

Résumé du modèle Flamand

Contexte

La 6^e réforme de l'Etat, ainsi que les développements démographique, scientifique, socio-culturel et socio-économique ont été les éléments déclencheurs qui ont permis de modifier l'organisation des soins de santé de première ligne en Flandre. Il existait une hétérogénéité des territoires, une absence de réglementation de chaque secteur et un manque de liaisons entre eux au sein des territoires. Ce contexte a entraîné la rédaction d'un **décret en 2003**, celui-ci a permis de déterminer des zones géographiques, veillé à ce qu'il existe une meilleure coopération entre les différents secteurs et uniformisé la programmation de plusieurs secteurs de soins de santé. En **2008**, un nouveau décret modifiant celui de 2003 a été rédigé et a permis une adaptation des territoires en respectant les frontières des provinces. Aujourd'hui, grâce à ces modifications de la réglementation, l'approche des soins de santé n'est plus axée sur l'offre des soins, mais plutôt orientée vers les besoins des personnes.

Changement de paradigme et groupes de travail

Le paradigme du modèle flamand a changé, comme explicité précédemment, les soins ne sont plus axés sur l'offre de soins, mais centrés sur la personne, ses besoins et ses objectifs de vie. Cette nouveauté a permis au patient de devenir pleinement acteur de sa santé au cœur d'un système intégré de santé dans lequel les acteurs travaillent en équipes multi ou interdisciplinaires. Ainsi, on ne distingue plus les notions de santé et de bien-être, les soins de santé ne sont plus uniquement perçus comme étant des traitements pour lutter contre les maladies, mais ils englobent l'ensemble du continuum de soins (promotion, prévention, soins de santé mentale, soins curatifs, etc.). De manière globale, l'offre de services en matière de santé est intégrée et s'organise au sein d'un environnement informel plus proche de la personne (importance du rôle joué par la communauté).

Le nouveau modèle permet donc :

- Des **soins intégrés** qui contribuent à l'obtention de la meilleure qualité de vie possible, telle qu'elle est souhaitée par le patient. C'est-à-dire que les prestataires de l'aide et des soins, en collaboration avec le patient, vont mettre en place un plan de soins et l'aider à réaliser des choix menant à une vie de qualité.
- Au patient d'avoir des **connaissances** en matière de santé : il est donc primordial de mettre à disposition du patient des informations fiables et compréhensibles. L'éducation à la santé est importante afin que le patient puisse améliorer ses connaissances et ses compétences pour développer des attitudes adéquates afin de rester en bonne santé.
- Au **patient de s'autogérer** : la mise en place du processus de soins est guidée par le principe d'autogestion. C'est donc au patient que revient le pouvoir de décision et de coordination de ses soins. Il est possible que le patient ne soit pas capable d'assumer ce rôle de décisionnaire, dans ce cas, il peut être attribué à un aidant proche ou à un prestataire de soins. Toutefois, le processus aura pour objectif premier de renforcer l'autonomie du patient.

Ces différents changements ont été possibles car au début du projet de réforme des soins de santé de première ligne en Flandre, un **temps de préparation** a permis de définir les objectifs à atteindre. Certains éléments ont également été respectés pour que la mutation de paradigme se réalise dans les meilleures conditions :

- Respect des compétences des autres entités lors de la mise en place des cadres réglementaires et des stratégies d'action ;

- Identifier et renforcer les facteurs de liaison, tels que le soutien scientifique, l'évaluation et le financement ;
- Définir des objectifs, une structure de gouvernance et une coordination claire.

Afin d'atteindre l'objectif, il était important également que les soins de santé de première ligne contribuent à la réalisation du « **Quintuple aim** »¹, c'est-à-dire :

- Améliorer les soins pour les personnes : améliorer les soins tels qu'ils sont perçus par la personne qui en a besoin ;
- Améliorer la santé de la population : améliorer la santé de la population en mettant en avant l'accent sur l'égalité sociale et l'accessibilité ;
- Créer une valeur ajoutée pour les professionnels : créer un environnement qui permet aux professionnels de la santé de travailler de manière appropriée et durable ;
- Créer de la valeur ajoutée (coûts/bénéfices) : créer un gain de santé pour la personne ayant besoin de soins et de soutien compte tenu des ressources disponibles ;
- Contribuer à la justice sociale et à l'inclusion.

