

La révolution des soins à domicile débute demain

SANTÉ La Fondation Roi Baudouin investit 2,5 millions d'euros pour une étude globale

- Face au tsunami du vieillissement, il faut trouver le moyen de faire mieux avec moins.
- Objectif : trouver la clé d'un système durable.

Un socle d'expertise mais aussi un moteur de débats et d'expériences croisées. C'est ce que lance aujourd'hui la Fondation Roi Baudouin en association avec les trois universités complètes francophones (ULiège, UCLouvain, ULB). Objectif : profiter des opportunités, comme la digitalisation des infos et l'interdisciplinarité croissante des métiers de soins, pour faire face au défi que représentent l'assèchement des budgets et la croissance du nombre et de l'âge des patients.

Le projet, que *Le Soir* dévoile, ne se fera pas sur un coin de table : deux millions et demi d'euros sont apportés pour cinq ans. Avec comme objectif un livre blanc qui comprendra autant de recettes concrètes que de balises éthiques et politiques.

1 Pourquoi lancer ce chantier ?

En fait, on est déjà en retard. Le passage des compétences aux Régions constitue à la fois une opportunité mais aussi un risque réel de mauvaise gouvernance (*Le Soir* du 22 décembre). Demandeuse de la régionalisation, la Flandre a déjà mené ce chantier, baptisé (assez ironiquement) « *Together, we change* » : les quatre universités flamandes se sont jointes pour mener une réflexion de fond dès 2014. Avec notamment des zones géographiques de 75 à 125.000 personnes qui assurent cette première ligne. Des objectifs de santé généraux peuvent être déclinés et interprétés. Plutôt que de choisir un médecin ou un infirmier, le patient s'inscrit plutôt à un réseau coordonné de soins, qui assure notamment la circulation de l'information. Rien ne dit que les francophones copieront cette structure. Mais ils ne devront pas

essayer les plâtres de l'expérience menée au Nord.

2 Quelle urgence ?

« *Aujourd'hui, on souhaite souvent vivre le plus longtemps possible à domicile en gardant une bonne qualité de vie, ou prendre soin de ses proches à la maison. Cela vaut bien sûr pour les personnes âgées mais pas uniquement : les personnes accidentées ou souffrant d'une maladie, les enfants atteints d'un handicap... nécessitent eux aussi une aide et des soins de proximité. Les besoins sont de plus en plus nombreux* », explique Thérèse Van Durme, coordinatrice de la chaire attachée à l'Institut de recherche santé et société de l'UCLouvain.

3 Qui opère ?

Le dispositif s'appelle une « chaire », parce qu'elle associe trois grandes universités et qu'elle devrait déboucher sur enseignement et publications académiques gages de sérieux du processus. Mais il comprend de nombreux acteurs :

trois hautes écoles (HELB, Hennallux, HE Léonard de Vinci) ainsi que des représentants de citoyens, de professionnels et de politiques. « *Be.Hive* » s'appuiera sur une consultation à large échelle afin de prendre en compte la diversité des points de vue. Les résultats de cette enquête permettront de dégager des pistes de travail autour de grands thèmes prioritaires : collaboration avec le patient et son entourage, et avec les autres professionnels, accès à des soins de qualité, promotion de la santé et prévention des risques. Ou l'utilisation optimale du système de santé.

Les travaux de la chaire permettront en outre de développer et de partager des connaissances, ainsi que de renforcer les compétences des patients et des aidants

proches, des professionnels de soins et également des étudiants (futurs professionnels). Objectif : dégager un consensus. « *Cela devrait permettre d'assurer des soins de haute qualité accessibles aux personnes vivant à domicile et ayant besoin d'aide, mais aussi*

d'agir au niveau de la promotion de la santé et de la prévention auprès des citoyens en bonne santé », explique le docteur Jean-Luc Belche, généraliste et professeur à l'ULiège. Chacun peut en tout cas envoyer sa contribution sur info@be-hive.be.

4 Quels sont les écueils ?

Ils sont considérables. Malgré la progression du réseau santé wallon, l'état de l'interconnectivité informatique est déplorable. Chaque institution de soins a dé-

veloppé sa propre informatique, chaque médecin ses fichiers. Cela protège la confidentialité (quoique...) mais cela empêche aussi de pouvoir s'échanger des informations clés sur le patient. Mais il y a d'autres chausse-trappes, comme la liberté du patient de choisir le professionnel de santé qu'il désire. « *Nous savons que c'est un principe souverain très sensible au sud du pays. Mais il faut voir aussi ce qui est efficient et pertinent. Il faut pouvoir avoir la plus large discussion* », souligne Thérèse Van Durme, coordinatrice de la chaire et attachée à l'Institut de recherche santé et société de l'UCLouvain.

5 Quel est l'objectif ?

« *Notre système de santé peut s'améliorer, à condition que la première ligne soit forte. Notre ambition est de nous mettre au service de cette première ligne. Il y a des centaines de belles pratiques qui permettent de soigner mieux et plus humainement, mais elles sont trop peu connues* », précise Thérèse Van Durme.

