

Piste 7. Participate Brussels

*Fonction de liaison
entre l'hôpital et le milieu de vie*

Pistes pour la personnalisation des soins

Mars 2021



innoviris.brussels 
empowering research

 **Haute École
Léonard
de Vinci**

 **UCLouvain**

**Julie Servais, Marie Dauvrin,
Tyana Lenoble, Isabelle Aujoulat**

Ont contribué à cette piste :

Olivier Schmitz (UCLouvain), Marie-Claire Beaudelot) et Zarina Rhali (Cliniques Universitaires Saint-Luc - Auxad (Cliniques Universitaires Saint-Luc - Auxad), Thérèse Van Durme (UCLouvain – Be.Hive), Denis Herbaux (PAQS), Catherine Ballantet et Nathalie Dehaibe (Soins chez Soi)

Cette piste est une des 11 pistes pour la personnalisation des soins issue du projet de recherche collaboratif **Participate Brussels**, mis en œuvre avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale (Innoviris), entre le 1er janvier 2018 et le 31 mars 2021, dans le cadre d'une collaboration entre l'UCLouvain-IRSS et la Haute Ecole Léonard de Vinci, accompagnés par 8 partenaires de recherche, nommés parrains du projet

- Piste 1. Ouvrir le dialogue sur la fatigue comme étape à la personnalisation des soins dans un contexte de maladie chronique
- Piste 2. Maladie chronique et personnalisation des soins : Ouvrir le dialogue sur la vie affective, relationnelle et sexuelle
- Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique
- Piste 4. Améliorer la littératie en santé digitale en vue de la personnalisation des soins
- Piste 5. Centraliser l'information autour de l'aménagement de la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique
- Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique
- **Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie**
- Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique
- Piste 9. Plateforme de concertation en maladies chroniques
- Piste 10. Formation des patients et des professionnels pour renforcer la personnalisation des soins pour les patients vivant avec une maladie chronique
- Piste 11. Réflexions autour de l'engagement bénévole des soignants dans un contexte de maladie chronique

Sont également disponibles les Cahiers liés à l'exécution et aux résultats du projet :

- Cahier 0. Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet.
- Cahier 1. Participate Brussels. Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois.
- Cahier 2. Participate Brussels. Méthodologie de l'enquête de terrain, des activités de croisement des savoirs et de la co-construction des pistes pour la personnalisation des soins.
- Cahier 3. Participate Brussels. Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs.
- **Cahier 4. Participate Brussels. Pistes pour l'amélioration de la personnalisation des soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique dans le contexte de la Région de Bruxelles-Capitale.**
- Cahier 5. Participate Brussels. Vivre et faire vivre le croisement des savoirs et la recherche collaborative. Retours d'expérience et perspectives.

Tous ces supports, ainsi que d'autres ressources et résultats du projet Participate Brussels, sont disponibles sur le site de l'UCLouvain – IRSS à l'adresse :

<http://www.uclouvain.be/participe-brussels>

Pour citer ce document : Servais J, Dauvrin M, Lenoble T, Aujoulat I. (2021). Participate Brussels. Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie. Pistes pour la personnalisation des soins. Bruxelles : UCLouvain & HE Vinci.

Table des matières

Introduction	3
Contexte	4
Qu'en disent les patients et les professionnels ?	5
Coordinations existantes	6
Coordination en première ligne de soins	6
Coordination en deuxième ligne de soins	8
Liaison entre la première et deuxième ligne.....	8
Au départ de l'hôpital.....	8
Coordinations de soins	9
Le médecin généraliste.....	10
Conclusion	10
Bibliographie	11

Introduction

Cette piste est la **Piste 7** de la série des 11 pistes pour la personnalisation des soins issues de Participate Brussels pour les personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale. Ce document est conçu pour être utilisé de façon indépendante : les lecteurs souhaitant plus de détails sont invités à consulter les **Cahiers** du projet Participate Brussels.

