

Le niveau meso des soins ambulatoires en Belgique : une approche qualitative descriptive

Léa Pellerin

▶ **To cite this version:**

Léa Pellerin. Le niveau meso des soins ambulatoires en Belgique : une approche qualitative descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02890166

HAL Id: dumas-02890166

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02890166

Submitted on 6 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019 N° 101

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Le niveau meso des soins ambulatoires en Belgique : une approche qualitative descriptive

Présentée et soutenue publiquement

le 25 juin 2019

Par

Léa PELLERIN

Née le 28 juin 1988 à Bordeaux (33)

Dirigée par MM. Les Docteurs Hector Falcoff, MG

et Yann Bourgueil, Médecin de Santé publique

Jury :

M. Le Professeur Pierre Lombrail, PU-PH ..... Président

M. Le Professeur Alain Mercier, PU-PA

M. Le Docteur Jean-Laurent Thebault, MCA

CC BY NC ND

USPC Université Sorbonne Paris Cité

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pierre Lombrail
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Au Professeur Alain Mercier
Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Au Docteur Jean-Laurent Thebault
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Docteur Hector Falcoff
Merci de m'avoir permis de réaliser cette thèse et de l'avoir dirigée. Merci de m'avoir présentée aux membres du groupe EQuiP. Merci de m'avoir transmis l'envie de participer à la réflexion pour améliorer la qualité des soins.

Au Docteur Yann Bourgueil
Merci d'avoir éclairé ce travail sur l'organisation des services de santé et d'y avoir contribué en codirigeant le groupe de travail.

Au Professeur Laurent Rigal
Merci d'avoir participé à la formation du groupe de travail et d'avoir codirigé ce projet.

Aux Professeurs Jean-Luc Belche, Jan De Maeseneer, Jean Macq, Marco Shetgen, aux Docteurs Hubert Jamart et Piet Vanden Bussche
Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser un entretien et d'avoir partagé votre expertise. Chaque échange a été très instructif.

Au groupe EQuiP
Je vous remercie pour votre accueil chaleureux à Zagreb, votre bienveillance et votre engagement. Merci d'avoir enrichi ce projet de l'expérience de chacun de vos pays et d'avoir aidé à recruter les participants.

Aux thésardes du niveau meso Marie, Ivonne, Catherine, Sadaf et Eleonora
Merci de vous être embarquées dans ce projet européen !

Aux Docteurs Ségolène Boucly, Martin Duteurtre et Nathalie Rehbinder
Je vous remercie pour votre accompagnement et votre écoute lors de mes premiers pas en tant que médecin généraliste.

À l'équipe du Centre de Santé de Bagnolet
Je vous remercie pour votre confiance et particulièrement Philippe.

À ma précieuse famille
Je vous remercie pour votre douce et rassurante présence, de près ou de loin.

À mes chers amis
Je vous remercie pour votre joyeuse présence à Paris, Bordeaux, La Rochelle, Capbreton, Genève, Bruxelles, Toulouse, Chiang Mai ou ailleurs !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2
TABLE DES MATIÈRES 3
ACRONYMES 6
INTRODUCTION 8
1. Les nouveaux enjeux auxquels doivent répondre les systèmes de santé 8
1.1. Le vieillissement de la population 8
1.2. La multimorbidité liée aux maladies chroniques 8
1.3. La complexité et le coût des soins 8
1.4. Les inégalités de santé 9
2. Une restructuration centrée sur les soins primaires pour faire face aux enjeux 9
2.1. De l'idéologie d'Alma-Ata aux réformes des systèmes de santé vers les soins primaires 9
2.2. Les niveaux de soins selon Barbara Starfield : une approche fonctionnelle 10
2.3. Les interprétations de la notion de soins primaires 11
2.4. Les modèles d'organisation des soins primaires 12
3. Le concept de niveau meso : un moyen pour structurer l'offre de soins 13
3.1. Le niveau de l'organisation des soins et de la communauté 13
3.2. Les applications en services de santé dans la littérature 14
3.3 Le concept de l'intégration des soins à différents niveaux 16
4. La création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé CPTS en France : une étape vers la structuration du niveau meso 18
4.1. Historique : le service public territorial de santé 18
4.2. Le cadre législatif initial 19
4.3 Les étapes de leur déploiement : le rapport de l'IGAS et le projet de loi « Ma santé 2022 » 20
4.4 La CPTS : une organisation de niveau meso 22
5. Interroger le système belge pour enrichir la réflexion autour du niveau meso en France 23
5.1. Une problématique européenne qui incite à interroger les pays voisins 23
5.2. La proximité du système de santé belge en fait un objet d'étude de choix 23
5.3. La réforme des zones de première ligne en Flandre 29
5.4 L'objectif de l'étude 30
MATÉRIEL ET MÉTHODE 31
1. Construction du projet 31
2. Les participants 32
3. Les entretiens 32
4. Le guide d'entretien 32
5. L'analyse 33
RÉSULTATS 34
1. Nombre d'entretiens, caractéristiques des informateurs 34
1.1. Diagramme des flux 34