De manière plus concrète, **six groupes de travail** ont été mis en place dans lesquels a été garantie une représentation équilibrée de groupes de professionnels, d'experts des secteurs, d'utilisateurs, d'organisations de soins de santé de première ligne. Ces groupes ont émis différentes conclusions notamment : (1) l'autonomie de la personne et la réalisation de ses objectifs de vie est centrale ; (2) une harmonisation des soins sociaux et de santé est nécessaire ; (3) « les équipes de soins » doivent être personnalisées pour soutenir l'individu en fonction de ses objectifs de vie ; (4) la digitalisation du processus de soins doit être poursuivie ; (5) les conseils de soins et les plateformes régionales de soins contribueraient chacun à la continuité des prestations de soins, etc.

De ces différentes conclusions découlent **6 axes majeurs** qui ont, par la suite, été travaillés dans les différents groupes de travail :

1. Placer la personne ayant besoin de soins au centre des préoccupations
2. Intégrer tous les aspects de la réforme
3. Poursuivre la numérisation du processus de soins
4. Renforcer le soutien aux prestataires de soins locaux par l'innovation structurelle
5. Intégrer les services de santé et les services sociaux
6. Harmoniser les autres ressources.

Les différents niveaux de l'organisation territoriale de la première ligne d'aide et de soins

Le paysage des soins de santé de première ligne a été réorganisé en 3 niveaux :

❖ Des zones de première ligne

Une zone de première ligne est une zone délimitée géographiquement dans laquelle les gouvernements locaux et les prestataires de soins qui y exercent, tentent de mettre en place une collaboration adéquate et d'assumer leurs responsabilités envers la population d'une zone afin de réaliser des soins accessibles et de qualité. C'est donc une coopération multidisciplinaire et intersectorielle qui s'organise pour soutenir le niveau de la pratique.

Les zones de première ligne sont déterminées par le Gouvernement flamand (Art 13, décret 26 avril 2019) et comportent quelques principes :

¹ <https://www.vivel.be/en/the-quintuple-aim/>

- Les zones de première ligne ne se chevauchent pas ;
- Les zones de première ligne couvrent la région de langue néerlandaise et la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- Une commune ne peut faire partie que d'une seule zone de première ligne, à l'exception des communes d'Anvers et de Gand ;
- Une zone de première ligne comprend au minimum 70.000 habitants.

De plus, pour être reconnue comme étant une zone de première ligne, différents **critères** doivent également être respectés :

- Une zone de première ligne comprend une ville (ou une partie d'une grande ville) ou deux ou plusieurs communes dont le nombre total d'habitants est compris entre 75 000 et 125 000. Exceptionnellement, il est possible de s'en écarter sur la base d'arguments historiques (coopérations déjà existantes) ou sociogéographiques.
- La zone de première ligne s'inscrit dans les limites d'une région urbaine de soins ou d'une zone régionale de soins. Plusieurs zones de première ligne forment ensemble une zone régionale de soins.
- La zone de première ligne doit bénéficier d'un soutien suffisant de la part d'acteurs incontournables tels que des groupes de médecins généralistes, des groupes ou des représentants des professions de soins, des autorités locales, des prestataires de soins résidentiels, etc.

Le territoire flamand est ainsi divisé en 60 zones de première ligne. Concrètement, les communes ont soit pu rejoindre une zone déjà existante, soit se regrouper à plusieurs communes pour créer une zone, soit lorsqu'aucun consensus n'était atteint c'est le Gouvernement flamand qui tranchait. Actuellement, toutes les communes sont reprises dans une zone.

