



**Academie Voor
De Eerste Lijn**

Conférence



be.hive

18-20-21 MAI 2021

pour la

ÉVÈNEMENT COMMUN EN LIGNE

première ligne



Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure



**Renforcer la
première ligne**

FONDS DR. DANIEL DE CONINCK

Exploration des pratiques de première ligne : d'une taille de patientèle à la configuration d'une pratique

Auteurs: Hubert Jamart^{1,3}; Van Durme, Thérèse^{1,2} ; Macq, Jean^{1, 2} ; Béatrice Scholtes^{1,3} ;
Jean-Luc Belche^{1,3}

¹Be.Hive, Institut de Recherche Santé et Société, ²UCLouvain , ³Département de médecine générale, unite de recherche Soins primaires et santé , ULiège



Plan

1. Quelques résultats de la recherche de littérature
 1. Domaines et dimensions utilisées : Panel d'experts Européens sur les moyens efficaces d'investir dans les soins de santé (EXPH)
2. Quelques mots clés et déterminants
 1. Taille de pratique vs. taille de patientèle
 2. Définition d'une patientèle
 3. 3 pivots majeurs:
 1. Responsabilité : paquet de service de santé
 2. Subsidiarité : configuration d'une pratique
 3. Charge de travail : le poids de la (multi)morbidité
 4. La notion de patientèle dans différents systèmes de santé
3. Cadre conceptuel
 1. Construction
 2. Ce qui est moins exploré
4. Quelques hypothèses au départ de ce cadre conceptuel
5. Recherche?
 1. Quelles analyses possible en lien avec la COVID-19?
 2. Questions de recherche future?

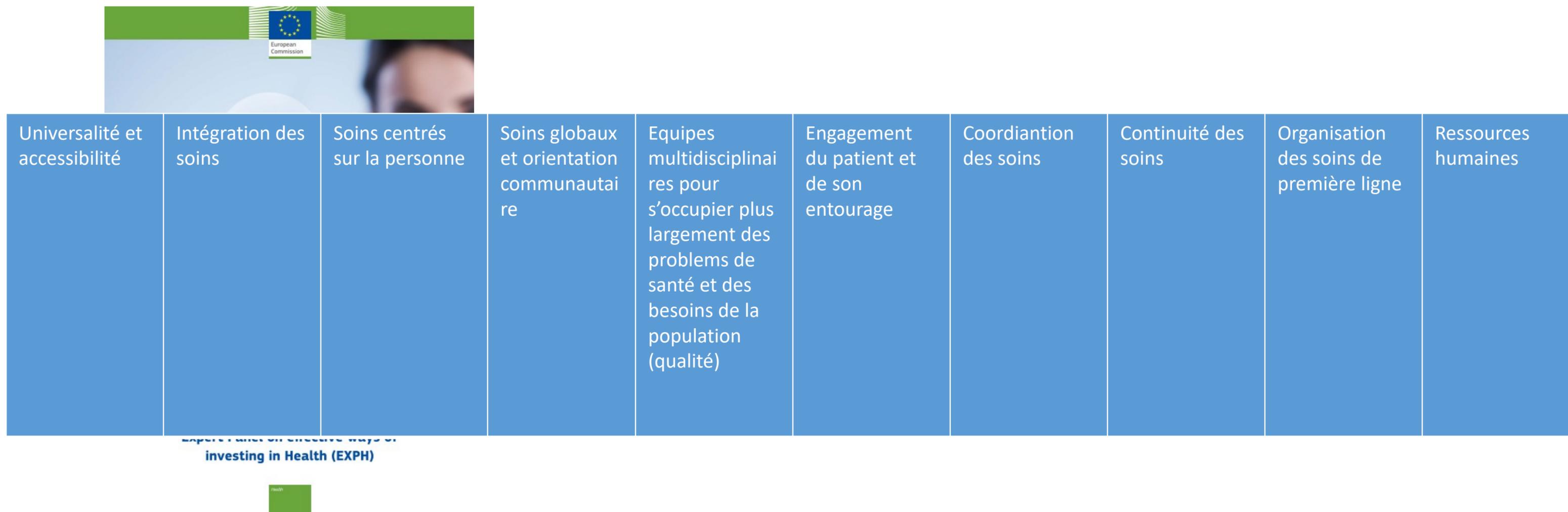
1. Quelques résultats de la recherche de littérature

Recherche narrative, non exhaustive :

- a. (primary care) ou (general practice) et (practice) et (list) et (size) de 2005 à 2020 -> 164 articles (PubMed)
- b. Table d'évidence avec 20 articles
- c. Indicateurs/ dimensions/domaines

1. Domaines et dimensions utilisées

Classification des domaines centraux et dimensions essentielles dans les soins de première ligne*



*Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care [Internet]. 2018. 71

Universalité et accessibilité	Intégration des soins	Soins centrés sur la personne	Soins globaux et orientation communautaire	Equipes multidisciplinaires pour s'occuper plus largement des problèmes de santé et des besoins de la population (qualité)
<ul style="list-style-type: none"> • Population couverte par les SP. • Accessibilité financière. • Accessibilité géographique. • Point de premier contact pour la population. • Réactivité et rapidité d'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la santé publique dans les SP. • Intégration de la pharmacie SP. • Intégration de la santé mentale. • Intégration des prises en charge sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs du patient, décision partagée. • Respect et confiance mutuelle entre professionnels et patients, prise en compte des aspects culturels, prise en compte des aspects familiaux. • Considérer les personnes/patients comme partenaires clés dans les processus de santé. • Vue globale/holistique avec une approche eco-bio-psycho-sociale dans l'approche individuelle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche large (paquet de services). Entre autre : promotion de la santé, prévention et soins aigus, santé reproductive, maternelle et pédiatrie, maladies infectieuses, maladies chroniques, soins palliatifs, santé mentale... • Prise en compte des caractéristiques de la population et/ou de la communauté desservie. • Les SP sont une partie intégrante de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité diagnostique pour les problèmes des santé aigus et/ou chroniques. • Qualités de soins chroniques, maternels et pédiatrie. • Composition des équipes multidisciplinaires. • Promotion de la santé, prévention 1aire et 2aire. • Sécurité pour les patients. • Rôle de plaidoyer pour les SP.

Engagement du patient et de son entourage	Coordination des soins	Continuité des soins	Organisation des soins de première ligne	Ressources humaines
<ul style="list-style-type: none"> Politique de coordination entre les professionnels de soins et les aidant-proches. Politiques de support des aidant-proches. Mise en place de stratégies d'implication des patients dans la planification des soins dans le temps. Participation active des patients et aidant-proches dans le développement des services de santé de SP. Augmenter le pouvoir d'agir des aidant-proches et des patients d'une façon générale. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordination 1^{ère} et 2^{ème} ligne de soins e.a : références appropriées, échelonnement, dossiers de santé intégrés, clarté des protocoles pour les patients chroniques. Coordination entre les soins et le social. Coordination des soins à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuité longitudinale, informationnelle et relationnelle. Tout au long de la vie des patients. Continuité tout au long d'un épisode de maladie. Permanence du service (garde) en lien avec les services d'urgences de 2^{ème} ligne. 	<ul style="list-style-type: none"> Population de responsabilité : lien formel entre un groupe de prestataire et une population déterminée (sur base d'une inscription, sur base géographique...). Système de financement et de rémunération adéquat (e.a. forfait à la capitation, acte, paiement à la performance...). La présence et la force des lois du marché en SP. Infrastructure correcte en matière de bâtiments et d'équipement (ex : systèmes informatique et de technologie médicale, testing divers dans les pratiques). Nombre de professionnels suffisant (MG et autres professionnels de santé). Bonne organisation en ce qui concerne la coordination et l'intégration : structure et dynamiques imprimées (descriptif de fonctions et organisation d'équipe, gestion des informations médicales/cliniques, gestion et gouvernance de la pratique, la culture et l'adaptabilité de l'organisation (système traditionnel commande et contrôle vs. approche par problèmes complexes), organisation d'équipes. Qualité de la gestion. Equilibre entre le budget de la première ligne en regard avec le budget total des soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestion de l'offre, de la demande, du profil et de la planification des forces de travail. Reconnaissance statutaire et responsabilité des professions de première ligne ; rôle des institutions académiques et des représentations professionnelles. Multidisciplinarité dans les apprentissages. Gestion du personnel notamment compétence, motivation et bien-être des travailleurs. Rôles notamment des infirmières dans la délégation de tâches, partage de compétences. Rôle du pharmacien communautaire dans la première ligne en général, et dans les soins pharmaceutiques en particulier. Rôle et fonction de 'Managers'. Les revenus des travailleurs de première ligne. Développement d'apprentissages interprofessionnels en formation qualifiante et en post-formation.

Dans ces articles, à quoi la taille des patientèles est-elle associée? (+/-) = résultats contradictoires

	Universalité et accessibilité	Intégration des soins	Soins centrés sur la personne	Soins globaux et orientation communautaire	Equipes multidisciplinaires (qualité)	Engagement du patient et de son entourage	Coordination des soins	Continuité des soins	Organisation des soins de première ligne	Ressources humaines
Grandes patientèles	<ul style="list-style-type: none"> . Consultation plus courtes * . Contexte rural** 	<ul style="list-style-type: none"> . Plus de psychologues & assistants sociaux 	-		<ul style="list-style-type: none"> . Meilleure application des recommandations de bonne pratique*** . "meilleurs" taux de mammo . Diabétiques mieux équilibrés(+/-) 	-	<ul style="list-style-type: none"> . Plus de référence vers l'hôpital 		<ul style="list-style-type: none"> . Solo . Petites pratiques (+/-) . Plus grandes pratiques (capitation en Belgique) 	<ul style="list-style-type: none"> . M (+/-) . Médecins engagés dans l'enseignement
Petites patientèles	<ul style="list-style-type: none"> . Délais de rdv raccourcis . Plus de visites à domicile . Contexte + urbain** 	-	<ul style="list-style-type: none"> . Meilleure satisfaction des patients *** 	-	<ul style="list-style-type: none"> . Cas complexes et diminution des patientèles**** 	-		<ul style="list-style-type: none"> . Plus de réf. aux urgences . Plus d'hospitalisation via urgences 	<ul style="list-style-type: none"> . Moins bon pour les paiements/performance . Pratiques de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> . F (+/-)

* Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? Michael J van den Berg*1, Dinny H de Bakker1,3, Gert P Westert2,3, Jouke van der Zee1,4 and Peter P Groenewegen1,5

** Assessing the variation in workload among general practitioners in urban and rural areas: An analysis based on SMS time sampling data Daniël van Hassel1,2 | Robert Verheij1 | Ronald Batenburg

*** Does practice size matter? Ng CWL, Ng KP, Wei C, Ng L, Ng KP. Does practice size matter? Review of effects on quality of care in primary care. Br J Gen Pract [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Oct 3];63(September):604–10

**** PATIENT COMPLEXITY AND GPs' INCOME UNDER MIXED REMUNERATION : K. R. OLSEN

2. Quelques mots clés et déterminants

1. Taille de pratique vs. patientèle (taille de liste de patients)

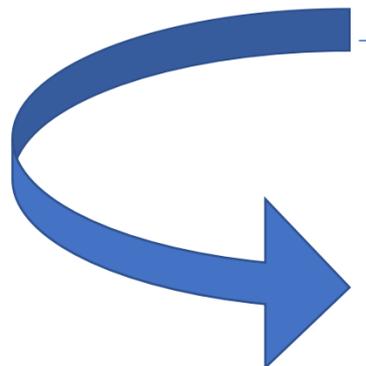
- Pour comprendre la taille et la configuration d'une pratique:
 - Nombre de soignants
 - Diversité des métiers
 - ETP et travail à temps partiel
 - Clé de voûte : Médecin généraliste
 - Exceptions : Canada -> pratique d'infirmière avancée (nurse practitioner)
- Lien avec les patientèles des médecins généralistes?
 - Parfois patientèles diminuent avec la taille de la pratique*
 - Parfois patientèles augmentent avec la taille de la pratique **
 - Patientèles diminuent si la complexité des cas augmentent...

* van Hassel D, Verheij R, Batenburg R. Assessing the variation in workload among general practitioners in urban and rural areas: An analysis based on SMS time sampling data. Int J Health Plann Manage. 2019;34(1):e474–86

** KPMG. Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales. 2018;198

2. Définition d'une 'liste de patients'

1. « ensemble des patients d'un médecin, d'un établissement hospitalier » Larousse.fr
2. Plus largement un groupe de **patients** qui est référé vers un soignant, vers une personne qui donne de soins à une autre -> on sort du cadre strict du lien au médecin généraliste...
3. Patients = besoin de **soins** : « Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale. » Larousse.fr
4. Concept du 'catchement population' ou population captée/référée et responsable pour **quoi?**
 - a. Travail curatif, directement lié aux soins
 - b. Promotion à la santé, dont la prévention
 - c. Soins vs. santé



Paquet de services de santé

3. Trois pivots majeurs:

1. Responsabilité : Paquet de service de santé

- Définition
 - Soins vs. santé *
 - Ensemble des services auquel toute personne peut s'attendre en entrant dans un service de soins de première ligne
- Influencé notamment par:
 - Approche GENERALISTE: quel que soit le problème qui est déposé en première ligne
 - Soins de santé GLOBAUX, « comprehensiveness » ou « soins globaux »** en incluant entre autre:
 - La prévention
 - La promotion et l'éducation à la santé
 - « Du berceau au tombeau »
 - Santé reproductive, soins de santé maternelle et soins aux enfants
 - La santé mentale...
 - DECENTRALISATION des soins/technologie : ex. échographie, spirométrie, **alternatives à l'hospitalisation**
- Ceci implique une RESPONSABILITE* pour les soins de première ligne d'offrir l'accès au 'paquet de soins' qui lui est attribué....
- En lien avec la SUBSIDIARITE* et donc la configuration des pratiques.

* Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care [Internet]. 2018

** Wass V. Déclaration d' Astana. Educ Prim Care [Internet]. 2018 Nov 2 [cited 2019 Oct 10];29(6):321–321

2. Subsidiarité : configurations des pratiques

- Les pratiques peuvent être décrites de nombreuses manières: prestations de services, prestations financières, organisation de la gouvernance, stratégies de mises en œuvre des actions en santé...*
- Solo, pratique de groupe mono disciplinaire; pratique de groupe **multi disciplinaire**;
 - **RESEAUX** mono et/ou multi disciplinaire
- Organisation interne et **gouvernance**: modèles hiérarchiques vs. horizontal
- **Participation des patients****, soins centrés sur les objectifs des patients
- Dans les contextes multi disciplinaires -> Organisation de la **subsidiarité**
 - A l'intérieur des équipes de soins de première ligne.
 - Entre les soins de première ligne et le monde hospitalier.
 - Le meilleur soins, au meilleur moment par le soignant le mieux adapté
-> compte tenu de la morbidité.

* Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). EPOC Taxonomy; 2015. epoc.cochrane.org/epoc-taxonomy

** Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care .2018

3. Charge de travail : prise en compte de la morbidité

1. Si l'on considère principalement les besoins de **soins**, la morbidité va influencer la force de travail nécessaire pour y répondre*
2. Si nous observons une augmentation de la morbidité, la force de travail doit être adaptée
-> e.a. financement optimal
 1. Modèle de responsabilisation financière des mutuelles –*modèle RFM*- (Belgique)
 2. Les « *Adjusted clinical groups* » ou modèle ACG (USA)**
 3. Modulation du forfait à la capitation (Belgique)
3. On voit régulièrement une standardisation des patientèles selon l'âge,...***
4. Mais sans oublier: le statut socio-économique, le niveau d'éducation, la santé mentale, l'emploi, la vie sociale....

