

# L'interface 1<sup>ère</sup>-2<sup>ème</sup> ligne

1 session scientifique multidisciplinaire sur l'insuffisance cardiaque

Genk, 6 décembre 2013



Dr JeanLuc Belche

# Plan

- Modèle de Soins Longue Durée
- Expériences de collaboration MG/MS autour de l'insuffisance cardiaque
- Impact de la multimorbidité
- Autres modalités de collaboration entre la 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne de soins
- Perspectives



Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Modèle de soins longue durée

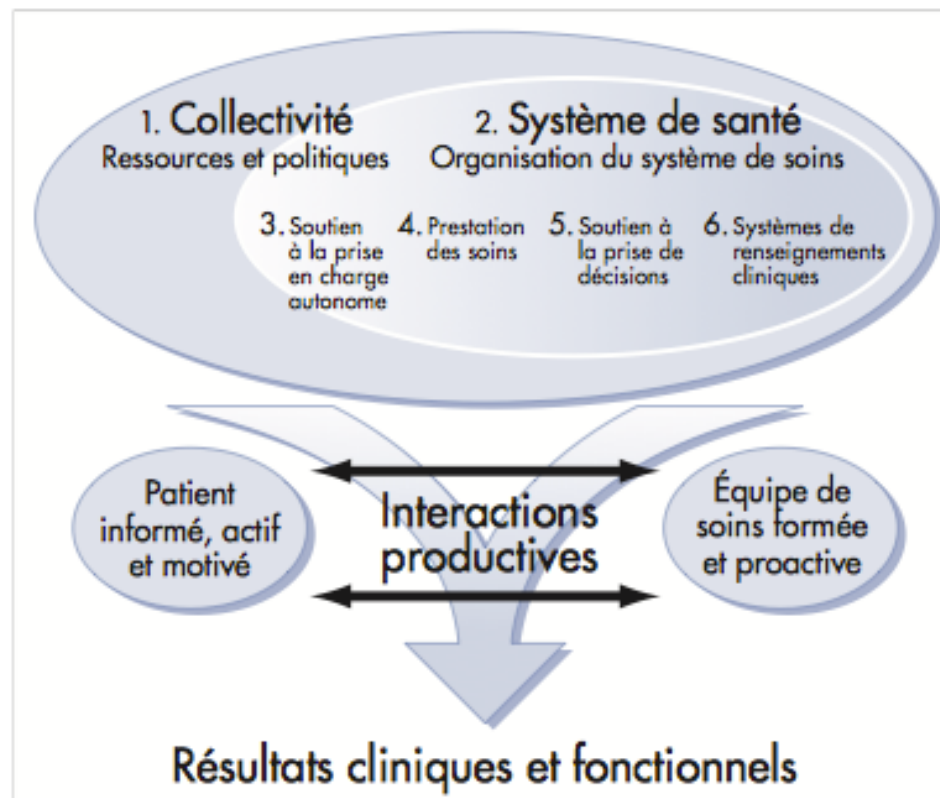


Figure 1. Modèle de soins de longue durée. Source : Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Implémentation en Belgique

## Trajet de soins Diabète type 2 et IRC

- Contrat Tripartite
- Guidelines
- Informations partagées
- 1 éducateur diabète spécialisé
- Plan de suivi personnalisé
- Coordination par Réseau Multidisciplinaire Local
  - Au sein de la 1<sup>ère</sup> ligne
  - Soutien logistique/ administratif
- Incitants financiers mineurs pour les professionnels
- Incitants financiers/ matériels pour le patient

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Efficacité du Modèle

En Belgique

Évaluation récente des TDS

- Amélioration des indicateurs de suivi
- Implémentation: hétérogénéité

Nombreuses autres expériences locales!!

142 *European Journal of Public Health*, Vol. 23, Supplement 1, 2013

## Do the national care trajectories diabetes and chronic kidney disease in Belgium improve the quality of care?

Viviane Van Casteren

V Van Casteren<sup>1</sup>, E De Clercq<sup>2</sup>, G Goderis<sup>3</sup>, J Wens<sup>4</sup>, S Moreels<sup>1</sup>, K Vanthomme<sup>1</sup>, N Bossuyt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium

<sup>2</sup>Université Catholique de Louvain, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), Brussels, Belgium

<sup>3</sup>Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

<sup>4</sup>Universiteit Antwerpen, Antwerpen, Belgium

Contact: viviane.vancasteren@wiv-isp.be

### Background

In order to improve quality of care for chronic conditions, in 2009 the National Institute for Health and Disability Insurance in Belgium created care trajectories (CTs) for diabetes mellitus type 2 (T2DM) and chronic kidney disease (CKD). A CT, formalised by a contract between patient, GP and specialist, aims to ensure integrated, evidence-based, multidisciplinary and structured care for chronic diseases in primary care.

The ACHIL (Ambulatory Care Health Information Laboratory) study assesses whether inclusion in a CT leads to better quality of care for chronic disease, both over time and in comparison with other clinically comparable patients.