1.2. Caractéristiques des informateurs 34
1.3. Distribution géographique des informateurs 36
2. Description des résultats par thème 36
2.1. Situation 1 : santé mentale et oncologie 37
2.2. Situation 2 : perte d'autonomie de la personne âgée 45
2.3. Situation 3 : diabète, éducation thérapeutique 52
2.4. Situation 4 : soins palliatifs à domicile 62
2.5. Thématique 5 : accès aux soins 67
2.6. Thématique 6 : permanence des soins 70
2.7. Thématique 7 : prévention (vaccination et suivi de l'enfant, dépistage des cancers) 75
2.8 Thématique 8 : La communauté des professionnels de soins primaires 79
DISCUSSION 86
1. Synthèse des résultats 86
1.1. Les principaux dispositifs identifiés 86
1.2. Un niveau meso en deux strates 87
1.3. Des strates qui révèlent une construction progressive d'un système historiquement non structuré par rapport aux soins primaires 88
1.4. La place des Cercles de médecins généralistes 88
1.5 L'expérience de la ville de Gand 88
2. Nos résultats sont-ils cohérents avec la littérature ? 89
2.1. Des structures de coordination pour la plupart déjà identifiées 89
2.2. Ce que notre étude a mis en évidence 90
3. Les dispositifs belges ont-ils des correspondants en France ? 91
4. Les biais et les limites de notre étude 92
4.1. Les participants ne sont pas représentatifs des médecins généralistes belges 92
4.2. La barrière de la langue a rendu plus difficile la recherche documentaire sur les organisations flamandes 93
4.3. Une recherche documentaire non exhaustive 93
4.4. Une proposition de relecture par les participants 93
CONCLUSION 94
BIBLIOGRAPHIE 95
ANNEXES 103
Annexe 1 : Guide d'entretien 103
Annexe 2 : Verbatims 105
1. Santé mentale et oncologie 105
1.1. Verbatims des organisations 105
1.2 Verbatims concernant le paysage organisationnel 108
2. Personne âgée, soins à domicile 109
2.1. Verbatims des organisations 109
2.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 112

3. Diabète, maladie chronique, éducation thérapeutique. 113
3.1. Verbatims des organisations 113
3.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 115
4. Les soins palliatifs à domicile 117
4.1. Verbatims des organisations 117
4.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 119
5. L'accès aux soins des plus démunis 120
5.1 Verbatims des organisations 120
5.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 121
6. La permanence des soins 122
6.1. Verbatims des organisations 122
6.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 125
7. La prévention : vaccination, suivi du nourrisson, dépistage des cancers 126
7.1. Verbatims des organisations 126
7.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel 128
8. La communauté des professionnels 129
8.1. Verbatims des organisations pour l'analyse des besoins 129
8.2. Verbatims pour la formation continue et l'amélioration de la qualité 131
8.3. Verbatims pour la mutualisation des ressources 132
8.4. Verbatims concernant le paysage organisationnel 133
Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs 135

ACRONYMES

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
AG : Assemblée Générale
ALD : Affection Longue Durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASBL : Association Sans But Lucratif
AViQ : Agence pour une Vie de Qualité

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CCR : Centre Communautaire de Référence
CCSAD : Centre de Coordination des Soins et de l'Aide à Domicile
CHR : Centre Hospitalier Régional
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CM : Concertation Multidisciplinaire
CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire
COM : Concertation Oncologique Multidisciplinaire
COPC : Community Oriented Primary Care
CP : Crédit Point
CPAS : Centre Public d'Action Sociale
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CTS : Contrat Territorial de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMG : Dossier Médical Global
DMP : Dossier Médical Partagé

EBM : Evidence Based Medicine
EQuiP : European Society for Quality and Safety in family Practice
ESP : Equipe de Soins Primaires
ETP : Equivalent Temps Plein