*K. R. OLSEN PATIENT COMPLEXITY AND GPs' INCOME UNDER MIXED REMUNERATION. *Health Econ.* 2011;21(2012):619– 632.; Excoffier S, Paschoud A, Haller DM, Herzig L. Multimorbidité en médecine de famille

** Hopkins THEJ. THE JOHNS HOPKINS ACG SYSTEM.

*** van den Berg MJ, de Bakker DH, Westert GP, van der Zee J, Groenewegen PP. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2009 Feb 26 [cited 2019 Oct 8];9:39

4. Les patientèles* dans différents systèmes de santé

Lien **formel**

- On attribue un MG à chaque citoyen
 - Attribution géographique
 - Moindre choix, possible de changer de MG
 - Concept du 'catchment population' ou 'population desservie'
- Cadre de travail:
 - Systèmes échelonnés
 - Organisation de la promotion à la santé, à la prévention (dans leurs **paquets de services** de santé)
- Par exemple : UK, NL, ...

Lien **informel**

- Chaque citoyen à la liberté de choix de son MG
- La plus souvent: formalisation minimale et/ou faible, avec quelques incitants
- Par exemple : Be, Fr, ...

* "The denominator in general practice, a new approach from the Intego database"; Stefaan Bartholomeeusena, Chang-Yeon Kimb, Raf Mertens, Christel Faesb and Frank Buntinx

3. Cadre conceptuel






Subsidiarité

Qu'est-ce qui est moins exploré?

- A noter une difficulté particulière compte tenu des confusions entre la taille de la patientèle (MG) et la taille des **pratiques** + les attributions en fonction des systèmes de santé (cf. supra)
- Quelle est la place pour les patients ainsi que ses aidants-proches?
 - Pour quel paquet de services?
 - Satisfaction du patient= indicateur très indirect
- Orientation communautaire?
- Quelle est la place des soignants et de leur point de vue?
 - Quant à la configuration des pratiques?

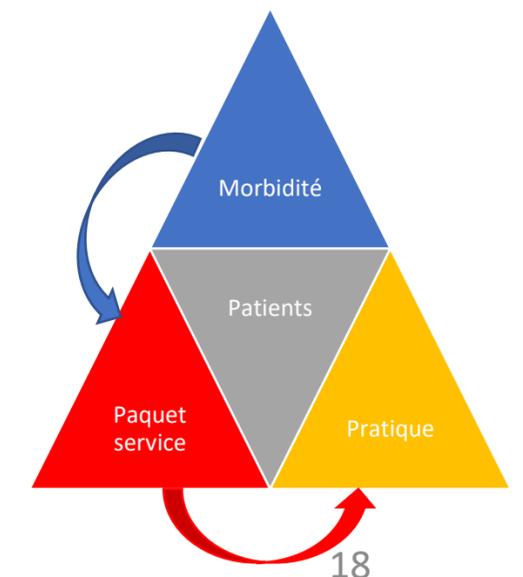
D'autres pensées...

- Un patient est-il conscient de sa place dans une taille de patientèle?
- *“Plus de recherche est nécessaire pour déterminer l'impact de la taille d'une **pratique** sur des résultats du triple aim étant donné l'incertitude quant à la direction et l'amplitude de ces associations”.* *

4. Quelques hypothèses dans ce cadre conceptuel?

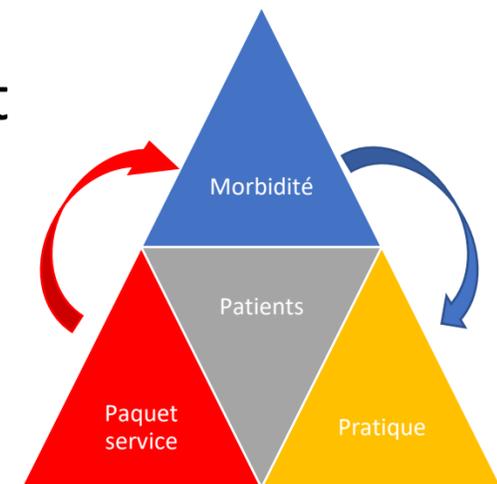
Quel impact aurions-nous en changeant le **paquet de service de santé**?

- Choix d'ajouter des services supplémentaires: justifiés (ou non) en relation avec l'impact sur un **problème de santé et/ou la prévalence**
 - En lien avec le poids lié à la morbidité
 - Ex: troubles du langage, spirométrie, soins dentaires, extension de la période d'ouverture (jusque 23h par exemple)
- Impacte sur la **configuration de la pratique**
- Pour maintenir le même service de soins de santé (même ratio) pour une population déterminée (dénominateur)
 - Autrement : nécessité de diminuer la population desservie (catchment population)



Quel impact aurions-nous si nous changions le degré de morbidité?