**Methods**

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Du côté de l'interface MG/H

- Flux d'informations cliniques entre les lignes de soins
- Modalités organisationnelles définies en concertation
- Support décisionnel adapté et partagé
  
- COMPLEMENTARITE autour du PATIENT

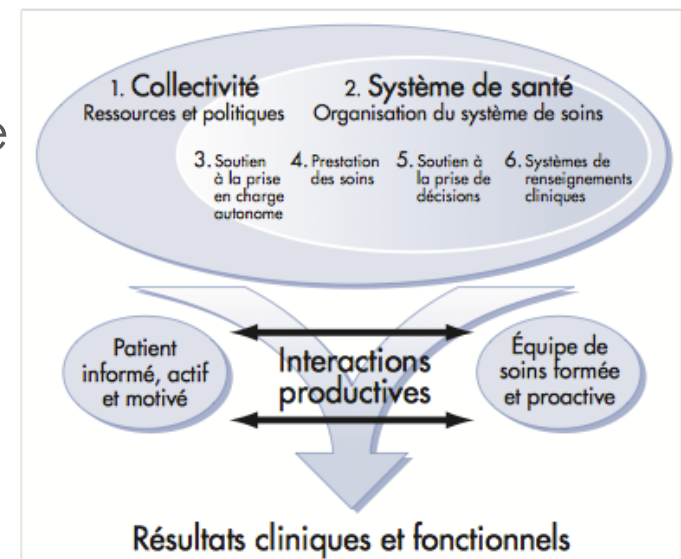


Figure 1. Modèle de soins de longue durée. Source : Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.





Expériences du terrain



Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Retour du terrain

- Prise en charge pluridisciplinaire de patients décompensés cardiaques sévères (III-IV)-expérience pilote CHR Citadelle
  - Proche du « chronic care model »
- Entretiens ½ dirigés
  - 11 MG
  - 4 MS
- Travail de fin d'études ULg-Septembre 2013-Dr Delphine Wavreille

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Retour du terrain: aspects positifs

## Médecins généralistes

- Disponibilité des MS et de l'infirmière coordinatrice
- Collaboration structurée
  - Rôle de référent et tri
  - Rôle plus important
- Éducation du patient plus performante

## Médecins spécialistes

- Meilleur suivi au domicile
- Education du patient

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Retour du terrain: difficultés

## Médecins généralistes

- MS difficile à joindre
- Confiance à construire
- Communication unidirectionnelle: MS->MG
- Diminution du rôle du MG: répartition des tâches mal ressentie

## Médecins spécialistes

- MG difficile à joindre
- « Upgrade » des MG

COMPLIANCE  
PARTICIPATION DU PATIENT

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

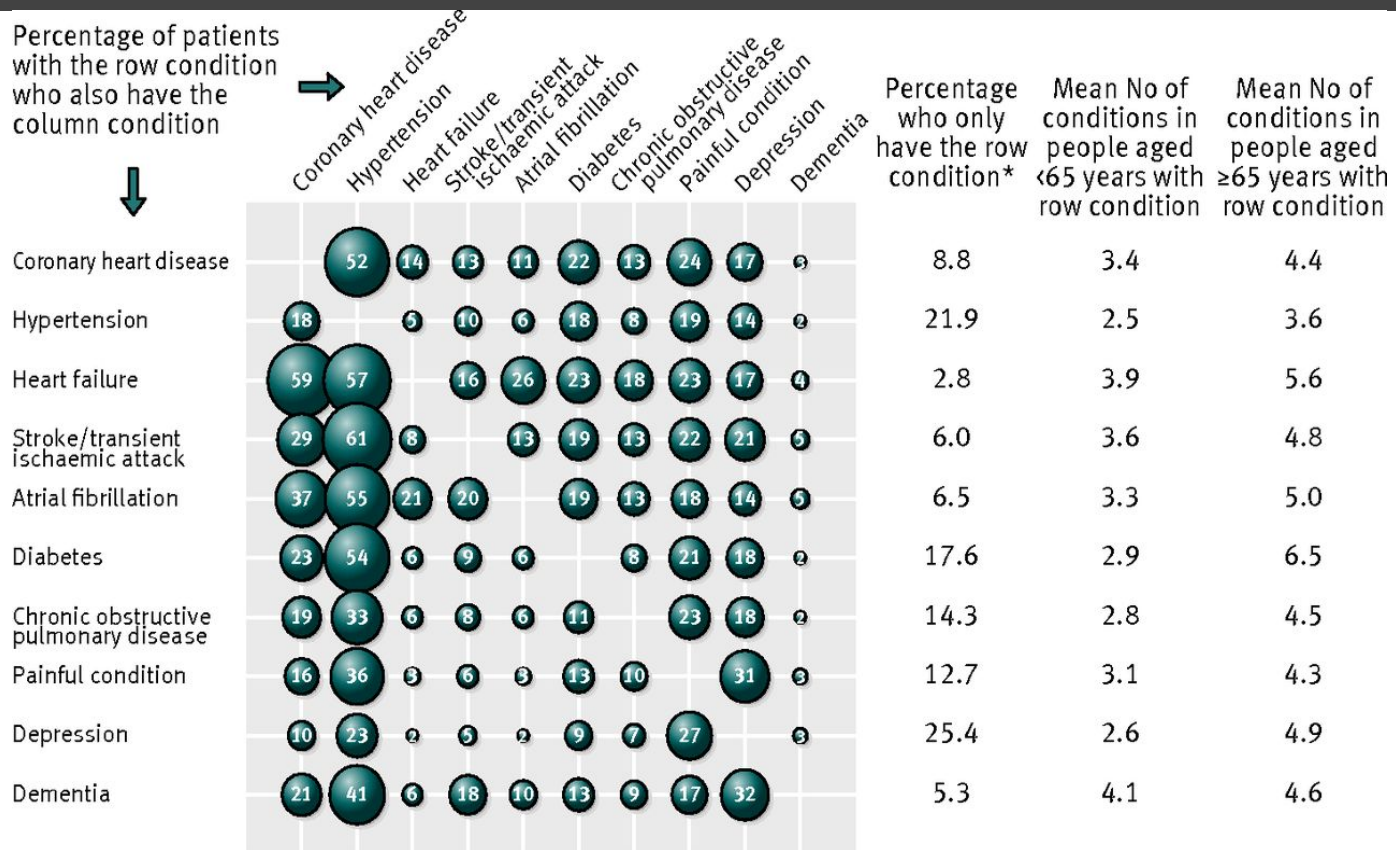
## Retour du terrain: autres expériences