FC : Formation Continue
FémasIF : Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Ile de France
FIR : Fond d'Intervention Régional
FMM : Fédération des Maisons Médicales

GLAMO : Groupement Liégeois des Associations et des Groupements Omnipraticiens
GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale, LOK en flamand
GP : General Practitioner

HIS : Health Interview Survey

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMT : Institut de Médecine Tropicale
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MG : Médecin Généraliste
ML : Medicare Local
MM : Maison Médicale
MS : Médecin Spécialiste
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NHS : National Health Service

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance
ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCP : Primary Care Partnership
PHCRIS : Primary Health Care Research and Information Service
PHAMEU : Primary Health Care Activity Monitor for Europe
PIB : Produit Intérieur Brut
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RMIC : Rainbow Model of Integrated Care
RML : Réseau Multidisciplinaire Local

SISD : Service Intégré de Soins à Domicile
SM : Santé mentale
SP : Soins Palliatifs
SPF : Service Public Fédéral
SPTS : service Public Territorial de Santé
SRS : Schéma Régional de Santé
SSM : Service de Santé Mentale
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
SUMEHR : Summarized Electronic Health Record
SYLOS : SYstème Local de Santé

TS : Trajet de Soins

UE : Union européenne
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

1. Les nouveaux enjeux auxquels doivent répondre les systèmes de santé

Les défis actuels des systèmes de santé comprennent le vieillissement de la population, les inégalités en matière de santé, les besoins de plus en plus complexes, les dépenses de santé croissantes, les changements technologiques et le manque de ressources humaines.

1.1. Le vieillissement de la population

Au 1er janvier 2017, la population de l'UE-28 était estimée à 511,5 millions de personnes. Les jeunes (0 à 14 ans) constituaient 15,6 % de la population de l'UE-28, tandis que les personnes considérées en âge de travailler (15 à 64 ans) représentaient 64,9 % de la population et les personnes âgées (65 ans et plus) 19,4 % (une augmentation de 0,2 point de pourcentage par rapport à l'année précédente et une augmentation de 2,4 points de pourcentage par rapport à 10 ans plus tôt) (1).

Au 1er janvier 2018, la France comptait 67 187 millions d'habitants. Le vieillissement de la population française se poursuit. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 19,6 % de la population contre 19,2 % un an auparavant et 18,8 % deux ans auparavant (2).

Selon les projections de la population de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070. En 2070 la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. Elle pourrait également compter 270 000 centenaires (2).

Fin 2015, les départements ont octroyé 1,4 million de mesures d'aides sociales aux personnes âgées de 60 ans ou plus l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en représente neuf dixième. Cette allocation représente un montant total de 5,6 milliards d'euros (3).

1.2. La multimorbidité liée aux maladies chroniques

Avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine, on assiste à un phénomène de multimorbidité qui correspond à la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez une même personne. Suivant les études, la liste des maladies concernées et leur nombre minimum (souvent 2 ou 3) varient pour définir le terme de multimorbidité.

Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, à partir des remboursements de médicaments traceurs de 22 problèmes de santé chroniques, on peut estimer la prévalence de la multimorbidité (≥ 3 problèmes de santé) en France à environ 70 %. Un faible niveau socio-économique pourrait aussi accroître le risque de multimorbidité (4).

Ce constat nécessite des adaptations des systèmes de santé qui jusqu'à présent étaient organisés pour répondre à des problèmes aigus de santé. Le rapport de 2002 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les maladies chroniques fait état de ce besoin de réorganisation. Les systèmes de soins de santé n'ont pas suivi le déclin des problèmes de santé aigus et l'augmentation du nombre de maladies chroniques (5).

1.3. La complexité et le coût des soins

Si les services de santé destinés à la prise en charge des maladies chroniques ont évolué, il en va de même de leur complexité (6).

Le défi posé aux pouvoirs publics par les dépenses de santé n'a jamais été aussi important. Dans bon nombre de pays, la part des budgets publics consacrée à la santé a atteint des proportions jamais égalées, et les coûts des soins de santé ont progressé plus rapidement que le Produit Intérieur Brut (PIB). Or, pour au moins une partie de ces pays, les données mettent en évidence un manque de corrélation entre les dépenses de santé et les résultats sanitaires (7).

L'utilisation efficace des ressources du secteur de la santé peut aider à « maîtriser » la croissance des coûts.