Une zone de première ligne a plusieurs **missions** notamment : (1) de soutenir les cercles de travail des différents groupes de professionnels; (2) de stimuler la coopération interdisciplinaire entre les prestataires de soins dans les équipes de soins et au niveau des zones de premières lignes; (3) de promouvoir une harmonisation entre la prévention, les soins, la réhabilitation et le support; (4) de stimuler l'échange de données digitales; (5) de signaler à la zone régionale de soins ou au niveau flamand les différents problèmes qu'ils rencontrent; (6) de participer à l'organisation de formations adaptées aux besoins dans la zone de première ligne pour augmenter l'expertise sur tous les aspects de la prestation de soins intégrés, etc.

Chaque zone est gérée par un **Conseil de soins**. Celui-ci est une personne morale qui travaille dans sa zone d'action à l'organisation des soins de première ligne et au soutien des prestataires de soins de première ligne. Le Gouvernement flamand agrée et subventionne les Conseils des soins et fixe leur zone d'action.

Le Conseil comprend au moins les délégués des :

- Administrations locales ;
- Prestataires de soins de première ligne de différentes disciplines, des centres de soins résidentiels, des services d'aide aux familles, des services d'assistance sociale des mutualités, des centres d'aide sociale générale ;
- Associations de personnes en demande de soins et de soutien ;
- Associations agréées d'aidants proches et d'utilisateurs.

❖ Des zones régionales de soins

Une zone régionale de soins est un regroupement de plusieurs zones de première ligne en vue d'une bonne coopération entre la première et la deuxième ligne. Ces zones régionales de soins coïncideraient idéalement avec les 13 réseaux hospitaliers existant en Flandre (ici, une coordination avec le Gouvernement fédéral est nécessaire).

« **Une plateforme régionale de soins** est une personne morale qui travaille dans sa zone d'action pour coordonner et soutenir les membres de la plateforme régionale de soins » (art 14, décret 26 avril 2019).

L'objectif de la création des plateformes régionales de soins est d'aboutir à la reconnaissance et au financement par le Gouvernement flamand d'une structure d'appui par zone régionale de soins. Les fonds sont alloués en fonction des caractéristiques de la zone couverte (taille, population, caractéristiques sociodémographiques, etc.) et une partie des ressources est affectée et comptabilisée par missions et sous-activités (prévention, soins palliatifs, démence, etc.). Les zones régionales de soins peuvent, sur la base d'un consensus, financer certaines actions pour des publics-cibles spécifiques. L'acquisition de fonds auprès de sources de financement alternatives est également autorisée.

Le Gouvernement flamand détermine la **zone d'action** d'une plateforme régionale de soins :

- Les zones régionales de soins couvrent la région de langue néerlandaise et la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- Les zones régionales de soins couvrent l'ensemble du territoire flamand ;
- Une zone régionale de soins comprend au moins deux zones de première ligne, à l'exception de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui peut comprendre une seule zone de première ligne ;
- Alignement sur les zones des réseaux hospitaliers cliniques, une population de l'ordre de 400 000 habitants ;
- Une zone régionale de soins couvre un territoire contigu, à l'exception des communes de Fourons et de Baerle-Duc, qui comprend au moins 300.000 habitants ;
- Les zones régionales de soins sont harmonisées au maximum ;
- Chaque zone de première ligne fait partie d'une seule zone régionale de soins.

Les **organisations** suivantes qui opèrent dans la zone d'action, sont au moins membre d'une plateforme régionale de soins :

- Les Logos (= Centres locaux de promotion de la santé-CLPS en Wallonie) ;
- Les réseaux palliatifs et les partenariats en matière de soins palliatifs ;
- Les centres d'expertise régionaux pour la démence agréée ;
- Les réseaux de santé mentale ;
- Les conseils des soins dans la zone d'action de la plateforme régionale de soins ;
- Les associations de personnes en demande de soins et de soutien et les associations agréées d'aidants proches et d'usagers.