- Perception de la collaboration entre MG et MS autour d'une maladie
  - Patients HIV
  - Patients cancéreux
  - Patients obèse vers une chirurgie bariatrique
  
- MEME CONSTAT!!



Multimorbidité

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------



\* Percentage who do not have one of 39 other conditions in the full count

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Multimorbidité et âge (I)

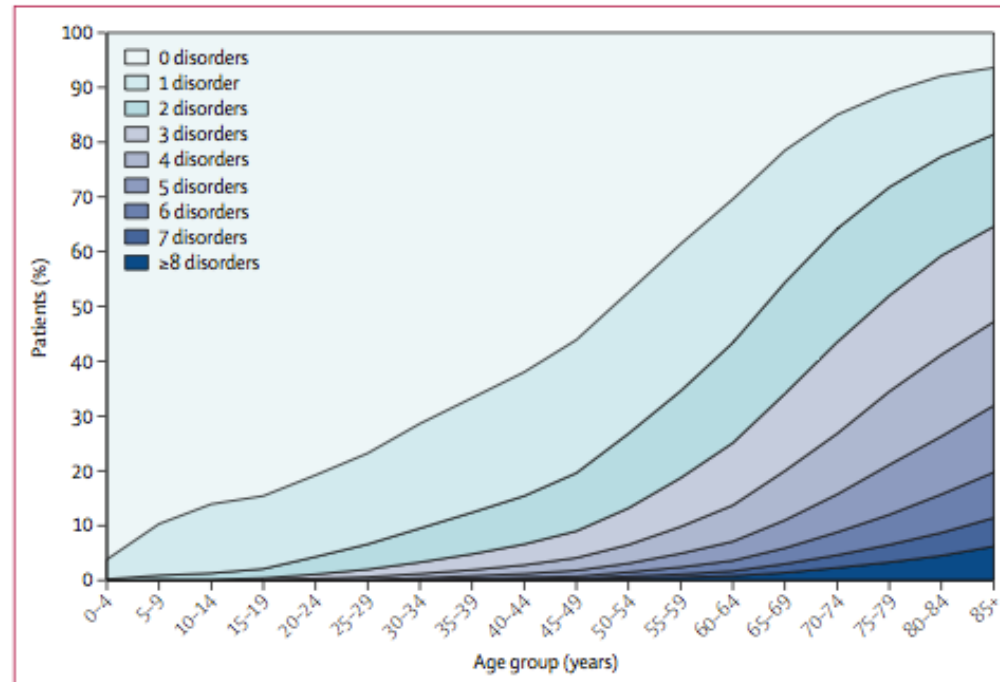


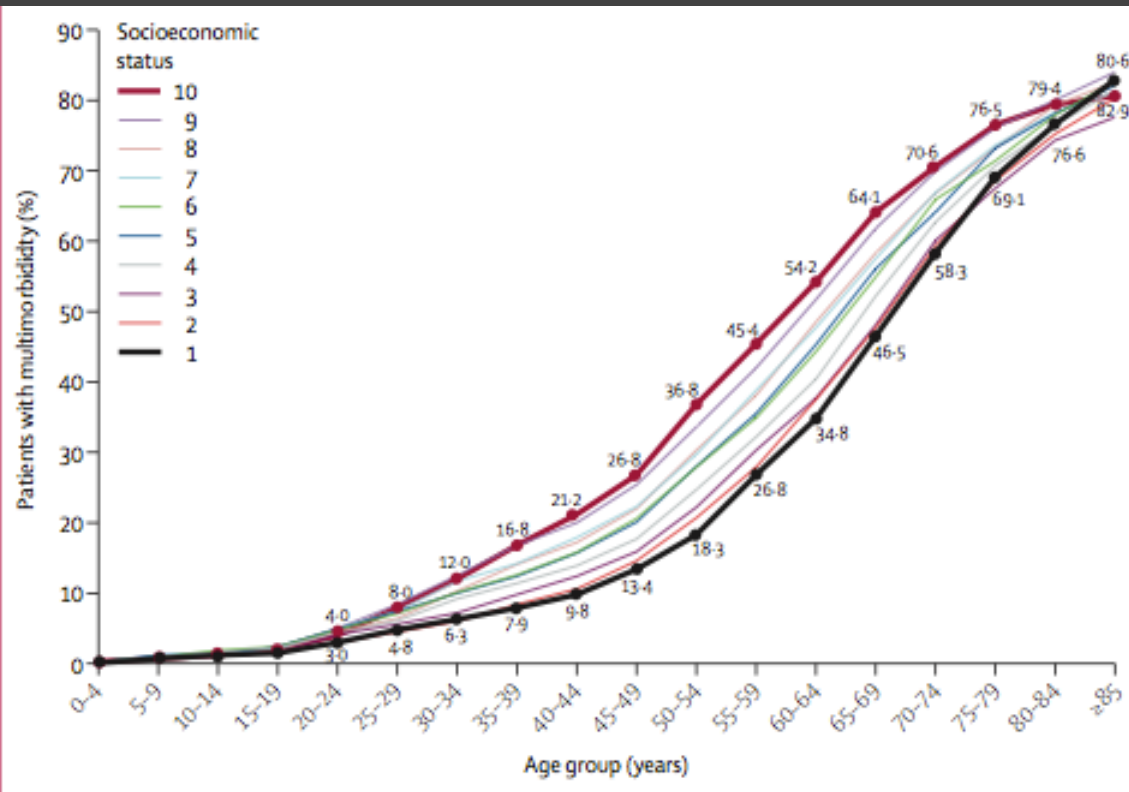
Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