Les **Cahiers 1 et 2** présentent respectivement le contexte du projet Participate Brussels et le processus méthodologique ayant donné lieu à l'émergence de ces pistes. Le **Cahier 3** présente les résultats de l'enquête de terrain, des séminaires d'analyse et groupes de discussion menés avec des personnes vivant avec une maladie chronique et des professionnels : les citations incluses dans cette piste proviennent de ces différentes activités. Le **Cahier 4** présente l'entièreté des 11 pistes pour la personnalisation en trois niveaux : 1) des pistes au niveau micro du système de santé, soit au plus proche du patient, 2) des pistes au niveau méso du système de santé, soit le niveau organisationnel ou institutionnel, 3) des pistes au niveau macro, soit le niveau du système de santé de façon plus large. Dans une seconde partie, il présente l'articulation de ces pistes de personnalisation entre elles et discute comment ces 11 pistes contribuent à la personnalisation des soins dans une perspective de promotion de la santé. Le **Cahier 5** reprend le processus participatif et de croisement des savoirs sous-jacent au développement de ces pistes. Enfin, la **synthèse – Cahier 0-** présente un aperçu global du projet Participate Brussels.

Contexte

Les maladies chroniques, bien qu'ayant chacune leurs particularités, ont une caractéristique commune : elles nécessitent un traitement long, amenant les patients à fréquenter (très) régulièrement les prestataires de soins soit en milieu hospitalier quand ils sont en phase aigüe soit chez leur médecin généraliste ou chez les médecins spécialistes lors de la prise en charge de la chronicité (Belche et al., 2015).

De plus, étant donné qu'une maladie chronique partage souvent un ou plusieurs facteurs de risques avec d'autres pathologies ou peut avoir pour conséquence d'autres troubles de la santé, la multimorbidité est la situation la plus fréquente dans la population générale. De cette multimorbidité découle une fragmentation de la prise en charge des patients qui fréquentent plusieurs spécialistes centrés à chaque fois sur une seule maladie. La multiplicité des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient exige donc une coopération et la mise sur pied de stratégies coordonnées (Wetz, Moriau, & Willaert, 2020). Belche soulève d'ailleurs que : « *L'approche centrée sur une maladie doit évoluer vers une prise en charge globale des différentes dimensions de la santé, intégrant les programmes et les acteurs de soins, pour offrir des soins continus, globaux, centrés sur une personne, au-delà de soins centrés sur la maladie* » (Belche, Buret, & Duchesnes, 2019).

D'après le *Position Paper* de 2012 du KCE, les besoins d'un patient atteint de maladie(s) de longue durée peuvent être regroupés en 5 catégories principales (Paulus et al., 2012):

- Les *besoins biologiques* qui comprennent essentiellement l'atténuation des symptômes physiques ;
- Les *besoins psychologiques* qui reprennent les besoins d'informations individualisés et les besoins d'encadrement psychologique pour faciliter la gestion des émotions liées à la maladie ;
- Les *besoins relatifs aux services de soins de santé* via la coordination des soins et l'intégration entre les différents lieux de soins ;
- Les *besoins sociaux* en particulier la question de la préservation de l'indépendance pour le patient et également la prévention de l'isolement social ;
- Les *besoins spirituels* qui correspondent à la quête d'un sens et pas seulement les convictions religieuses.

Ces besoins sont souvent de longue durée et peuvent également se modifier en fonction de l'évolution de la maladie chronique. Dès lors, le KCE recommandait d'utiliser des outils communs entre les différents prestataires pour l'évaluation des besoins, le planning, le suivi et l'évaluation des objectifs de santé et de vie du patient tout au long de l'évolution de sa maladie, ce que souligne également le Plan Santé Bruxellois de 2020 (Commission Communautaire Commune, 2020; Paulus et al., 2012). En effet, dans un système de soins encore trop hospitalo-centré et axé sur la prise en charge des phases aiguës et sur la technologie, il est nécessaire de changer de paradigme en axant la prise en charge et les réponses données sur la nature multidimensionnelle et individuelle des besoins du patient vivant avec une maladie chronique et ce, si possible, dans son milieu de vie, dans son quartier, en assurant la coordination des différents prestataires (Commission Communautaire Commune, 2020).