- Plus de troubles de santé mentale, pandémie, plus de Bronchite Chronique (BPCO), etc...
 - **Le paquet de soins** peut être adapté
 - **La configuration des pratiques** a pu être adaptée comme dans l'épidémie COVID-19 *
 - Quel a été l'impact sur la taille de la patientèle (patientèle habituelle vs. patientèle dont on a dû diminuer les soins habituels, soins chroniques...) pendant les différentes vagues de la pandémie du COVID-19?
 - Charge de travail lié au 'poids' de la morbidité
 - Adaptation du **paquet de soins** en considérant les nouvelles recommandations de prises en charge
 - Le dispatching était-il possible pour trier et prendre en charge les patients COVID-19 et non-COVID19 (soins habituels)? Dans quelles sortes de configuration de pratique?



Pandémie COVID

Expliquer l'évolution naturelle pour un MG soliste et l'impact sur la taille de patientèle ou sur leur charge de travail (ETP d'un MG)

Expliquer l'évolution possible pour une pratique de groupe pluriprofessionnelle

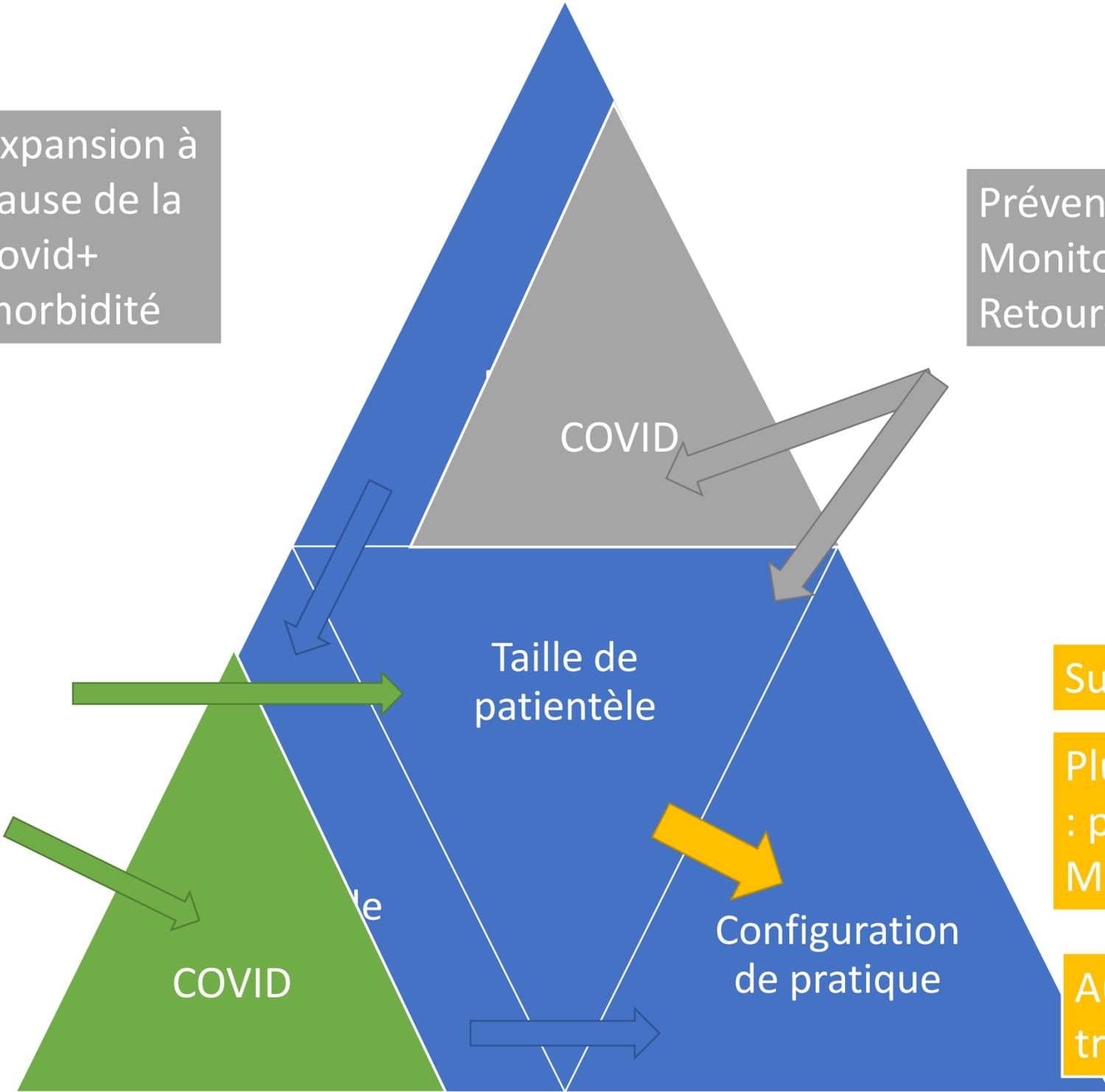
POUR MAINTENIR L'OFFRE de SP pour un taille de patientèle donnée (patientèle formalisée ou non)

Expansion à cause de la covid+ morbidité

Prévention secondaire: contacts
Monitoring patients à haut risque
Retours à domicile/COVID longs/Stress

