

1 ère ligne : le patient au centre de nos préoccupations

Juillet 2010

Contexte

La première ligne pourrait être définie comme "des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs" (source référence n°1)

Pour MLOZ, ces services devraient produire idéalement les effets suivants:

- efficacité des soins à des prix raisonnables
- accessibilité pour tous les patients
- continuité dans l'approche multidisciplinaire et de façon transmurale
- qualité des soins prodigués

La notion de première ligne implique nécessairement l'existence d'une seconde et troisième ligne (niveau) mais ceci n'induit pas obligatoirement l'application de l'échelonnement pour l'accès aux soins de santé.

Le médecin généraliste est une figure centrale de la première ligne, de même que certains médecins spécialistes comme les ophtalmologues, pédiatres, dermatologues, gynécologues ainsi que les acteurs du secteur de la santé mentale. La première ligne s'étend également au secteur social et de l'aide aux personnes:

Les mutualités y jouent un rôle central d'information du membre (patient) de l'existence de ces services et de leurs modalités d'accès.

Positionnement des Mutualités Libres

Le rôle central du médecin généraliste

Pour garantir les effets, on accorde au MG la place primordiale dans l'organisation des soins autour du patient, aussi bien au niveau des soins de prévention qu' à celui des soins curatifs ou/et de diagnostic.

Pour que le MG joue pleinement son rôle, nous plaçons pour une valorisation de sa place centrale en vue d'améliorer la qualité de vie de prestataires et du patient.

Concrètement, la gestion du DMG doit tendre vers une gestion électronique des données qui favoriserait la collaboration étroite entre les différents prestataires (première et autres lignes) respectant les spécificités et les compétences de chacun.

L'absence de DMG ne devrait pas pénaliser la qualité des soins et l'impact financier auprès des patients ne doit pas être sa seule valorisation. Actuellement, l'ouverture du DMG permet par exemple une réduction de la quote-part personnelle et est une condition d'accès à certains avantages (trajets de soins, module de prévention...)

MLOZ plaide pour que cette logique soit nuancée et que le prestataire soit aussi valorisé pour le bon accompagnement qu'il accorde à ses patients. La tenue de DMG est un des reflets de la bonne gestion du cabinet du médecin généraliste. Les mutualités doivent de leur côté se profiler comme un acteur de soutien à la pratique en assurant la promotion du DMG et en facilitant la visibilité de sa gestion dans la collaboration multidisciplinaire :

- Elles doivent soutenir la simplification du système du DMG actuel, offrant aux médecins un paiement rapide et sécurisé.
- L'organisme assureur est également bien placé pour assurer un rôle de source authentique, permettant au secteur de s'informer sur l'identité du médecin gestionnaire du DMG.

Le financement des pratiques et la concertation autour du patient

Le rôle accordé au MG en 1^{ère} ligne met l'accent sur l'organisation pluridisciplinaire des soins: ce qui implique une collaboration et une concertation étroite avec les autres acteurs du terrain, voire une intégration des acteurs. L'intégration sous-entend une utilisation rationalisée et commune des dossiers et informations relatives aux patients et ses besoins (p. ex. dossier/ plan de soins électronique).

La revalorisation des pratiques sous-entend également le financement des équipements nécessaires à l'exercice de leur fonction.

Cette concertation autour des besoins des patients implique, selon MLOZ, une ouverture nécessaire aux nouveaux modèles de soins (p. ex. projets pilotes, trajets de soins) tels que la télémédecine, le disease management.

La responsabilité de tous les acteurs

MLOZ insiste sur la nécessité de responsabiliser également le patient et non seulement les prestataires et acteurs des soins.

Même si l'on veut préserver son autonomie dans son libre choix, il reste néanmoins responsable de ses choix et des conséquences de ce dernier: le patient est un partenaire au même titre que les autres acteurs qui dispensent les soins dans son environnement.

La concertation et la responsabilisation partagée par l'ensemble des acteurs favorisent également la qualité de vie tant des prestataires que des patients. En matière de continuité des soins, une parfaite concordance des soins à domicile peut éviter des soins intra-muros qui sont, par définition beaucoup plus coûteux pour la communauté et pour le patient.

Vers quel modèle d'organisation de soins?

Un modèle de pratique doit-il être imposé en vue de rencontrer les effets voulus par la 1^{ère} ligne? La priorité est placée sur l'organisation des soins autour du patient, peu importe le modèle de structure.

Pour rencontrer les effets escomptés par une organisation optimale de la première ligne, un modèle d'organisation ne peut être privilégié au détriment d'un autre. Si par exemple, on mettait l'accent sur l'organisation de la continuité de soins, nous privilégierions un modèle transmural.

En fonction de l'objectif poursuivi, le modèle préférentiel pourrait donc être différent.

Ainsi, le modèle idéal serait un modèle collaboratif qui évite la redondance des soins et qui favorise la complémentarité des acteurs dans leur rôle spécifique. Nous estimons que ce modèle serait la meilleure garantie pour atteindre les objectifs centraux définis – efficacité, accessibilité, continuité et qualité.

Conclusion

Dans le cadre de la première ligne, les Mutualités Libres souhaitent privilégier un modèle d'organisation d'intégration des soins, centré sur les besoins des patients et axé vers une simplification administrative et une meilleure intégration(synergie) des acteurs. Soit, un système qui ne peut pénaliser le patient et qui revalorise également le médecin généraliste.

Dans ce cadre, les Mutualités Libres estiment qu'il serait également opportun d'approfondir l'analyse des différents modèles et des rôles attribués aux différents partenaires

Sources

Source référence n° 1: définition OMS, adaptation Canada