Les **missions** des zones régionales de soins sont de :

- conseiller le domaine politique du bien-être, de la santé publique et de la famille sur l'adaptation de l'offre de soins et de soutien aux besoins de la population dans sa zone d'action ;

- coordonner les soins et le soutien, de sorte que la continuité des soins peut être garantie pour la personne qui est en demande ;
- soutenir les organisations qui mettent en place des projets pilotes ou des recherches liés à l'amélioration de la qualité de l'organisation des soins dans la zone régionale de soins ;
- traiter des problèmes, obstacles ou difficultés qui ne peuvent pas être résolus par les conseils des soins au sein de leur zone d'action.

Les hôpitaux et les partenariats avec les hôpitaux peuvent prendre part aux plateformes régionales de soins sans qu'ils ne doivent devenir membres et sans les obligations correspondantes liées aux plateformes régionales de soins.

❖ Des organisations partenaires

Une organisation partenaire est dotée d'une personnalité juridique et fonctionne comme un centre d'expertise de la première ligne, elle est agréée et subventionnée par le Gouvernement flamand, ou subventionnée par le biais d'un contrat de gestion.

Le Gouvernement flamand peut conclure, après un appel à candidature, un contrat de gestion avec une organisation partenaire. Ce contrat permet d'être agréé pour une durée de minimum trois ans et maximum cinq ans. Il peut être prolongé au maximum une seule fois de la durée initiale du contrat. Le contrat de gestion comprend :

- La nature de l'expertise de l'organisation partenaire, les groupes cibles auxquels l'organisation partenaire offre au moins du soutien et les missions qu'assume l'organisation partenaire vis-à-vis de la Communauté flamande ;
- Un plan de gestion pour la durée du contrat de gestion. Ce plan de gestion comprend : les domaines de résultats pour l'exécution du contrat de gestion ; les critères d'évaluation pour les domaines de résultats et la manière dont les rapports périodiques sont prévus ;
- La zone d'action de l'organisation partenaire ;
- Les accords pratiques relatifs à la subvention visée dans le décret.

Le Gouvernement flamand arrête les modalités relatives à l'appel et à la conclusion d'un contrat de gestion, et détermine la subvention et les conditions de subvention.

Lorsqu'elles ont besoin d'appui pour certaines missions ou parties de missions, les organisations œuvrant sur le terrain font appel aux organisations partenaires qui, en raison de leur expertise ou de leur capacité à fournir des données, peuvent apporter l'aide nécessaire.

Exemples de **missions** des organisations partenaires :

- Regroupement de l'expertise, des preuves et de l'expérience nécessaires pour soutenir les modèles de soins intégrés ;
- Fournir au public une vue d'ensemble complète, à jour et orientée vers le client de l'offre de soins en Flandre, sur la base de bases de données validées ;
- Informer et impliquer les citoyens dans l'approche des soins intégrés ;
- Mettre en place des projets innovants, stimuler l'innovation et aider à leur mise en œuvre ;
- Faciliter et guider la planification de la stratégie de soins au niveau des zones de première ligne et des zones régionales de soins ;

Coopération avec l'Institut flamand pour la qualité des soins en développant des indicateurs de qualité qui peuvent être appliqués en première ligne, etc.

Financement de l'organisation de la première ligne d'aide et de soins flamande

Actuellement, il existe un partage budgétaire du financement des soins de première ligne entre le Gouvernement fédéral et le Gouvernement flamand. Ce dernier, alloue chaque année un certain budget aux soins de santé de première ligne. Un cadre global est élaboré pour plusieurs années mais il est possible que les ressources financières octroyées par le Gouvernement flamand aux structures de soutien actuelles soient réorientées vers de nouvelles structures.

Le Gouvernement fédéral, rémunère les prestataires de soins (honoraires et nomenclature) sur la base de la loi du 10 mai 2015 qui est en cours de réforme et sera divisé en deux parties : une qui aborde les profils des prestataires de soins et l'autre qui concerne la qualité des soins.

De plus, le Gouvernement fédéral prend en compte les conclusions des projets pilotes concernant les soins de santé intégrés pour prendre des décisions budgétaires.