Explosion de nouvelles tâches

Accessibilité
Promotion santé
Testing
Tracing
Vaccin



Subsidiarité: vers les non-MG

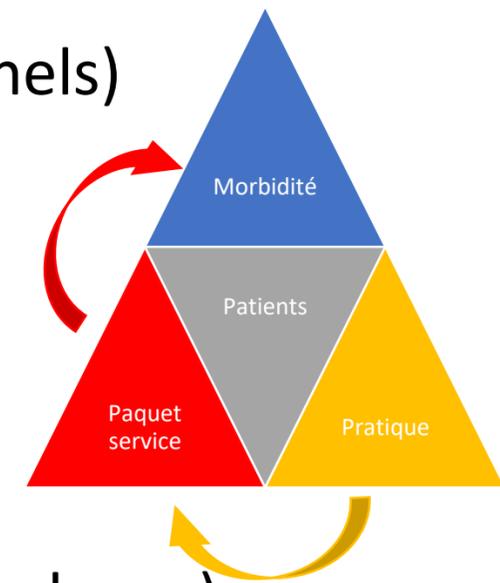
Plus d'un MG (travail réseau)
: permanence des services si un MG est malade

Augmentation du temps de travail

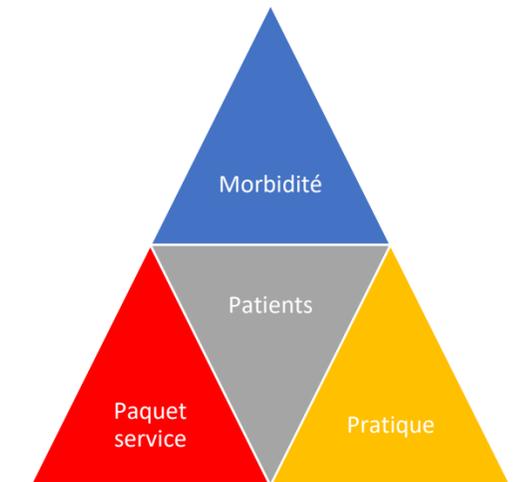
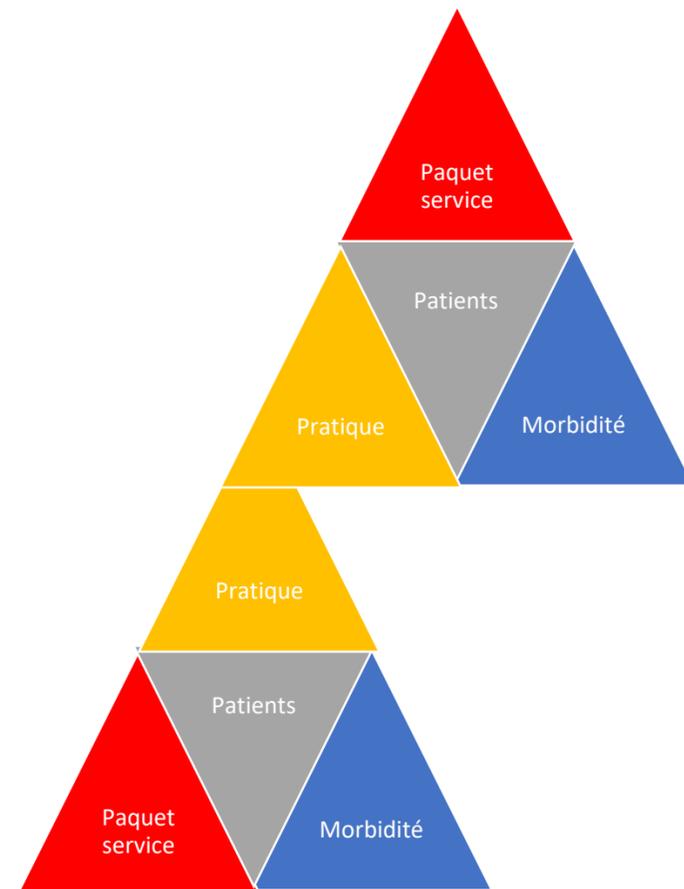
* Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open. 2020;10(12):e042119

Quel sera l'impact si on change la configuration de la pratique? (1)

- Plus de professionnels de la même catégorie, morbidité équivalente & même paquet de service:
 - Taille de la patientèle plus grande.
 - Ou augmentation d'une partie de service : par exemple augmentation des heures d'ouverture
- Organisation de la subsidiarité : différentes sortes de professionnels pour une même tâche
 - Plus grande patientèle prise en charge (shift de temps vers d'autres professionnels)
 - Augmentation de la qualité
 - Risque de diminution de la continuité personnelle
 - Besoin en coordination plus grande (synchrone or asynchrone)
- Si différenciation: nouvelles tâches possibles mais...
 - À mettre en lien avec morbidité et **paquet de services**... : à questionner
 - Oui si taille important de patientèle pour maintenir compétence (lien avec prévalence)
- Et modalité de gestion...et satisfaction des professionnels...