The Lancet Volume 380, Issue 9836 2012 37 - 43



Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Multimorbidité



**Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status**  
 On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

The Lancet Volume 380, Issue 9836 2012 37 - 43

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Multimorbidité

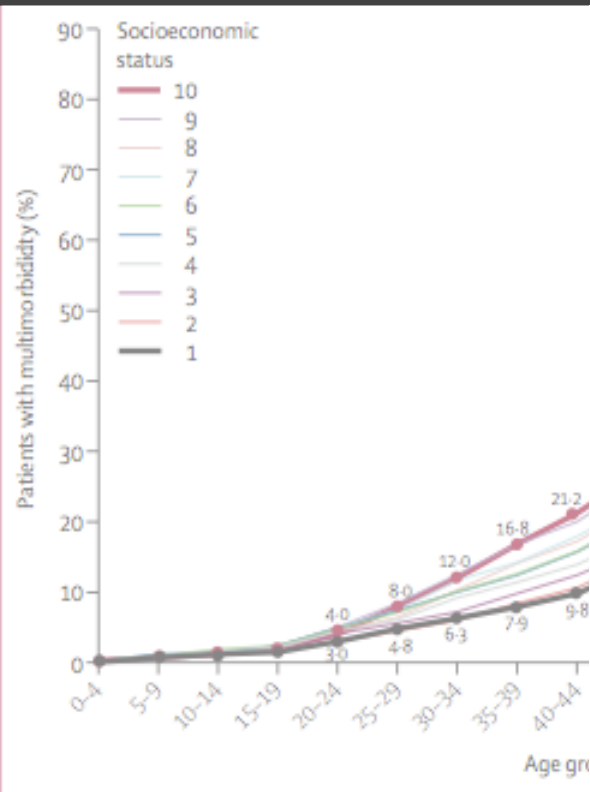


Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status. On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