Il apparaît donc que la coordination doit faire partie de l'offre de soins si celle-ci se veut attentive à la prise en compte des besoins du patient. Ces constats rejoignent ceux du Plan conjoint en faveur des maladies chroniques, qui souligne la nécessité de « *renforcer l'intégration (horizontale et verticale) et*

les complémentarités entre structures et formes d'aide et de soins, notamment par l'optimisation des concertations, afin que la personne qui accompagne le patient (entourage, professionnel ou case-manager) puisse aisément reconnaître les partenaires d'aide et de soins utiles en fonction de la réalisation des objectifs de soins convenus dans le cadre d'un plan de soins intégré (des besoins du patient et de son entourage) » (SPF Santé Publique, 2015). Ce constat a pris d'autant plus d'importance avec le virage ambulatoire qui opère depuis quelques années. Ce virage ambulatoire, souligné dans le Plan Santé Bruxellois, nécessite de revoir les modes de fonctionnement de l'ensemble des acteurs, de sortir du cloisonnement entre acteurs et secteurs et d'ainsi éviter la rupture de soins lorsque le patient quitte l'hôpital (Commission Communautaire Commune, 2020). Il nécessite également une interconnaissance professionnelle nécessaire à une bonne collaboration. En effet, le système d'éducation est l'un des principaux déterminants de la collaboration interprofessionnelle car il représente le levier central pour promouvoir les valeurs de collaboration parmi les futurs professionnels de la santé (San Martin-Rodriguez et al., 2005; Young et al., 2017).

Qu'en disent les patients et les professionnels ?

Pour les patients et professionnels interrogés dans le cadre du projet Participate Brussels, il y a un besoin de renforcement de la fonction de liaison entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne de soins afin de répondre à un manque de connexion entre ces deux lignes et à l'absence d'une réponse générique :

« Moi je trouve que ce serait intéressant qu'il y ait des personnes de liaison qui ont un pied dans l'hôpital et un pied à l'extérieur, parce qu'il manque un échelon, on a l'impression. »

Infirmier travaillant en maison médicale

« (...) En tout cas un patient lourd, qui va rentrer en domicile on nous demande de mettre en place un maximum de choses à domicile pour pouvoir rassurer un maximum l'équipe (...) Il manque quelque-chose entre les deux, mais je ne sais pas quelle forme ça devrait avoir. Il faut simplifier les choses. Peut-être, la question de proposer aux patients qui sont chroniques d'avoir un suivi à domicile peut-être plus important, quelque chose qui ferait plus le lien entre le domicile et l'hôpital, une coordination patient chronique. »

Assistant social en milieu hospitalier

« Pour garder cette liaison-là quitte à la limite à créer une équipe pont qui sera une équipe qui fera la liaison entre les infirmiers de premières lignes, ceux qui voient le patient à la maison et l'équipe hospitalière ou de n'importe quelle structure. Ça, ce serait la meilleure façon de fonctionner »

Infirmier travaillant en soins à domicile

Cette fonction de liaison est en filigrane des discours des patients pour qui les concepts de première ligne et deuxième ligne sont plus abstraits mais chez qui un besoin de cohérence et de continuité est manifeste. Et ce, même si ces patients n'ont pas le profil des patients « complexes » à qui sont souvent destinées en priorité les fonctions de liaison. Be.Hive définit la complexité comme : *« l'incertitude et l'imprévisibilité que représente une situation suite à l'interaction entre des éléments relatifs à la santé physique, psychique et aux conditions de vie, sociales et économiques, dont la connaissance et l'expérience sont inégalement partagées par les acteurs à la relation de soins »* ((Be.Hive, 2020) page

54). Cependant, d'autres études ont souligné le besoin pour les patients, en situation complexe ou non, d'avoir une prise en charge plus fluide et continue entre l'hôpital et leur domicile (Rea et al., 2004; S. M. Smith, Allwright, & O'Dowd, 2008; S. M. Smith et al., 2004). S'il est effectivement nécessaire que la gestion de la maladie chronique doive être réinsufflée dans une première ligne forte et fluide, ceci n'exclut pas une bonne articulation avec la deuxième ligne de soins. Comme le souligne Beaulieu : « *Nos patients ont bien assez de leur périple à travers les hauts et les bas de leurs problèmes de santé sans devoir s'empêtrer dans une frontière qui n'existe qu'à nos yeux.* » (Beaulieu, 2013).