1.4. Les inégalités de santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie (8). Nous savons que ces déterminants sociaux induisent des inégalités du point de vue de l'état de santé des individus. Plus la position sociale d'une personne est basse, moins bonne est sa santé. Par ailleurs la loi définie par Julian Tudor Hart en 1971 « the inverse care law » définit la relation inverse entre la disponibilité des soins de bonne qualité et le besoin des populations. Il s'agit alors de pouvoir organiser une offre de soins proportionnelle aux besoins, c'est le principe de l'équité des soins.

Le rapport « Santé 2020 » de l'OMS Europe établit un cadre politique européen à l'appui des actions gouvernementales et sociétales en faveur de la santé et du bien-être. Dans la Région européenne de l'OMS, l'écart entre l'espérance de vie la plus courte et la plus longue à la naissance est de 16 ans, avec des différences entre les hommes et les femmes à cet égard. Les taux de mortalité maternelle sont, dans certains pays de la Région, jusqu'à 43 fois supérieurs à ceux d'autres pays. Ces inégalités de santé s'expliquent aussi par certains comportements sanitaires qui témoignent du stress et des conditions de vie difficiles de certaines populations. C'est le cas pour le tabagisme, la consommation d'alcool ou le manque d'activité physique. Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé peut efficacement aplanir un grand nombre d'inégalités (7). En parallèle, les systèmes de santé doivent tenir compte des inégalités sociales dans une approche équitable.

2. Une restructuration centrée sur les soins primaires pour faire face aux enjeux

Après avoir mis en évidence les nouveaux enjeux auxquels doivent faire face les systèmes de santé, nous allons décrire comment les soins primaires se sont progressivement révélés comme une piste de réflexion et de réorganisation majeure dans ce contexte.

2.1. De l'idéologie d'Alma-Ata aux réformes des systèmes de santé vers les soins primaires

La conférence de l'OMS en 1978 à Alma-Ata, capitale du Kazakhstan offre une vision large en définissant les soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social de l'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (9).

Cette définition donne le cadre général d'un système de santé où les soins primaires tiennent une place centrale. Les caractéristiques qui sont attribuées aux soins de santé primaires tels que la validité, l'accessibilité, la durabilité, le premier niveau de contact, la proximité sont intégrées dans une politique plus large à propos de la santé dans le monde. La déclaration de l'OMS prône l'action contre les inégalités de situation sanitaire entre les pays et en leur sein, pour la promotion et la protection de la santé des peuples, pour le principe d'égalité, pour la responsabilité des gouvernements envers la population pour assurer des prestations sanitaires et sociales adaptées, pour l'allocation des ressources dédiées à l'armement pour le développement des conditions nécessaires à une situation de paix dont les soins de santé primaires font partie, la solidarité pour développer les soins de santé primaires. Ces grands principes ont pour vocation de guider les sociétés et les gouvernements dans l'élaboration des politiques nationales et internationales de santé.

Dans sa déclaration l'OMS énonce aussi les moyens minimums qui permettent de mettre en œuvre une politique selon les principes énumérés et dans le sens des soins de santé primaires : une éducation aux problèmes de santé, des méthodes de prévention et de lutte face à ces problèmes de santé, la promotion pour l'alimentation, des mesures pour avoir accès à l'eau potable, la protection maternelle et infantile, le traitement des maladies courantes et la fourniture des médicaments essentiels. Ces conditions nécessaires sont très larges et peuvent paraître assez éloignées des problématiques des pays européens, mais elles définissent un cadre commun qui a le mérite de constituer un point de départ pour tous.

Trente ans plus tard en 2008, l'OMS publie son rapport « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais » en faveur du mouvement des systèmes de santé vers les soins primaires avec des pistes pour l'avenir (10). Ce mouvement tel qu'il est décrit passe par quatre grands types de réformes nécessaires. Le but est de pouvoir répondre aux symptômes complexes et aux maladies chroniques auxquels font face les populations aujourd'hui. La réforme de la couverture universelle, la réforme des prestations de service, la réforme des politiques publiques et la réforme du leadership doivent permettre aux systèmes de santé de mettre en place progressivement une approche intégrée. La couverture universelle doit tendre vers une extension de la population couverte, une extension des prestations couvertes et une augmentation de la part prise en charge. Les services de santé doivent davantage se tourner vers les besoins des populations auxquels ils sont destinés. On parle de services et de soins centrés sur la personne et moins sur la maladie, d'autant plus dans le contexte actuel de la multimorbidité. Les valeurs et les compétences des patients et des soignants doivent être utilisées. Les politiques publiques doivent favoriser un cadre d'action en faveur de la santé, mais aussi des autres secteurs de la société pour faire face aux enjeux que nous avons déjà abordés. Enfin le rôle de l'état dans l'éducation à la santé et l'organisation des soins ne doit pas être laissé aux mains du secteur privé. L'état doit inclure les populations dans un processus où elles sont actrices des grandes décisions en santé pour leur pays.