Ces différents éléments influencent la manière dont est réalisée la réforme des soins de santé de première ligne et il est intéressant de mettre en évidence qu'une mesure politique ayant un impact budgétaire prise par le Gouvernement fédéral a donc souvent un impact sur les dépenses d'une Communauté bien que les budgets soient totalement distincts. Une coordination, une coopération et une harmonisation sont donc nécessaires entre les deux gouvernements pour pouvoir réaliser une politique harmonisée et pour éviter un impact négatif sur l'économie du Gouvernement flamand.

En pratique

Pour le Gouvernement flamand, avoir une politique de qualité est indispensable afin d'avoir des soins de santé intégrés. Cette politique de qualité est élaborée par l'Institut Flamand pour la Qualité (Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit) en collaboration avec l'Institut Flamande de la Première Ligne (Vlaams Instituut voor de Eerstelijjn) ainsi qu'avec les acteurs concernés. Cette politique est basée sur différents indicateurs élaborés par discipline.

Par exemple, un objectif important dans est la numérisation complète des dossiers médicaux des médecins généralistes. Le Gouvernement flamand poursuit et renforce donc l'expansion de « Vitalink » qui est essentiel pour le partage des données en ligne et le soutien des projets en cours. Il est donc nécessaire de recueillir l'engagement de tous les prestataires de soins de santé et des parties prenantes concernées.

Le Gouvernement flamand n'a pas opté pour une approche unique dans laquelle toutes les pratiques de la première ligne doivent répondre à des critères stricts. Plusieurs modèles de coopération sont donc possibles. Cependant, le Gouvernement a mis en exergue l'importance de certains principes qui sont : (1) le travail interdisciplinaire ; (2) l'intégration des soins et du soutien ; (3) la place centrale de la personne sollicitant l'offre de service de la première ligne ; (4) la liberté de choix du prestataire.

Aussi, afin que le patient puisse faire ses choix de manière éclairée, la carte sociale a été adaptée et complétée pour que le citoyen-patient puisse avoir connaissance de l'ensemble des prestataires de soins auxquels il peut faire appel dans sa région.

Enfin, les différentes professions de soins de santé de première ligne sont encouragées par le Gouvernement flamand à mettre en place des cercles de travail en lien avec les zones de soins de première ligne.

Exemples de fonctionnement par profession

Vlaamse Apothekers Netwerk est une organisation en réseau qui se compose de différentes associations professionnelles de **pharmaciens**. Ce réseau est le point de contact de la profession, il encadre et renforce la position des pharmaciens. Il rassemble également les différents points de vue et est porte-parole auprès du Gouvernement et de toutes les autres organisations impliquées dans les soins de santé et le bien-être en Flandres. Le réseau se base sur 5 concepts fondamentaux que sont : la collaboration, la représentation, la position centrale du patient, le futur et la durabilité. Différents projets sont mis en place durant l'année par ordre de priorité afin de créer les cercles de travail en lien avec les attentes des pharmaciens cela, passe par la communication pour informer les pharmaciens, l'adaptation du fonctionnement des circuits aux zones de première ligne et le soutien du fonctionnement général de l'assemblée régionale.

Une cartographie repartie des médecins de soins de santé de première ligne est réalisée sur base des 60 zones de première ligne. Dans ce cadre, les **ergothérapeutes** ont créé 60 cercles différents pour avoir un cercle par zone de soins. Afin de mettre en place ces cercles, par province, 2 coordinateurs sont désignés. Quelques réserves sont émises par l'EDIth car ils estiment qu'ils vont manquer de temps pour créer les cercles restants et de ressources financières pour y arriver dans les délais indiqués par le Gouvernement. Ils éprouvent également des difficultés pour coopérer de manière optimale avec l'Institut Flamand des soins primaires (VIVEL).

Les **kinésithérapeutes** sont actuellement regroupés en 44 cercles de tailles variables. Ils souhaitent créer 60 cercles de travail pour coïncider avec les 60 zones. Cependant, pour être reconnu en tant que cercle, il faut répondre à différents critères qui sont imposés par AXXON (l'association professionnelle de kinés). Un coordinateur de cercles a également été désigné au sein d'AXXON. Celui-ci soutient les cercles dans leurs processus de développement et leurs politiques. Il est considéré comme étant un point de contact pour les cercles et il répond aux différentes questions pratiques que les kinés peuvent se poser.