Dans le contexte du projet Participate Brussels, une tentative de définition de la fonction de liaison serait de dire que la liaison hôpital-domicile est une fonction qui, non seulement, tisse un réseau de liens consistants autour du patient, avec lui, avec l'entourage, avec et entre les intervenants (hospitaliers et du lieu de vie) mais aussi assure un rôle de relais pratique, si nécessaire, en attendant la mise en place d'un dispositif régulier et adapté aux besoins et préférences de la personne. En outre, cette fonction a une mission de « fil rouge » pour guider le patient dans ses allers-retours entre la 1^{ère} et 2^{ème} ligne de soins. Cette fonction est particulièrement utile pour les patients en situation de vulnérabilité, les patients atteints de maladies chroniques ou présentant une situation de soins complexe. Or, il existe à ce jour, en Belgique, différents prestataires assurant des missions spécifiques de coordination entre l'hôpital et le domicile : assistants sociaux, coordinateurs de soins ou encore la fonction de référents hospitaliers récemment développée par le projet-pilote de soins intégrés *BOOST* (BOOST, 2017; Thirion, Amar, & Vignes, 2019). Sans être exhaustifs, quelques-unes de ces fonctions sont détaillées ci-dessous.

Coordinations existantes

Coordination en première ligne de soins

Force est de constater que la première ligne de soins bruxelloises est fortement morcelée, entraînant un manque d'efficience, d'accessibilité et de qualité des soins non seulement pour les patients mais également pour les professionnels de santé (Lambert & Macq, 2015). Pour pallier cette fragmentation, un service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui aux professionnels de santé de la première ligne a ainsi été créé : Brusano. Brusano repose sur 3 principes : 1) la délivrance de soins au plus proche du patient dès que possible, 2) le soutien au développement d'une première ligne forte et cohérente, 3) le renforcement de la place du patient dans le système de soins (Brusano).

Concrètement, les services développés actuellement par Brusano peuvent être regroupés autour de plusieurs moyens d'action pour la prise en charge de la maladie chronique, en ce compris le soutien à la concertation locale, multidisciplinaire et interligne. L'importance est donc donnée à la connaissance, la compréhension et l'évaluation des rôles joués par les autres professionnels pour établir un partenariat réussi, ce qui est également soulevé par le *Plan d'Actions 2019* de Brusano et par le *Livre Blanc de la première ligne en Belgique francophone* de Be.Hive (Be.Hive, 2020; Brusano, 2019b). Par ailleurs, une collaboration et une délégation interprofessionnelle réussie exigent également un cadre organisationnel favorable (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Or, il existe une multitude de fonctions de coordination et liaison dans le système de santé belge, ce qui peut rendre la structuration des parcours de soins compliquée. Le code Wallon de l'action sociale et de la santé identifie ces différentes fonctions (Belche et al., 2019) :

- Le premier rôle de coordinateur revient au patient ou à son entourage.
- En première ligne, la fonction de liaison est assurée par les différents prestataires et notamment par le médecin généraliste. Il s'agit essentiellement d'une coordination clinique.
- En première ligne toujours, il existe la fonction d'agent de liaison entre les membres du réseau du patient. C'est un rôle de coordination orienté par les besoins du patient en termes de soins de santé et d'aide au domicile. Celle-ci est souvent assurée par l'assistant social.
- La fonction de case-manager doit assurer la coordination clinique dans la prise en charge des personnes vivant avec une maladie chronique. Cette fonction peut être assurée par les professionnels de la santé ayant une formation d'assistant social, d'infirmier ou de médecin généraliste. Le case manager est externe à l'équipe de soin habituelle et intervient pour une durée de maximum 6 mois. Il réalise un bilan global de la situation vécue par le patient et vient renforcer la coordination des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques et de bien-être lorsque l'organisation habituelle autour du patient n'est plus efficiente (Brusano, 2021; Conférence Interministérielle Santé Publique, 2019). En pratique, c'est le médecin généraliste qui est le plus fréquemment cité pour prendre ce rôle de coordinateur des soins (Be.Hive, 2020).

En sus des fonctions décrites ci-dessus et comme souligné dans le Plan Santé Bruxellois, il existe différents projets en cours également basés sur des approches intégrées et de proximité tels que les « *projets quartier* » et le projet *BOOST* (Commission Communautaire Commune, 2020).