What impact if we change PC configurations ? (2)



<p>Si la taille augmente</p> <p>Alors</p> 	<p>Accessibilité pendant les heures ouvrables</p>	<p>Continuité personnelle</p>	<p>Diversité des services</p>	<p>Satisfaction des patients</p>	<p>Satisfaction des professionnels</p>	<p>Référence vers l'hôpital</p>
<p>Patientèle AUGMENTE</p>	<p>Moindre accessibilité</p>	<p>Diminuée</p>	<p>Moindre</p>	<p>Moindre</p>	<p>Controversé</p>	<p>Plus grande</p>
<p>Taille de la pratique AUGMENTE</p>	<p>Meilleure accessibilité</p>	<p>Diminuée</p>	<p>Augementée</p>	<p>Plus grande ou plus basse</p>	<p>Meilleure qualité de vie, satisfaction sur diversité des services ou qualité de services de santé...</p>	<p>Moindre</p>

5. Recherche?

1. Liens avec la COVID -19 ?

- Réorganisation des pratiques? *
 - Cela mène-t-il à des meilleures pratiques?
- Taille et configuration d'équipe
 - -> Subsidiarité (frottis PCR, tri téléphonique, itinéraires cliniques...)
- Organisation de la **vaccination**?
- Les pratiques plus grandes réalisent-elles une meilleure couverture vaccinale?
- Les pratiques plus grandes arrivent-elles à vacciner plus rapidement leur population?
- Utilisation d'une **carte conceptuelle** sur les bases de données dans différents pays

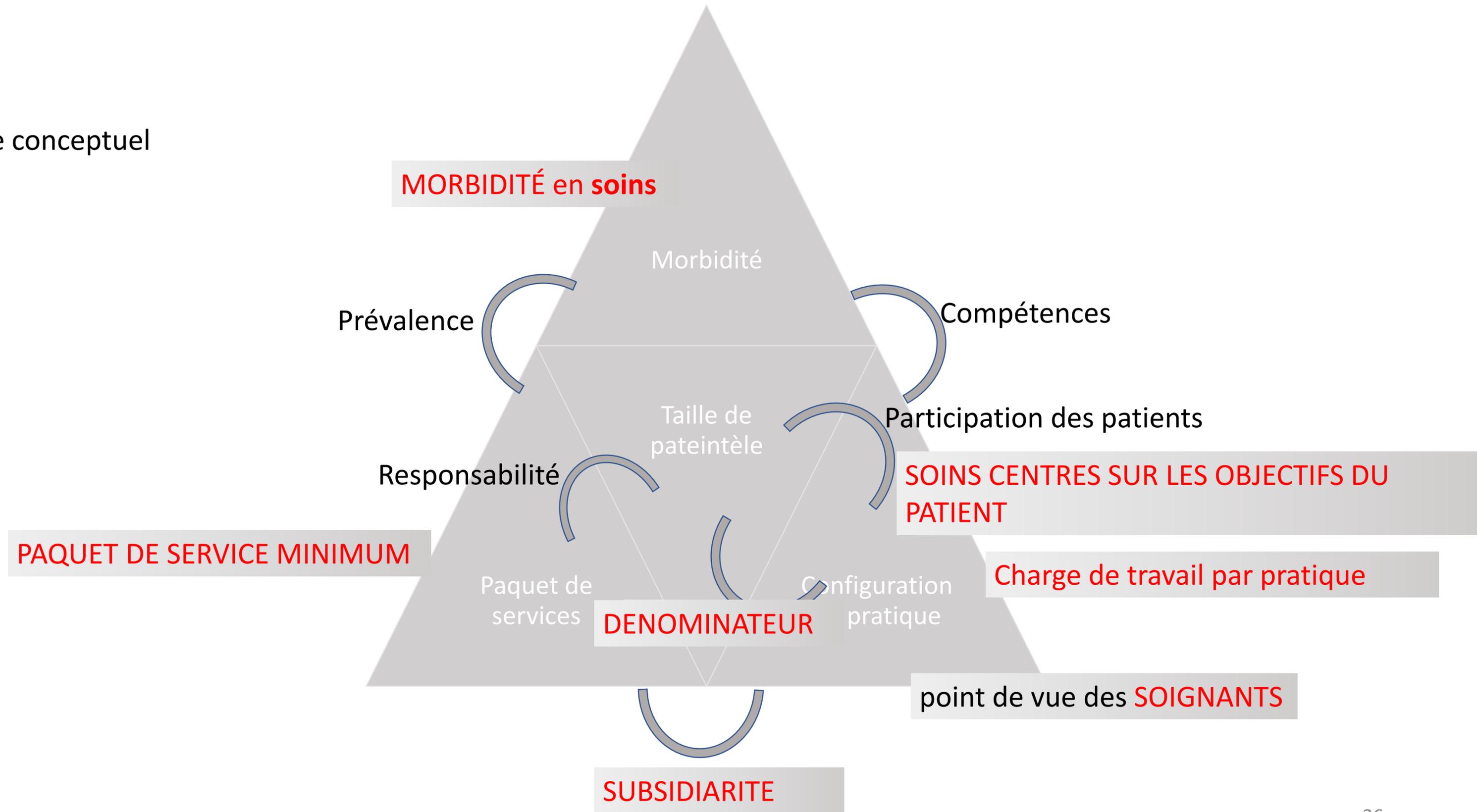


* Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuurs M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open. 2020;10(12):e042119