Dans ce rapport les soins de santé primaires se traduisent par des réformes qui définissent un modèle d'organisation du système de soins, de la politique en passant par le financement et l'organisation jusqu'à la délivrance des soins, selon les principes de la déclaration d'Alma Ata.

2.2. Les niveaux de soins selon Barbara Starfield : une approche fonctionnelle

Dans ce chapitre nous allons étudier la notion de soins primaires et nous verrons comment elle a évolué par rapport au concept des soins de santé primaires d'Alma-Ata.

Barbara Starfield fait référence aux soins primaires pour décrire un niveau de soins. Les soins primaires sont définis par rapport aux soins secondaires et aux soins tertiaires. Les soins primaires regroupent quatre dimensions ou quatre fonctions qui sont : « first contact », « comprehensiveness », « continuity » et « coordination ». On peut les traduire en français par : premier contact, exhaustivité, continuité et coordination. Les soins secondaires sont dispensés par des médecins spécialistes, en support diagnostique ou thérapeutique à la prise en charge du médecin généraliste, pour des problèmes de santé relativement rares, de courtes durées. Les soins tertiaires font référence aux soins prodigués

pour des pathologies si rares que les médecins généralistes ne prennent pas en charge en fréquence suffisante pour conserver les compétences nécessaires pour le suivi. Le médecin spécialiste peut être amené à assumer à long terme la responsabilité de la plupart des soins du patient (11).

La dimension de « premier contact » fait référence à l'accessibilité c'est-à-dire l'assurance maladie, mais aussi l'utilisation réelle des services par la population lorsqu'un besoin est ressenti. La continuité fait référence au caractère longitudinal du processus de soins, il s'agit de soins centrés sur la personne à travers le temps. « L'exhaustivité » fait référence à la gamme de services que les prestataires de soins primaires doivent offrir de manière à répondre le plus largement possible aux besoins courants de la population. Enfin la « coordination » fait référence à un système d'information et à la capacité d'utiliser cette information à bon escient dans le processus de soin. Elle nécessite d'avoir un projet de santé partagé, avec une répartition des rôles et des tâches entre les acteurs. Les soins primaires de B.Starfield correspondent à un niveau de soins défini par des fonctions. Pour leur mise en œuvre, ces fonctions nécessitent des ressources spécifiques qui varient en fonction du contexte local.

Ainsi Alma-Ata définit « la fin », les grandes lois tandis que Barbara Starfield s'attache « aux moyens », modalités concrètes qui définissent les soins primaires. Les travaux de l'auteure ont été déterminants pour concrétiser les principes d'Alma Ata.

2.3. Les interprétations de la notion de soins primaires

La notion de soins primaires peut s'appliquer à l'orientation des systèmes de santé. Dans ce cadre-là, les comparaisons internationales suggèrent que certaines caractéristiques des systèmes de santé en particulier ceux qui sont orientés vers les soins primaires conduisent à de meilleurs résultats (11). En particulier l'équipe de la pédiatre américaine qui a mené une étude pour évaluer la contribution des soins primaires sur les résultats de santé dans 18 pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) entre 1970 et 1998. Les résultats montraient que la force du système de soins de santé primaires d'un pays était associée de manière négative avec la mortalité toutes causes confondues, la mortalité prématurée toutes causes confondues, et la mortalité prématurée de causes spécifiques dues à l'asthme et à la bronchite, à l'emphysème et à la pneumonie, aux maladies cardiovasculaires, et maladie cardiaque (12).