Le modèle d'aide et de soins de proximité utilisé dans les « *projets quartier* » est un modèle visant à offrir aide, soins et soutien intégrés à chaque personne vivant dans un quartier défini. En effet, la moitié des malades chroniques qui arrivent à l'hôpital sont des personnes isolées : cet isolement a pour conséquence de sortir moins de chez soi, de moins bien prendre soin de soi et de conduire plus régulièrement à des hospitalisations lorsqu'il y a multimorbidité (De Ridder, 2020). C'est pourquoi l'approche quartier est importante et permettrait de sortir les personnes de leur isolement mais également de jouer un rôle préventif. Ce modèle passe par 8 fonctions (Vanmechelen & Vermeulen, 2020) :

- La réalisation d'une analyse de quartier identifiant, entre autres, les besoins et partenaires ;
- L'investissement dans des partenariats et la coopération avec de parties prenantes multiples (services d'aide et de soins, le CPAS, les maisons de repos, les médecins généralistes, les pharmaciens, les aidants proches, etc.) ;
- La sensibilisation et l'information des habitants, aidants formels, de la famille, des amis, des voisins ; la construction de réseaux sociaux autour des habitants isolés ;
- L'utilisation des forces et des talents des personnes habitant le quartier ;
- La détection des besoins d'aide et de soins via les partenaires et les réseaux sociaux mis en place ;
- L'orientation vers l'offre de soins et d'aide adaptée à la personne ;
- L'aide aux citoyens du quartier à porter leur voix au niveau de la politique locale.

Le projet-pilote de soins intégrés *BOOST* s'inscrit, quant à lui, dans 3 communes bruxelloises : le centre de la ville de Bruxelles, Saint-Josse et Saint-Gilles. Ce projet cible les personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques et leurs proches. Il vise à mieux les soutenir tout au long du parcours de soins via la mise en place de la fonction de référent de proximité. Le rôle principal du référent de proximité est de déterminer, avec la personne, ses objectifs prioritaires, ses souhaits et ses préférences et de construire, avec elle, des solutions en mobilisant les ressources adéquates qu'elles lui soient propres ou présentes dans le réseau. Cette fonction peut être endossée par tout praticien de première ligne

agissant déjà auprès du patient comme un médecin généraliste, un ergothérapeute ou un infirmier. Cette fonction de référent de proximité s'articule avec deux autres nouvelles fonctions : le référent hospitalier, qui facilite la coordination entre la première ligne et la deuxième ligne de soins, et une fonction de concertation multidisciplinaire amenée à construire des solutions systémiques, globales et transversales à l'échelle des 3 communes concernées par le projet (Thirion et al., 2019).

Coordination en deuxième ligne de soins

La coordination existe également au sein de la deuxième ligne de soins, en assurant le suivi du patient tout au long de son chemin clinique au sein d'un secteur d'activités cliniques. C'est ainsi que sont nées les fonctions de coordinateur de soins oncologiques, coordinateur de soins du département cardio-vasculaire ou coordinateur des consultations. Néanmoins, comme en témoigne ces appellations, la coordination au niveau hospitalier ne concerne qu'un secteur d'activités même si dans la description de la fonction, le coordinateur doit être un relais entre les praticiens hospitaliers lors de l'approche pluridisciplinaire du patient et un relais entre les services où celui-ci transite afin d'assurer la fluidité de son suivi et d'individualiser le trajet de soins (Lemaire & Ykman, 2006; Maddalena, 2013). Ces fonctions dans le milieu hospitalier ont également été détaillées par Belche (Belche et al., 2019). En milieu hospitalier, la coordination se décline sous 2 formes : les coordinateurs d'itinéraire clinique comme les coordinateurs des équipes oncologiques et la fonction d'assistant social hospitalier pour assurer la transition hôpital - domicile en fin d'hospitalisation. Il existe également la fonction de coordinateur de réseau, présent dans le projet Integreo, qui voudrait assurer la coordination des interventions des différents prestataires, des différents services et organisations de soins, mais ce rôle est encore à renforcer (Be.Hive, 2020; Conférence Interministérielle Santé Publique, 2019).

En dépit de leur plus-value pour les patients et leurs proches, la plupart des activités déployées dans le cadre de ces missions de coordinations restent fragmentées : elles sont axées soit sur un groupe spécifique de personnes comme les personnes âgées, les personnes en fin de vie ou encore les personnes atteintes d'un cancer ; soit sur un moment particulier de l'accompagnement du patient comme, par exemple, la sortie de l'hôpital (Commission Communautaire Commune, 2020; Conférence Interministérielle Santé Publique, 2019). Ce constat est confirmé par des entretiens réalisés, dans le cadre du projet Participate Brussels, auprès de professionnels qui officient tant en milieu hospitalier qu'en milieu extrahospitalier. Force est de constater que la coordination entre ces deux lignes de soins est perçue comme peu présente par les professionnels interrogés, comme un échelon qui manque dans la fluidité de la prise en charge du patient.

