	109,1960152
35-39	**95,69494755**	**143,6406244**
F	111,0100544	163,3206419
M	80,37984068	123,9606069
40-44	**99,60812315**	**159,1131828**
F	113,8501878	180,4636884
M	85,3660585	137,7626772
45-49	**106,4079403**	**182,1375906**
F	121,0329125	206,4850713
M	91,78296815	157,7901098
50-54	**117,6041595**	**205,7276037**
F	131,4206578	229,3298324
M	103,7876611	182,1253751
55-59	**129,0595009**	**226,4343192**
F	139,6057269	246,4040313
M	118,5132749	206,4646071
60-64	**135,987218**	**238,4711428**
F	143,116428	253,2132919

M	128,8580079	223,7289937
65-69	**149,7222776**	**258,3750026**
F	153,8370299	272,2816573
M	145,6075253	244,4683478
70-74	**174,1920098**	**306,5447579**
F	179,1792201	319,6810601
M	169,2047995	293,4084557
75-79	**202,2765139**	**340,1154047**
F	210,9588692	358,2115332
M	193,5941586	322,0192761
80-84	**247,9844292**	**414,7924975**
F	262,7595528	443,2902821
M	233,2093055	386,2947128
85-89	**299,6242609**	**498,9726681**
F	320,5553865	531,3231536
M	278,6931352	466,6221825
90-94	**351,3876973**	**558,3153827**
F	370,8501055	581,8002942
M	331,9252891	534,8304712
95+	**382,5357215**	**586,2855934**
F	403,2471524	599,6486253
M	361,8242906	572,9225615

Explication: Le montant annuel remboursé concerne le montant total moyen remboursé en médecine générale pour les consultations, les visites à domicile, la gestion du CMR et autres contacts (par exemple, forfait pour un contrat de trajectoire de soins conclu avec un bénéficiaire atteint de diabète sucré de type 2). Les remboursements pour les services techniques ne sont pas inclus dans ces chiffres

Box 2: How might a high quality, responsive and efficient system of primary care be delivered through GP practices?

La perspective du patient : le point de départ est le suivant: « Qu'est-ce qui compte pour le patient ? ». Les patients veulent être aidés rapidement lorsqu'ils le demandent, par une personne appropriée, ce qui signifie parfois un médecin généraliste désigné. Mais ils ne se soucient pas du mode utilisé, tant qu'il est adapté à leur problème. Ainsi, le système qui fournit le service peut être en grande partie à distance et être numérique (asynchrone) ou téléphonique (la vidéo est souvent disponible mais peu utilisée). Si le service fonctionne bien, il n'est pas nécessaire de persuader les patients de changer de façon de faire. En effet, ils l'acceptent désormais favorablement et utilisent un service en ligne, comme c'est le cas dans la plupart des domaines de la vie.

Le point de vue du médecin généraliste : est tout aussi important pour l'acceptation de ce mode de communication électronique, qui doit donc faire en sorte que sa vie ne soit pas pire, voire meilleure. La simple persuasion est difficile, mais il est utile de montrer comment le système améliore l'efficacité, renforce la confidentialité professionnelle et améliore le plaisir de travailler. Les incitations financières ne doivent évidemment pas déséquilibrer le meilleur choix pour aider chaque patient de manière appropriée.

Principes de conception du logiciel : il doit être très simple d'utilisation pour les patients, et conçu pour convenir à tous, avec un langage simple pour éviter la « fracture numérique » qui pourrait rebuter justement ceux qui ont le plus besoin de soins médicaux.

Texte libre ou questions-réponses complexes ? L'expérience britannique montre que les réponses en texte libre à un nombre très limité de questions entraînent une participation beaucoup plus élevée des patients, 70 % en ligne, contre 20 % ou moins lorsqu'un algorithme tente de les guider à travers une longue liste de questions. Ces dernières ont tendance à être frustrantes pour les patients et d'une valeur limitée pour les cliniciens.

Connexion du patient ou nouvelle demande à chaque requête ? Les deux approches présentent des avantages et des inconvénients, et la meilleure solution peut dépendre d'autres facteurs dans l'environnement informatique. Une bonne intégration avec les systèmes de dossiers médicaux existants est essentielle, tant pour la sécurité des patients que pour minimiser le travail administratif.

Gérer le changement dépend clairement des personnes et de la situation locale, mais il a été constaté qu'une courte période de préparation et de formation (4 semaines maximum) est la meilleure solution, et qu'alors, un seul jour de lancement suffit pour l'introduction du nouveau système. Cela signifie que le personnel n'a pas à gérer deux systèmes en même temps, de sorte qu'un flux rapide est atteint en une seule fois. Les patients reçoivent alors un message clair sur ce qu'ils doivent faire, ils n'ont pas besoin d'être préparés à l'avance, mais ils doivent pouvoir utiliser facilement le nouveau système dès son lancement et recevoir une réponse rapide. Il est essentiel de comprendre les volumes et les schémas des demandes pour gérer leur flux, et de bonnes informations permettent d'améliorer le système au fil du temps. Les gains rapides sont importants pour obtenir le soutien et la dynamique du changement.

Mesures et résultats : les réactions des patients sont très positives, environ 70 % d'entre eux déclarant que le nouveau système est meilleur sur le plan qualitatif : « la réponse était si rapide » ou « la réponse était personnelle et m'a aidé à résoudre mon problème ». Pour les patients, la mesure de performance la plus importante est donc le temps de réponse et le temps de traitement de leur demande. En général, 80 % des demandes sont traitées le jour même, et 50 % en moins de 4 heures.

Demande: pour obtenir une réponse rapide, elle doit être bien comprise, afin que les réactions des soignants capacité puissent être optimales ; son volume est très prévisible, beaucoup plus élevé le matin à l'ouverture et diminue par la suite ; la demande totale représente environ 7 % de la liste par semaine, dont 28 % le lundi, les jours suivants 21 %, 18 %, 17 % et 16 %.

Mode de consultation: les patients exprimaient une préférence de 30% pour le face à face avant la pandémie ; après celle-ci, elle est tombée à 4% et s'est stabilisée à 11% ; le mode effectivement utilisé par les généralistes était de 30% pour le face à face et semble dorénavant rester stable à environ 15% de toutes les demandes ; même si ces données sont incomplètes, le changement avant et après la pandémie est très clair.

Données démographiques des patients : lorsque le cabinet médical s'attend à ce que les patients envoient d'abord leurs demandes en ligne, 70 à 80 % d'entre eux le font ; les autres peuvent être aidés en téléphonant à la réception, et ne devraient ni gagner ni perdre en priorité en le faisant.

Effets de l'âge: on observe une diminution de la proportion des utilisateurs en fonction de l'âge, les plus âgés faisant moins appel à Internet ; cependant, même à 70 ans, plus de la moitié de la demande arrive encore en ligne et ce chiffre augmentera probablement avec le temps. Par ailleurs, il est important de permettre l'accès par procuration, qui concerne principalement les parents pour leurs enfants, soit environ 15 % de la demande totale, et certains aidants informels pour les patients plus âgés.

Précarité: aucune différence d'utilisation entre les populations les plus défavorisées et les plus aisées n'a été constatée ; il n'y a pas de différence entre les populations multiethniques et linguistiques et les autres, ce qui découle de la simplicité de la conception et du langage.

Auteur: Harry Longman. (e-mail: harry.longman@evergreen-life.co.uk)