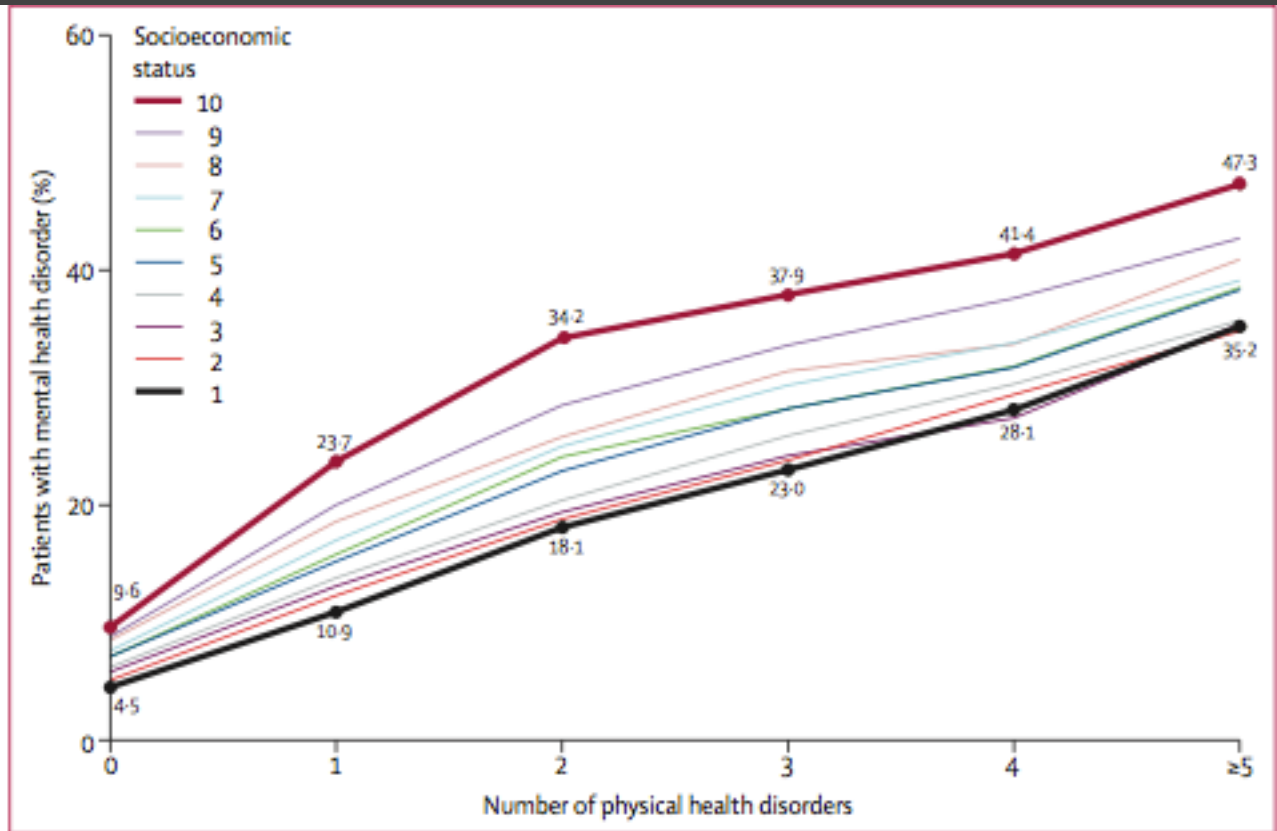


Figure 3: Physical and mental health comorbidity and the association with socioeconomic status. On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

# Multimorbidité et conditions socio-économiques

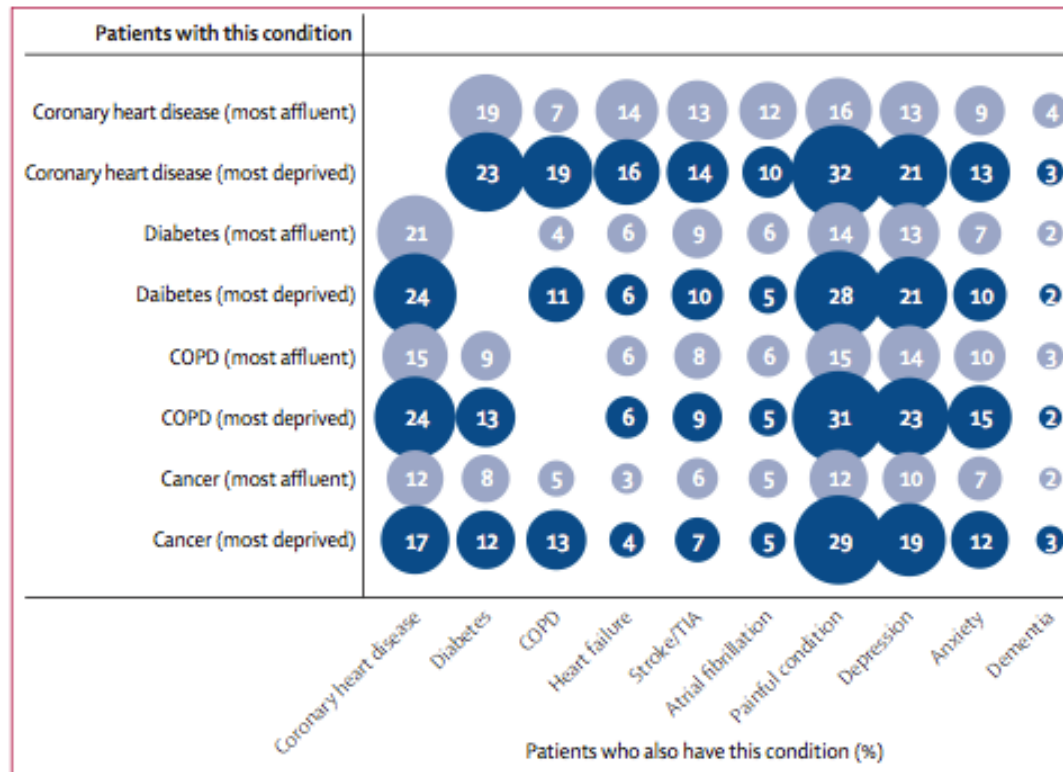


Figure 4: Selected comorbidities in people with four common, important disorders in the most affluent and most deprived deciles

COPD=chronic obstructive pulmonary disease. TIA=transient ischaemic attack.