La notion de soins primaires peut aussi être entendue dans le sens d'une spécialité professionnelle. Dans le projet européen PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) d'observatoire européen des soins primaires, les auteurs ont cherché à définir et à mesurer des indicateurs de développement des soins primaires. Pour cela ils ont utilisé dix dimensions pour étudier le développement des soins primaires. Il y avait la gouvernance, les conditions économiques et le développement de la force de travail, l'accès aux soins, la continuité des soins, la globalité des soins et la coordination des soins, enfin la qualité, l'efficience et l'équité. Concernant la force de travail associée aux soins primaires, les auteurs écrivaient que cela combine plusieurs disciplines, mais que la médecine générale ou médecine de famille sont souvent considérées comme le noyau des soins primaires (13). Dans le sens de cette interprétation, il est intéressant de noter que les caractéristiques de la discipline médecine générale ou médecine de famille, définies par la WONCA (organisation mondiale des collèges de médecins généralistes) en 2002 comprennent les fonctions des soins primaires définies par B. Starfield. La médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux (14).

Nous pouvons alors observer le glissement de l'idéologie des soins de santé primaires vers plusieurs interprétations. On peut alors parler d'un système de santé orienté vers les soins primaires, mais aussi de l'ensemble des fonctions des soins primaires ou encore des professionnels de soins primaires. La structuration du système vers les soins primaires fait intervenir plusieurs dimensions et l'étude des différents systèmes a permis de définir trois modèles organisationnels.

2.4. Les modèles d'organisation des soins primaires

En 2009, l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) étudie les modèles organisationnels sous le prisme des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Dans cette classification le terme de « soins primaires » est utilisé dans le sens de première ligne de soins. Trois modèles sont définis, le modèle « normatif hiérarchisé », le modèle « professionnel hiérarchisé » et le modèle « professionnel non hiérarchisé » (15).

Selon les auteurs, le modèle « normatif hiérarchisé » (Espagne, Finlande et Suède) est caractérisé par la définition d'un projet global pour les soins primaires dans les textes de loi avec l'existence de centres de soins primaires et la définition d'un ratio d'offre en soins primaires dans une approche populationnelle et territoriale. Dans ce modèle on retrouve un système national de santé financé par l'impôt avec une adaptation du financement en fonction de la population et de ses caractéristiques. Les professionnels de santé travaillent dans des centres de santé pluriprofessionnels à statut public qui constituent la base des soins primaires et les infirmiers jouent un rôle majeur.

Le modèle « professionnel hiérarchisé » (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie) n'est pas caractérisé par une définition d'un projet global de soins primaires dans les textes de loi. Cependant le médecin généraliste a une fonction de filtre et de pivot dans le système et la médecine générale est définie par des missions qui lui sont propres. L'offre de soins est définie par le contenu des métiers, géré par les instances professionnelles et académiques. Il y a une approche populationnelle et hiérarchisée avec un projet explicite : fonction de gate-keeping ; fonction de prévention et de coordination ; responsabilité économique. Les médecins généralistes travaillent par l'intermédiaire de différentes formes de contractualisation et avec différents modes de rémunérations.

Enfin, le modèle « professionnel non hiérarchisé » (Allemagne, Canada) est basé sur un système de santé assurantiel, sans projet global explicite avec une absence d'organisation populationnelle et territoriale. Le système de financement est à la fois collectif et complété par une offre de soins privée. Les médecins spécialistes exercent leur activité en dehors de l'hôpital. Les médecins généralistes ont des pratiques solos dominantes avec un paiement majoritairement à l'acte. Les centres de santé sont minoritaires et destinés aux populations défavorisées.

Aujourd'hui les modèles ont évolué, mais cette classification permet d'avoir une vision globale de l'organisation des soins primaires en fonction des systèmes de santé des pays. Selon les auteurs cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles (14). Le système français actuel a été forgé par plusieurs réformes en faveur des soins primaires. La réforme du médecin traitant de 2004 incite tout patient à consulter en priorité son médecin traitant. Depuis 2008, la loi de financement de la sécurité sociale permet l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération en faveur de l'exercice regroupé. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 définit les soins de « premier recours » et annonce la constitution de « schémas régionaux de l'offre de soins ».

Nous avons vu que les systèmes orientés vers les soins primaires semblent les systèmes les plus adaptés pour offrir une meilleure santé à une majorité de la population, dans un souci d'équité et de coût pour la société (16). Le niveau des soins primaires se caractérise par les dimensions de premier contact, globalité, coordination et de continuité. Face à la complexité des systèmes qui n'ont pas toujours évolué dans ce sens des soins primaires et qui ont parfois donné une importance disproportionnée au rôle de l'hôpital ou qui n'ont pas mesuré l'importance des facteurs socioculturels dans l'apparition des maladies, face aux nouveaux défis des maladies chroniques, l'OMS a encouragé les innovations pour favoriser l'intégration au sein des systèmes.