L'association flamande de **psychologues** comporte 40 cercles. Le travail des cercles a été lancé sur la base de trois piliers : (1) définition des intérêts qu'ils souhaitent promouvoir, (2) création d'un groupe central qui a certains mandats au sein des cercles, (3) augmentation de la visibilité des cercles pour promouvoir la participation. Un coordinateur de cercle a été nommé et l'accent a été mis sur la visibilité et la communication au sein des cercles. Ils vont particulièrement se concentrer sur le développement et le soutien du travail en cercle (caractère durable) et sur la représentation des psychologues cliniciens dans les niveaux de soins des zones de première ligne.

Nederlandstalig Platform voor Thuisverpleegkundigen (NPTV) défend les intérêts du secteur des soins à domicile et des prestataires individuels. Il est un point de contact pour les **infirmiers** et est responsable du développement professionnel et qualitatif de la profession. Un maximum de 15 cercles existe, dont le rôle est de permettre l'information et la connexion entre les soignants. Actuellement, les cercles infirmiers sont autogérés et essaient de travailler de manière aussi autonome que possible, indépendamment de la NPTV. Ils sont contrôlés par la province. Au sein des cercles, un nombre limité de membres est admis afin que les cercles puissent fonctionner de manière optimale. Les cercles sont également chargés de soutenir les représentants de la NPTV au sein des conseils de santé. À l'avenir, ils souhaitent abandonner le nom "cercle" pour éviter toute confusion avec le cercle actuel des infirmières indépendantes à domicile.

Les cercles des **sage-femmes** ont été créés en 2010 et ont évolué pour devenir plus concrets et visibles. Un cercle a plusieurs tâches :

- Assurer la viabilité financière ;
- Organiser l'intervision et la formation de leurs membres ;
- Se concentrer sur leur publicité en mettant en place le logo "bonnes pratiques" et en le faisant connaître aux organisations ;
- Faire connaître les soins de sage-femme au grand public ;
- Agir comme une ligne d'assistance pour toutes les sage-femmes.

Il existe également un cercle « supérieur » qui représente tous les cercles de sage-femmes.

L'Association professionnelle flamande des **diététiciens** (VBVD) a pour objectif de développer les cercles dans toutes les zones de première ligne et de les soutenir. Les cercles ont mis en évidence des missions : la cartographie des activités actuelles des cercles et des diététiciens membres d'un conseil de soins, la collecte et la mise à disposition des données relatives aux activités des cercles via le site Internet du VBVD, le soutien via des formations, etc. Un coordinateur de cercle a été nommé et est en contact avec les 60 centres de soins de première ligne pour le recensement des diététiciens et centralise les données. Le coordinateur du cercle, en collaboration avec le coordinateur de la zone de première ligne, communique et informe les zones de première ligne qui ne sont pas encore liées à un cercle.

Stuurgroep Tandartsen in de Eerstlijnszones (STELZ) a été créé pour favoriser l'intégration des **dentistes** dans le fonctionnement des zones de première ligne, c'est un partenariat entre l'Association des dentistes flamands (VVT) (association professionnelle à 3 niveaux : central, provincial et local) et l'Association des dentistes professionnels flamands (VBT) (association professionnelle à 2 niveaux : central et provincial). Il n'existe aucun cercle de dentistes mais des ambassadeurs STELZ nommés pour chacune des zones de première ligne, représentées ainsi par le VVT et le VBT. L'objectif de cette structure est que STELZ centralise les différentes questions, informations et communications concernant les soins bucco-dentaires et les soins primaires afin de les transmettre aux ambassadeurs STELZ. Cependant, le VVT et le VBT, ne souhaitent pas se distancer de leur organisation actuelle aux différents niveaux. Ce qui induit que, malgré la nomination d'un ambassadeur STELZ par zone de première ligne, les sections locales et provinciales continuent d'exister et de soutenir les dentistes.