The Lancet Volume 380, Issue 9836 2012 37 - 43

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Impact multimorbidité: patient

- Un patient avec 5 morbidités auquel on applique les guidelines pourrait recevoir 19 doses de 12 médicaments différentes à 5 diff. moments de la journée et risquerait 10 interactions médicamenteuses ou ES
  - Boyd CM, JAMA 2005;294:716-24.
- Systèmes de santé déséquilibré 2<sup>ème</sup> ligne/1<sup>ère</sup> ligne: hausse de la mortalité
  - Starfield, B., L. Shi, et al. (2005). "The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence." Health Aff (Millwood)

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

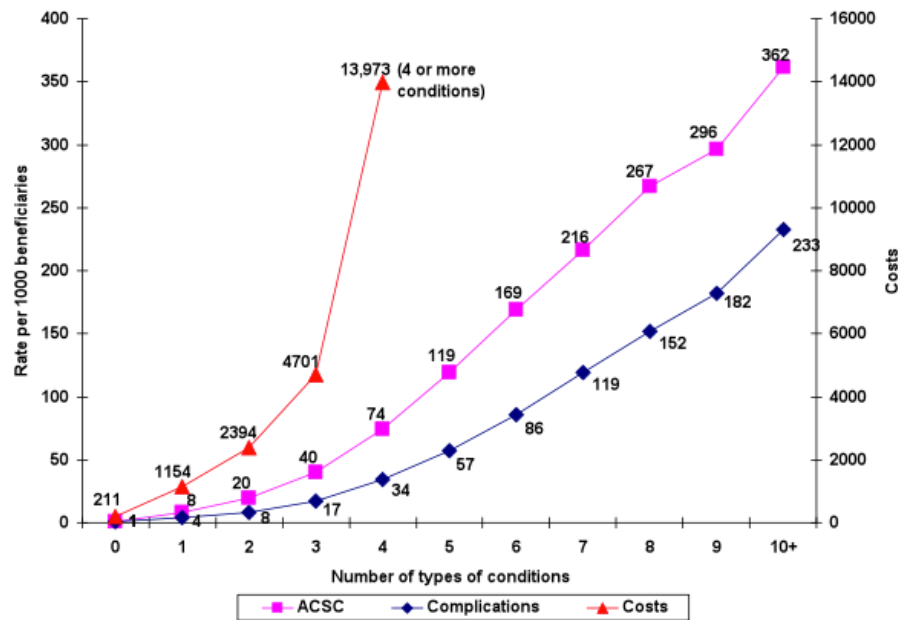
# Impact multimorbidité: soignant

- Multiplication des acteurs « spécialisés »
- Multiplication des canaux de communication
- Absence de guidelines intégrés
- Effet d'éclipse

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Impact Multimorbidité: Système de santé

## Comorbidity, Inpatient Hospitalization, Avoidable Events, and Costs\*



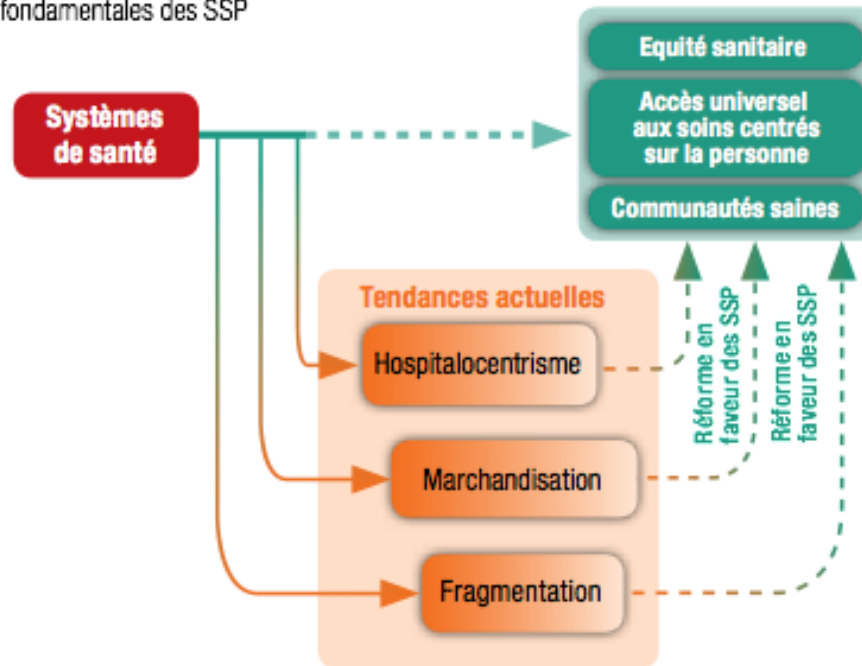
Source: Wolff et al, Arch Intern Med 2002; 162:2269-76.