C'est aussi une question de survie pour le système de santé, dont la croissance annuelle est de deux à trois fois plus élevée que celle des revenus bruts de la société. « *Le système portugais, par exemple, coûte moins cher que le nôtre et produit de meilleurs résultats* », explique le docteur Jean-Luc Belche. Il faudra arriver à faire davantage avec moins de ressources. Reste à trouver la recette... ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

santé mentale Une réforme quasi sans résultats

Faire en sorte que les patients passent moins de temps dans un lit d'hôpital et davantage dans leur milieu de vie : c'est le but de la réforme qui, tant pour des objectifs humains qu'économiques (la durée d'hospitalisation moyenne en psychiatrie s'élève à 55 jours en Belgique, contre 18 jours en Italie ou 27 en Allemagne), modifie depuis 2010 le paysage institutionnel des soins de santé mentale en Belgique.

Entre 2011 et 2015, un long travail d'évaluation de cette réforme dite « 107 » (du nom de l'arrêté royal qui permet de la financer), commandité par le SPF Santé publique, a été mené par un groupe de chercheurs de plusieurs universités du pays. La dernière de leurs publications, publiée en décembre 2018, porte sur l'efficacité de la réforme.

Est-ce lié à ses objectifs - très ambitieux -, à sa relative jeunesse ou au flou de ses « guidelines » ? Toujours est-il que le constat est sans appel : la réforme n'a, à ce jour, eu d'impacts ni sur la qualité des soins reçus, ni sur l'intégration sociale ou le taux d'hospitalisation des patients.

« Le seul effet modeste constaté est une amélioration de la continuité des soins, tempère Vincent Lorant, sociologue de la Santé à l'Université catholique de Louvain et coauteur de l'étude. Il s'agit tant d'une continuité transversale, entre les différents acteurs que la réforme a permis de mettre autour de la table (sociaux, de santé générale et de santé mentale), que d'une continuité longitudinale, assurée par les équipes mobiles qui permettent une meilleure transition entre les soins hospitaliers et ambulatoires du patient. »

C'est probablement l'avancée la plus novatrice et concrète de la réforme : la création d'équipes mobiles pouvant se

déplacer au domicile d'une personne à la demande d'un tiers, et ainsi assurer la prise en charge de patients qui refusent de se déplacer à l'hôpital.

Accroître l'autonomie des réseaux

Ces services d'interventions chroniques ou de crise sont présents dans chacun des vingt-trois réseaux de services de santé mentale du pays. Autre fruit de la réforme « 107 », ces réseaux regroupent, à l'échelle de leur territoire, l'ensemble des acteurs impliqués afin d'offrir au patient une prise en charge plus globale et « désinstitutionnalisée » :

centres de santé mentale, hôpitaux, maisons médicales, entreprises de formation par le travail, initiatives d'habitations protégées, etc. Leur concertation doit permettre de développer des alternatives en soins de santé mentale et de renforcer l'intégration sociale et professionnelle des patients.

Mais dans les faits, si la continuité des soins s'est visiblement (un peu) améliorée, les résultats pour le patient demeurent globalement peu visibles.

Pourquoi un tel flop ? D'abord parce que la Belgique vient de loin : « Nous avons l'un des pires taux de suicide et les durées de séjour hospitalier parmi les plus longues d'Europe », souligne Vincent Lorant. Peut mieux faire, donc. Et il faudra probablement du temps avant que le rééquilibrage des différents types de prises en charge soit tangible.

La preuve : malgré les objectifs annoncés de la réforme, la place laissée aux structures hospitalières est encore dominante. « Les équipes mobiles, par exemple, dépendent toujours des budgets hospitaliers », poursuit le chercheur. Une solution pour accroître l'autonomie des vingt-trois réseaux consisterait, selon lui, à les doter d'une personnalité juridique et de leur propre budget, qu'ils redistribueraient ensuite aux différents services situés sur leur territoire (ambulatoires, hospitaliers et sociaux). ■

CLARA VAN REETH

LE CONCEPT

Que signifie soins de première ligne ?

La « première ligne », c'est le premier contact avec les soins et l'aide apportée au citoyen. La deuxième ligne, comme dirait La Palice, vient après la première. Ecrire que l'hôpital, hors urgences, est toujours de deuxième ligne et que médecins généralistes, infirmiers à domicile, sages-femmes, assistants sociaux, psychologues, pharmaciens, kinésithérapeutes, aides à domicile (aides-soignantes,

aides familiales) font partie de la première ligne est donc globalement juste. Mais c'est trop simple : des hôpitaux aujourd'hui font de la « première ligne », comme de la prévention primaire (avant tout accroc de santé) ou secondaire (après un premier souci, pour éviter une rechute). Les maladies chroniques sont parfois suivies préventivement à l'hôpital. Et évidemment, certains des interventions de « première ligne » collaborent à des activités de deuxième ligne. La frontière entre soins à domicile et hôpital devient de

plus en plus floue, l'hôpital parvenant à s'externaliser (soins postnataux, dépistage des troubles du sommeil) tandis que la première ligne se diversifie. C'est évidemment d'abord une question de coût : une chambre d'hôpital coûte cher. Mais c'est aussi une question d'humanité : davantage de patients veulent guérir à la maison, entourés des leurs. Ou même mourir : seuls 40 % des patients meurent à leur domicile. Disposer de soins « à la maison » de bon niveau pourrait permettre davantage de choix aux patients.

FR.SO