

L'APPEL À PROJETS-PILOTES « SOINS INTÉGRÉS DES MALADES CHRONIQUES »

DE M. ALAIN MARON

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Après concertations entre les différents ministres compétents et leurs cabinets respectifs, le plan conjoint en faveur des malades chroniques intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé » a été approuvé par les ministres de la Santé le 19 octobre 2015 au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. En date du 2 février 2016, les mêmes ministres ont lancé l'appel à projets-pilotes visant à concrétiser la vision contenue dans le plan.

L'objectif est de pouvoir répondre de manière appropriée à l'évolution socio-démographique et sanitaire en expérimentant des approches innovantes en termes de prise en charge globale des patients.

Divers principes ou composantes doivent traverser la mise en œuvre de ces approches. Parmi ceux-ci, on peut citer celui de l'empowerment, qui vise à placer le patient (et son entourage) au centre du dispositif et à lui reconnaître un statut d'acteur à part entière dans la prise en charge de sa santé.

La multidisciplinarité est également fortement encouragée afin de décloisonner les pratiques du secteur et de favoriser la communication tout au long du continuum qui va de la promotion de la santé à la réadaptation, en passant par le diagnostic et la prise en charge.

En lien avec ce point, les projets seront amenés à offrir une prise en charge globale et non centrée sur une pathologie particulière. Dix-huit composantes sont ainsi définies - je vous renvoie au plan et au guide pour plus d'informations -, s'agissant d'une matière particulièrement complexe.

Le plan vise une optimisation du système de soins de santé fondée sur la réalisation conjointe de trois objectifs (principe du « triple aim ») :

- améliorer l'état de santé de la population en général, et des malades chroniques en particulier ;
- au niveau du patient, améliorer la qualité des soins : accessibilité, evidence-based ;
- accroître l'efficacité des moyens alloués : offre de meilleurs soins à partir des moyens disponibles, durabilité du système de financement des soins.

On ne peut que souscrire à ces objectifs ambitieux et je crois pouvoir dire que l'ensemble des ministres de la Santé ont adopté une attitude favorable vis-à-vis de ces finalités et de ces principes.

De longues discussions ont cependant eu lieu, afin que le guide puisse être acceptable par chacun au vu des différents contextes régionaux. Les modalités de financement ont également été analysées de manière extrêmement approfondie, et certaines d'entre elles doivent encore être affinées. C'est d'ailleurs mentionné tel quel dans le guide. Madame Moureaux, la notion des limites inférieures et supérieures pour le public qui doit être pris en considération pour les appels à projets est l'un des points ayant fait l'objet de nombreuses discussions.

Concernant les démarches entreprises au niveau bruxellois par rapport à cet appel à projets, avant la journée de lancement des projets-pilotes, les différentes Régions ont souhaité qu'un échange soit organisé avec les acteurs de terrain afin de pouvoir, à partir de leur expertise, recueillir les enjeux qu'ils percevaient a priori dans le modèle innovant de prise en charge qui allait leur être proposé. Une réunion de présentation a ainsi eu lieu le 2 décembre 2015.

Des rencontres régionales ont ensuite eu lieu en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Celle de Bruxelles s'est déroulée le 6 janvier. Il s'agissait d'un important moment de discussion, d'échange et de questions-réponses, mais il convenait aussi de montrer le soutien régional au projet et de sensibiliser les acteurs à son intérêt.

Je compte d'ailleurs proposer qu'une réunion soit organisée à la fin du mois de mars avec les acteurs bruxellois de la problématique, pour voir si des éléments peuvent émerger, si des questions se posent ou si des prises de contact se font. Les projets devant être rentrés pour le 31 mai, cela offrirait une étape intermédiaire de concertation avec les acteurs potentiels.

En ce qui concerne les concertations entre les autorités bruxelloises, vous devez savoir qu'un groupe de travail intercabinets au sein de la conférence interministérielle s'est réuni toutes les semaines pendant plusieurs mois pour élaborer le plan et le guide. Les représentants du niveau fédéral et des entités fédérées ont ainsi eu l'occasion de se concerter très régulièrement. Des rencontres préparatoires ont également eu lieu entre les cabinets de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune, en vue de garantir une concertation optimale des acteurs bruxellois de la problématique.

Vous m'interrogez sur les liens avec ma propre politique de Santé. Comme vous le savez, la Commission communautaire française agréée des services ambulatoires : maisons médicales, centres de santé mentale, services actifs en matière de toxicomanie, services de soins palliatifs et continués - puisqu'il faut maintenant prendre en considération non seulement les soins palliatifs, mais aussi la continuation de soins, surtout quand il s'agit de malades chroniques -, services de télé-accueil et centres de coordination de soins et services à domicile. La Commission communautaire française

C.R. N° 29 (2015-2016)

agrée aussi des réseaux (réseau hépatite C, réseau santé diabète, etc.) qui concernent donc des malades chroniques.

Depuis l'année 2015, à la suite de la sixième réforme de l'État et des transferts de compétences intrafrancophones, la Commission communautaire française est également compétente pour la promotion de la santé. Ceci inclut des programmes thématiques, comme la prévention du sida ou la promotion de la santé cardiovasculaire, ainsi que des programmes de médecine préventive, comme le dépistage des cancers.

La Commission communautaire française est également compétente pour développer des programmes basés sur des approches globales de santé communautaire. De plus, elle soutient de nombreuses initiatives en santé dans différents domaines, comme l'amélioration de l'accès à la santé, dont nous avons longuement parlé ce matin, ou des interventions auprès de populations précarisées.

Les dispositifs et projets liés à ces compétences pourront et devront évidemment contribuer à la mise en œuvre du Plan et des projets-pilotes. C'est d'autant plus vrai que, comme je vous le disais au début de mon intervention, de nombreux principes contenus dans le Plan se retrouvent dans les pratiques des services et autres asbl soutenus par la Commission communautaire française, même si celles-ci sont moins formalisées que dans les projets-pilotes.

Signalons à ce propos que lors des consultations, certains acteurs ont manifesté des réserves ou de franches objections quant à certaines modalités proposées. C'est évidemment leur droit le plus strict mais, au-delà des concertations déjà réalisées, je suis naturellement à la disposition des parties prenantes dépendant de mes compétences pour envisager une participation à ces projets-pilotes. D'où cette proposition d'organiser une réunion intermédiaire dans quelques semaines pour faire le point sur les éventuels dépôts de projets-pilotes.

J'ai à présent deux ou trois précisions complémentaires à vous communiquer, vu les questions qui se sont jointes à celle de M. Maron.

La discussion sur les zones d'habitants - il ne s'agit évidemment pas de 75.000 à 150.000 habitants touchés et donc malades chroniques, mais d'une zone d'habitants -, a été assez longue. Elle provient d'une recommandation européenne et est en réalité une garantie d'un gain d'efficacité à partir d'une certaine masse d'habitants. Il faut donc pouvoir toucher une zone d'habitants relativement grande pour qu'il y ait un réel gain d'efficacité à ces projets-pilotes.

Comme mentionné au départ, ces projets-pilotes doivent être portés par un ensemble d'acteurs et pas par un seul hôpital. Les acteurs partenaires des hôpitaux, qui s'adressent souvent à un public excédant 150.000 personnes, doivent donc être parties prenantes.