\*ages 65+, chronic conditions only

Starfield 11/06  
CM 5686 n

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

Comment les systèmes de santé sont détournés des valeurs fondamentales des SSP



OMS  
Rapport Mondial 2008



# Autres modèles de collaboration MG/MS

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Éléments centraux du CCM

- Flux d'informations cliniques entre les lignes de soins
- Modalités organisationnelles définies en concertation
- Support décisionnel adapté et partagé
  
- COMPLEMENTARITE autour du PATIENT

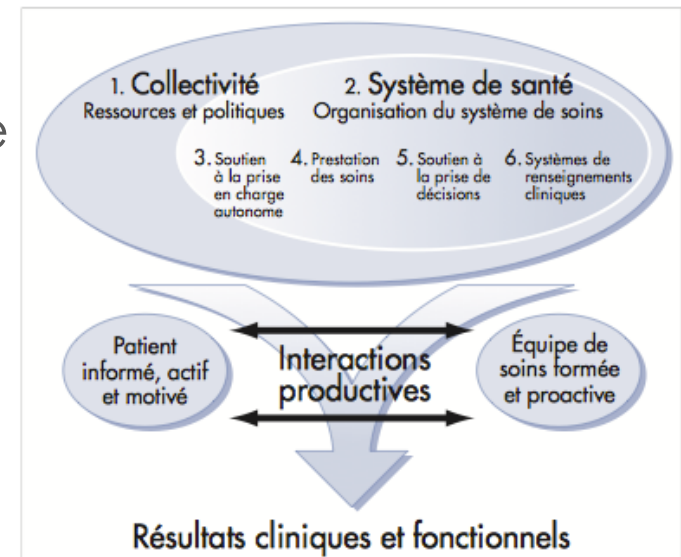


Figure 1. Modèle de soins de longue durée. Source : Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# A partir de l'approche centrée sur une maladie

- Amélioration d'éléments transversaux de la coordination de soins
  - Système d'échanges information
  - Partage des tâches et Objectifs
  - Connaissance des rôles et des personnes

Van Houdt et al. BMC Health Services Research 2013, 13:296  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/296>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Care pathways across the primary-hospital care continuum: using the multi-level framework in explaining care coordination

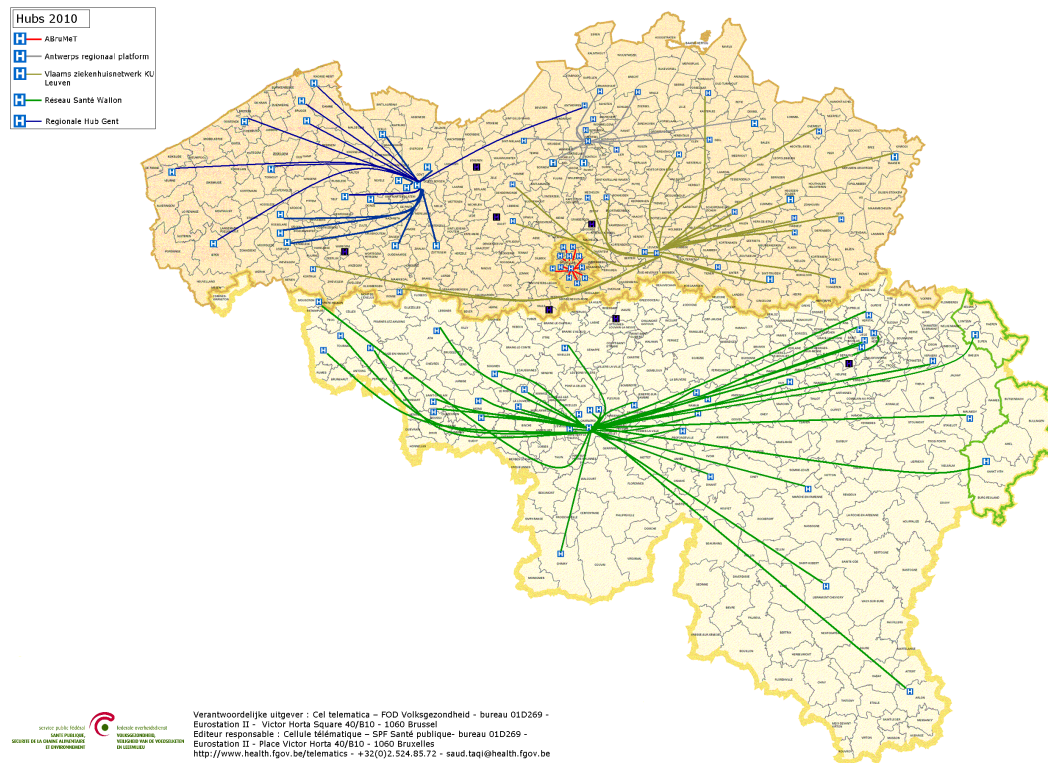
Sabine Van Houdt<sup>1\*</sup>, Jan Heyrman<sup>1</sup>, Kris Vanhaecht<sup>2,3</sup>, Walter Sermeus<sup>3</sup> and Jan De Lepeleire<sup>1</sup>