3. Le concept de niveau meso : un moyen pour structurer l'offre de soins

Il nous a semblé important de distinguer le concept de niveau meso par rapport aux applications concrètes de ce concept. La bibliographie concernant le niveau meso des soins est plus développée en ce qui concerne les applications. Ainsi nous présenterons dans ce chapitre le concept du niveau meso selon l'OMS et certaines applications que nous avons trouvées dans la littérature.

Pour mémoire, un concept est une idée générale, une représentation abstraite d'un objet ou d'un ensemble d'objets ayant des caractères communs.

3.1. Le niveau de l'organisation des soins et de la communauté

Comme nous le présente le rapport de l'OMS de 2002 « Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs », il existe un besoin de modifier les systèmes de santé orientés sur les problèmes aigus vers les soins en faveur des maladies chroniques. Cela nécessite une certaine intégration des services pour aboutir à un meilleur état de santé et à une meilleure expérience du système par le patient (5).

Selon le rapport, une stratégie pour organiser les réflexions concernant les systèmes de santé c'est de diviser ce réseau complexe en différents niveaux. Les niveaux micro, meso et macro donnent un cadre. Le niveau micro fait référence au niveau de l'interaction avec le patient. Le niveau meso fait référence au niveau de la communauté et de l'organisation des soins de santé et le niveau macro fait référence au niveau de la politique des soins de santé. Chaque niveau interagit et influence de manière dynamique les deux autres (5).



Figure 1 : Les niveaux micro, meso et macro d'un système de santé[1]

Il existe ainsi trois niveaux d'actions pour changer les systèmes de santé en faveur des maladies chroniques. L'OMS décrit les « building blocks » ou « unités élémentaires » pour opérer le changement à chacun des trois niveaux et définit ainsi un cadre conceptuel pour guider les états. L'intégration doit se faire entre les niveaux micro, meso et macro, mais aussi entre les soins primaires, les soins spécialisés et les soins hospitaliers, mais aussi entre les différentes maladies chroniques.

Le niveau de l'organisation des soins de santé ou « niveau meso », représente le niveau de la coordination de l'offre de services et de l'évaluation de leur qualité. Ce niveau a la responsabilité d'unir le personnel de santé, de lui fournir l'expertise et les outils nécessaires pour jouer son rôle dans la gestion des patients souffrant de problèmes chroniques, et d'établir un lien avec les ressources de la communauté (5).

Dans ce cadre-là, le niveau méso fait référence à l'organisation des soins en rapport avec la communauté dans laquelle ils sont fournis. Il s'agit de l'organisation au sens large, les acteurs du

[1] OMS, Global report 2002, Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action.

niveau meso ne sont pas définis clairement contrairement aux fonctions qui lui sont attribuées. Cependant le rapport mentionne les « health care organizations » de niveau meso comme des acteurs importants dans l'évolution de la hiérarchie des soins dans le sens de la santé et du bien-être de la communauté par l'intermédiaire de l'intégration des soins.

Les « building blocks » qui font référence à l'organisation des soins au niveau meso sont les suivants :
- Promouvoir la continuité et la coordination
- Garantir la qualité grâce à des mesures d'incitation
- Organiser et équiper les équipes de soins de santé
- Soutenir l'autoprise en charge et la prévention
- Se servir des systèmes d'information.

Ceux qui font référence à la communauté :
- Sensibiliser et réduire la stigmatisation
- Encourager de meilleurs résultats à travers les structures de support et les personnes influentes
- Mobiliser et coordonner les ressources
- Fournir des services complémentaires.

L'OMS décrit des programmes innovants pour la prise en charge des maladies chroniques, dans différents pays en mentionnant les « building blocks » auxquels ils font référence. Parmi eux il y a les « Local Health Care Cooperatives » Écossaises : organisations locales d'intégration qui réunissent les services de soins primaires et les services communautaires. La participation des médecins généralistes à ces organisations se fait sur la base du volontariat, mais selon le rapport, après deux ans d'existence, la grande majorité des cabinets médicaux est impliquée. Ces organisations sont gérées par un conseil d'administration où sont représentés les différents professionnels de santé ou de la communauté et couvrent une population de 10 000 à 172 000 habitants. En 2002 elles étaient considérées comme jouant un rôle important dans l'évolution de la hiérarchie des soins en faveur de la santé et du bien-être de la communauté locale grâce à l'intégration des soins (5).