Liaison entre la première et deuxième ligne

Au départ de l'hôpital

Avec le virage ambulatoire et la réforme des hôpitaux, le raccourcissement des séjours à l'hôpital va entraîner - et entraîne déjà - un glissement de la deuxième ligne de soins vers la première ligne (Be.Hive, 2020). Dans ce but, l'hôpital devrait se joindre aux structures de soins de première ligne pour prendre en charge les patients de façon holistique, non en rivalité avec la première ligne de soins mais en développant des collaborations avec celle-ci. En effet, ces dernières années ont vu un (re)déploiement des soins ambulatoires et l'implémentation croissante des hospitalisations à domicile pour favoriser la continuité des soins. Ces différentes évolutions nécessitent de développer des

pratiques interprofessionnelles et un dialogue entre différents prestataires, en ce compris via un dossier de santé informatisé sécurisé, fiable et partagé entre acteurs et organisations (Coulter et al., 2015).

Depuis quelques années, plusieurs équipes ont vu le jour pour assurer une liaison entre le milieu hospitalier et le domicile des patients. Parrain du projet Participate Brussels, le service Auxad, intégré dans les Cliniques Universitaires Saint-Luc, est un des exemples de fonction de liaison existant dans le contexte bruxellois depuis plus de 20 ans. Ce service accompagne, lors de leur retour à domicile, des patients fragilisés par leur âge, par l'isolement, par une problématique sociale, des troubles cognitifs et/ou de santé mentale. Cette équipe peut être considérée comme une fonction de liaison entre le secteur de la première et de la deuxième ligne de soins. En effet, son intervention se fait en complémentarité des services de première ligne et pour un temps limité jusqu'à stabilisation de la situation du patient (Beudelot, 2013). D'autres équipes existent dans le même esprit comme les équipes de soins palliatifs pédiatriques telles que *l'Equipe Interface Pédiatrique* des Cliniques universitaires Saint-Luc et *Globul'home* de l'Hôpital Universitaire Reine Fabiola pour ne citer qu'elles. Il existe également des *équipes de liaison externe gériatriques* dont le but est d'optimiser la sortie de l'hôpital en favorisant la collaboration des différents intervenants intra et extrahospitaliers et éviter les hospitalisations inutiles. Dans le secteur de la santé mentale, les *réseaux 107* et les *équipes mobiles de crises* permettent d'avoir un relais dans la crise psychiatrique (Devlésaver, 2015).

Coordinations de soins

A Bruxelles, il existe 5 coordinations de soins, agréées par la Commission Communautaire Française (COCOF), ayant chacune plus de 30 ans d'existence. Ces coordinations assurent un suivi psychosocial et occupationnel de la personne jusqu'à la stabilisation de la situation. D'après le décret relatif à l'offre de services ambulatoires, les centres de coordination de soins et de services à domicile « *organisent, à la demande du bénéficiaire ou de son représentant et en collaboration avec son médecin traitant, l'ensemble des soins et des services nécessaires à son maintien à domicile* » (Commission Communautaire Française, 2009). Elles établissent également un plan de soutien dont elle assure l'évaluation régulière et la coordination. Lorsque les personnes sortent de l'hôpital, parfois sans planification préalable, les équipes sur le terrain n'ont pas toujours la possibilité d'accueillir le patient et d'assurer la continuité des soins dans les 24 heures qui suivent la sortie et ce d'autant plus que les personnes sont parfois hospitalisées dans des institutions de soins loin de leur quartier d'origine. L'avantage de ces structures de coordination est la connaissance qu'elles ont du réseau bruxellois en travaillant sur les 19 communes, ce qui n'est pas toujours le cas de la structure hospitalière. Une de leurs prérogatives est de mettre en place, au domicile du patient, un réseau d'intervenants et de services qui vont permettre un retour plus serein dans son milieu de vie. Par ailleurs, pour le patient, il est très important que son équipe de quartier et ses professionnels de référence puissent s'appuyer sur cette fonction de coordination, notamment pour assurer la coordination du dossier hospitalier et extrahospitalier et l'aider à trouver le bon interlocuteur au sein de l'hôpital qui le suit, surtout dans les situations de multimorbidité.