### Abstract

**Background:** Care pathways are widely used in hospitals for a structured and detailed planning of the care process. There is a growing interest in extending care pathways into primary care to improve quality of care by increasing care coordination. Evidence is sparse about the relationship between care pathways and care coordination. The multi-level framework explores care coordination across organizations and states that (inter)organizational mechanisms have an effect on the relationships between healthcare professionals, resulting in quality and efficiency of care. The aim of this study was to assess the extent to which care pathways support or create elements of the multi-level framework necessary to improve care coordination across the primary - hospital care continuum.

**Methods:** This study is an in-depth analysis of five existing local community projects located in four different regions in Flanders (Belgium) to determine whether the available empirical evidence supported or refuted the theoretical expectations from the multi-level framework. Data were gathered using mixed methods, including structured face-to-face

# Dossier santé informatisé partagé



Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Attribution des patients

- À partir du système ouvert (belge)
- Objectifs:
  - Reconnaissance du rôle d'interface prioritaire
  - Responsabilisation des soignants
  - Prise d'initiatives
- Exemples existants
  - TDS
  - Gate-keeping soft
  - DMG
  - Financement de la pratique ambulatoire au forfait

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Structuration de la 1<sup>ère</sup> ligne

- À partir de la pratique MG solo et de la fragmentation de la 1<sup>ère</sup> ligne
- Pratique de groupe pluridisciplinaire
  - Association de santé intégrée (Wallonie), Maisons médicales, ...
- Rôle de « case-manager »
  - Exemples existants centrées sur 1 maladie: TDS, Projet 107, référent H,
  - Expérience EUDOMOS, SPF 2013

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# (re)Structuration hospitalière

- Partage des informations
- Fonction transversale
  - Dynamique intramuros ><silos
  - Concertation multidisciplinaire
  - Médecine interne générale
  - Référent hospitalier, personne de liaison
- Réseau locale de collaboration



Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Approche transversale: les Systèmes Locaux de Santé (SYLOS)

Par zone fonctionnelle (bassin de soins)

Représentants professionnels

Situations/Patients complexes

Animation/coordination neutre

Structuration et mise en action

Tel que:

- Complémentarité
- Coordination
- Bonne circulation des patients
- Bonne circulation de l'information

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Approche transversale: les Systèmes Locaux de Santé (SYLOS)

Recherche-action en cours depuis 2012

Initiation « extérieure »:  
DUMG-ULg et IMT-ANVERS

Hôpital et représentant de la MG locale

3 contextes locaux

(Liège, Seraing, Waremme)

- Etapes à suivre:
  - Connaissance et reconnaissance
  - Structuration
  - Mise en projet
- ADAPTATION LOCALE et CONCERTATION
- MOTIVATION



Perspectives

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Messages-clefs (I)

- Approche transversale
- Adaptation locale
- Structuration: 1<sup>ère</sup> ligne, concertation
  
- Double changement de paradigme
  - De l'hôpital vers un système
  - De la maladie au **patient**

Chronic Care Model	Expérience Insuffisance cardiaque	Multimorbidité	Collaboration MG/MS	Perspectives
--------------------	-----------------------------------	----------------	---------------------	--------------

# Messages-clefs (II)



**Comparison of Traditional Disease-Specific and Goal-Oriented Outcomes.\***

Measurement Domain	Examples of Diseases	Traditional Outcomes	Goal-Oriented Outcomes
Survival	Cancer, heart failure	Overall, disease-specific, and disease-free survival	None if survival not a high-priority goal; survival until personal milestones are met (e.g., grandchild's wedding)
Biomarkers	Diabetes, COPD	Change in indicators of disease activity (e.g., glycated hemoglobin level, CRP level, and pulmonary-function tests)	None (not a meaningful outcome observed or felt by patient)
Signs and symptoms	Heart failure, COPD, arthritis	Inventory of disease-specific signs and symptoms (e.g., dyspnea, edema, and back pain)	Symptoms that have been identified as important by the patient (e.g., control of dyspnea or pain sufficient to perform an activity such as bowling or walking grandchild to school)
Functional status, including mobility	Cancer, heart failure, COPD	Usually none or disease-specific (e.g., Karnofsky score, NYHA functional classification, and 6-minute walk test)	Ability to complete or compensate for inability to complete specific tasks identified as important by the patient (e.g., ability to get dressed without help)

\* COPD denotes chronic obstructive pulmonary disease, CRP C-reactive protein, and NYHA New York Heart Association.



Merci de votre attention

[jlbelche@ulg.ac.be](mailto:jlbelche@ulg.ac.be)