2. Questions de recherche future?

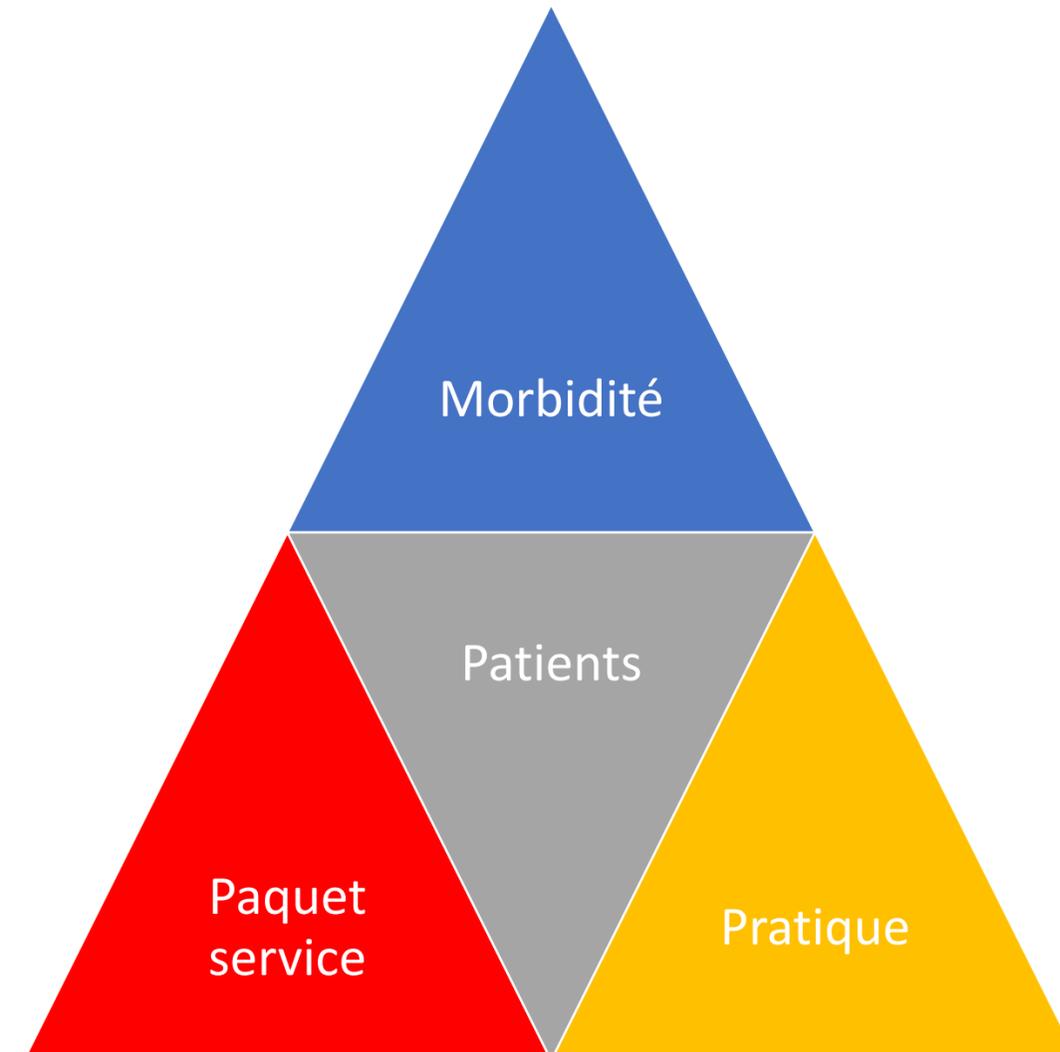
1. Comment adapter une patientèle en tenant compte de **l'impact de la MORBIDITÉ sur le travail curatif**?
2. Quel est le **PAQUET DE SERVICE MINIMUM** qui doit être présent en première ligne de soins?
3. Quelle est la place de **SOINS CENTRES SUR LES OBJECTIFS DU PATIENT** si l'on considère la taille des pratiques? Comment est organisée la participation des patients et quelle est leur place dans la gouvernance des équipes de première ligne?
4. Quelle est la charge de travail acceptable pour une **PRATIQUE** (y inclus les pratiques solo)?
5. Est-il possible d'augmenter la taille des patientèles des pratiques si la **SUBSIDIARITE** est bien appliquée? Quelles recommandations de bonne pratique en matière de SUBSIDIARITE dans les pratiques de première ligne? Comment les pratiques organisent-elles leur subsidiarité?
6. Quelle définition pour une population de responsabilité (Catchment population)? Comment déterminer avec une meilleure certitude le **DENOMINATEUR** (taille de la patientèle) d'une pratique de première ligne avec la liberté de choix?
7. Quel est le point de vue des **SOIGNANTS** quant à la taille de leur pratique (taille de l'équipe aussi bien que de la population desservie)?

Cadre conceptuel



MERCI POUR VOTRE ATTENTION!

Quels sont les aspects principaux qui vous semblent fondamentaux pour organiser et délimiter une 'population de responsabilité' ?





**Academie Voor
De Eerste Lijn**



be.hive



Merci!

Conférence pour la
première ligne

18-20-21 MAI 2021



Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure



**Renforcer la
première ligne**

FONDS DR. DANIEL DE CONINCK



Hubert Jamart

PhD student | Uliège

Département de Médecine générale

Faculté de Médecine – Université de Liège

CHU – Sart Tilman

Avenue Hippocrate 13, (B23)

B-4000 Liège

Tél. Secrétariat : +32(0) 4.366.42.76

Mail : dumg@uliege.be



hjamart@uliege.be

<http://www.dmguliege.be/>