S'il existe donc déjà des organismes en charge de cette fonction de liaison, il semblerait que ces services manquent de visibilité et sont associés - à tort- à des publics spécifiques comme les personnes âgées, ou à des entreprises de placement de services. Il convient donc d'être prudent avant de s'engager dans le développement d'une nouvelle fonction pour éviter d'ajouter de la fragmentation à la situation actuelle.

Que ce soit pour les patients ou les professionnels, la position centrale de la coordination revient au médecin généraliste. Néanmoins, comme le souligne le *Livre Blanc* de Be.Hive, il existe, depuis plusieurs années, une tendance poussant les futurs médecins à l'hyper spécialisation au détriment de la médecine générale (Be.Hive, 2020). Ceci contribue, entre autres facteurs, à une pénurie de praticiens sur le terrain : « *On estime à 30% le nombre de Bruxellois qui n'ont pas de médecin généraliste* » (Médecins du Monde, 2020). Il serait donc pertinent que les personnes en charge de la fonction de liaison veillent à ce qu'il y ait un professionnel de référence, pouvant assurer le relais dans le milieu de vie du patient, une fois leur intervention de liaison finie.

Conclusion

Tout au long du développement de cette piste, la phrase « *ne pas réinventer la roue, renforcer l'existant* » a été comme un mantra cité à de multiples reprises. Or, comme déjà souligné, la fonction de liaison est déjà bien présente sous de multiples formes dans le réseau de soins bruxellois. Il faut donc envisager une meilleure visibilité de cette offre et faire émerger les leviers qui permettront de les activer de manière efficiente, à travers une meilleure interconnaissance des professionnels et des structures existantes, au-delà des clivages de réseaux et de piliers.

Pour certains acteurs, cette liaison devrait être assurée au départ de la première ligne de soins dans son contexte actuel de redéploiement. La fonction de liaison, au départ de la première ligne, contextualisée avec une approche territoriale, permet d'intégrer la connaissance transversale du réseau bruxellois et la connaissance du réseau du patient dans son milieu de vie. Pour d'autres, la fonction de liaison devrait faire partie des missions de l'hôpital, en amenant celui-ci à sortir de ses murs. C'est, notamment, ce qui ressort de l'objectif 3 « *Repositionner l'hôpital dans le paysage des soins* » du Plan Santé bruxellois. Cet objectif stipule, sans équivoques que l'hôpital est appelé à passer la main aux professionnels de la première ligne, mais sans se retirer de la démarche de suivi et en assurant le lien avec la première ligne de façon homogène et structurée (Commission Communautaire Commune, 2020).

Outre la difficulté de situer la fonction de liaison en première ligne ou en deuxième ligne, il existe une difficulté d'assurer une continuité de l'information d'une ligne à l'autre. Certes, il existe un panel d'outils de communication comme le dossier médical global pour veiller à la transmission de l'information entre prestataires et secteurs mais cette information est encore actuellement transmise de façon hétérogène. Tous les professionnels de terrain n'en sont pas équipés ou n'y ont pas accès. Il existe également des différences de logiciels entre hôpitaux, ce qui rend les itinéraires cliniques et l'opérationnalisation de la première ligne plus compliqués. De plus, le patient est encore peu invité à y mettre des informations qui permettraient de personnaliser ses soins. Pour le moment, injecter des informations sur les préférences et les besoins du patient dépend du prestataire et de sa disponibilité. La fonction de liaison devrait permettre d'améliorer la personnalisation de soins, en ayant un contact privilégié avec le patient, pour y mettre ces informations tout en assurant la transmission de celles-ci entre les soignants de la première ligne, dont le médecin généraliste, et les soignants hospitaliers, dont les médecins spécialistes. C'est notamment ce qui est proposé dans le projet *BOOST* où deux fonctions de liaison complémentaires sont développées : le référent de proximité et le référent hospitalier (voir supra).

Bibliographie

- Amar, M., Thirion, G., & Vignes, M. (2019). Référent de proximité. *Santé Conjugée*, 89, 29–30.
- Be.Hive. (2020). *Un livre blanc de la première ligne francophone*. http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf
- Beudelot, M.-C. (2013). Infirmière de liaison, un pont entre 2 mondes. *Santé Conjugée*, 64, 35–38.
- Beaulieu, M. D. (2013). Première et deuxième lignes de soins: Abolir les frontières pour nos patients souffrant de maladies chroniques. *Canadian Family Physician*, 59, 221.
- Belche, J.-L., Berrewaerts, M. A., Ketterer, F., Henrard, G., Vanmeerbeek, M., & Giet, D. (2015). De la maladie chronique à la multimorbidité : Quel impact sur l'organisation des soins de santé? *Presse Medicale*, 44(11), 1146–1154. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.05.016>
- Belche, J.-L., Buret, L., & Duchesnes, C. (2019). Aux noms de la coordination de soins. *Santé Conjugée*, 89, 16–19.
- BOOST. (2017). *Le projet BOOST*. <https://www.boostbrussels.be/a-propos/>
- Brusano. (2019). *Plan d'action 2019*.
- Brusano. (2021). *Soutien à domicile pour les personnes de +60 ans : devenez case manager*. <https://brusano.brussels/2021/01/13/soutien-a-domicile-pour-les-personnes-de-60-ans-devenez-case-manager/>
- COCOF. (2009). *Décret relatif à l'offre de services ambulatoire dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé*. https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2011/decret_ambulatoire.pdf
- Commission Communautaire Commune. (2018). *Plan Santé Bruxellois*. https://didiergosuin.brussels/sites/default/files/communiqués-de-presse/20180712_dossierdepresse_plan_sante_bruxellois.pdf
- Commission Communautaire Commune. (2020). *Plan Santé Bruxellois - Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/plan_sante_bruxellois_def_fr.pdf
- Coulter, A., Entwisle, V., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>.
- De Ridder, R. (2020). *Au chevet de nos soins de santé. Comment les améliorer sensiblement?* Editions Mardaga.
- Devlésaver, S., & CBCS asbl. (2015). *Réseaux 107 et équipes mobiles de crise : quel travail pour quelle vision de la santé?* <https://www.cbcs.be/Reseaux-107-et-equipes-mobiles-de>
- Lambert, L., & Macq, J. (2015). *Coordination méso des soins de santé à Bruxelles : diagnostic de la situation et scénarios de futur. Étude réalisée pour l'Observatoire de la Santé et du Social et la Cocom de Bruxelles-Capitale*.

- Lemaire, C., & Ykman, O. (2006). *L'infirmier coordinateur de soins : un maillon devenu incontournable*. <https://studylibr.com/doc/4341242/l-infirmier-coordinateur-de-soins---un-maillon-devenu-inc...>
- Maddalena, F. (2013). Le rôle spécifique de l'infirmier coordinateur de soins en oncologie dans le dispositif d'annonce de maladie cancéreuse. *Bulletin Infirmier Du Cancer*, 13(3), 86–90.
- Médecins du monde. (2020). *Centres de santé intégrés*. <https://medecinsdumonde.be/projets/centres-de-sante-integres#Lasituation>
- Paulus, D., Van den Heede, K., Mertens, R., & Allen, F. (2012). *Position paper : Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique - Rapport 190B*.
- Rea, H., McAuley, S., Stewart, A., Lamont, C., Roseman, P., & Didsbury, P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal Medicine Journal*, 34(11), 608–614. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2004.00672.x>
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, Suppl 1.*, 132–147. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Smith, S. M., Bury, G., O'Leary, M., Shannon, W., Tynan, A., Staines, A., & Thompson, C. (2004). The North Dublin randomized controlled trial of structural diabetes shared care. *Family Practice*, 21(1), 39–45. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh109>
- Smith, Susan M., Allwright, S., & O'Dowd, T. (2008). Does Sharing Care Across the Primary-Specialty Interface Improve Outcomes in Chronic Disease? A Systematic Review. *American Journal of Management Cares*, 14(4), 213–224. <https://doi.org/10.3828/rs.2017.5>
- SPF Santé Publique. (2015). *Plan conjoint en faveur des maladies chroniques - Des soins intégrés pour une meilleure santé*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_cim_plan_soins_integres_malades_chroniques.pdf
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2018). *Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques* (Sciensano).
- Vanmechelen, O., & Vermeulen, S. (2019). *Aide et soins de proximité*.
- Wetz, E., Moriau, J., & Willaert, A. (2020). *INTER FÉDÉRATION AMBULATOIRE - Note de vision Organisation de l'aide et des soins de première bruxelloise*.
- Young, J., Egan, T., Jaye, C., Williamson, M., Askerud, A., Radue, P., & Penese, M. (2017). Shared care requires a shared vision: communities of clinical practice in a primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 26(17–18), 2689–2702. <https://doi.org/10.1111/jocn.13762>