Ce type de programme constitue une application du concept de niveau meso. Dans le paragraphe suivant, nous allons présenter d'autres applications fortes du concept.

3.2. Les applications en services de santé dans la littérature

3.2.1. Les Community Oriented Primary Care

L'importance qui est donnée à la communauté dans le concept de niveau meso de l'OMS est une caractéristique que l'on retrouve dans les « Community Oriented Primary Care », COPC. Dans ce modèle organisationnel, la communauté à laquelle sont fournis les soins est à la fois actrice et bénéficiaire. Le principe consiste à étudier les besoins spécifiques de la population locale et de mettre en place une organisation des soins en collaboration avec cette même population, afin d'y répondre. Le processus est souvent schématisé par un cercle avec plusieurs étapes. La finalité c'est d'avoir une communauté qui puisse améliorer ses soins de santé et son état de santé global. Dans ce modèle d'offre de soins, il y a une intégration entre les soins primaires et la santé publique.

Historiquement ce modèle a été implémenté en 1940 en Afrique du Sud par John Cassel, avec l'aide de Sydney et Emily Kark. Le centre Pholela est le plus connu et a été le site où les principes fondateurs du modèle ont été mis en œuvre : évaluation épidémiologique de la communauté définie démographiquement, priorisation des besoins, planification des interventions et évaluation (17). La recherche et le développement des COPC ont été approfondis à Jérusalem avec le centre communautaire d'Hadassah, en relation avec l'université, dans les années cinquante, lorsque différentes populations venues d'Europe et d'Afrique du Nord se sont retrouvées sur cette aire géographique. Cette zone a été divisée en différents groupes de maisons où des équipes de médecins et d'infirmiers étaient affectées. À partir de cette division et du processus en plusieurs étapes

correspondant au cycle des COPC, certains programmes ont été développés comme le « PROD Program, PROmote the development and the growth of infant » ou le « CHAD Program, Community syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes ». Depuis 1987, le département de recherche d'Hadassah a travaillé avec des professionnels en Catalogne pour la formation aux COPC puis en 1993 avec l'Angleterre et le King's Fund College à Londres ainsi que le NHS (National Health Service). Par la suite, c'est dans l'état de Washington DC que se développe la recherche en soins communautaires.

Ce modèle organisationnel illustre l'idée que les services de santé sont responsables de tous les membres et des différents sous-groupes de la communauté qui ont droit aux soins de santé, même s'ils ne les demandent pas (18). Certains auteurs y voient une solution pour faire face aux nouveaux défis de santé (19). Les COPC placent la promotion de la santé et la prévention au centre et la communauté est essentielle même si elle peut sembler plus abstraite dans un contexte urbain de plus en plus complexe où les parcours de soins se superposent (19).

3.2.2. Les organisations meso en Australie

Nous avons souhaité décrire brièvement le modèle organisationnel en Australie, car les références bibliographiques sont nombreuses et riches. Le terme meso est utilisé pour décrire certaines organisations spécifiques du système de santé australien. Le concept de niveau meso est appliqué à celui d'intégration. Nous allons développer cet autre concept très actuel dans la réflexion autour de la réorganisation des systèmes de santé vers les soins primaires dans le prochain chapitre.

Dans les années 90, la politique concernant le système de santé australien a mis en place les « Divisions of GP », les divisions de médecins généralistes, organisations locales de niveau meso des soins primaires pour lutter contre l'isolement, la fragmentation et donner une voix collective aux médecins généralistes (20). Les auteurs ont décrit comment ces organisations avaient aidé le système des soins primaires australien en soutenant le lancement d'initiatives avec l'accent mis sur l'amélioration de la qualité, le développement d'équipes multidisciplinaires en médecine générale, l'intégration régionale, l'adoption des technologies de l'information et l'amélioration de l'accès aux soins (20). Avec les gouvernements successifs, ces organisations de niveau meso ont évoluées et se sont développées. En 2010, la réforme des soins primaires a mis en place les « Medicare Locals » (ML) à partir des « GP divisions » existantes. Comme le rappellent certains auteurs, les 61 ML établis visaient à mettre davantage l'accent sur la santé de la population et la planification dans le but primordial de permettre un meilleur accès aux services, une meilleure responsabilisation locale, une plus grande réactivité aux communautés et fournir une base financière plus solide pour le système de santé dans le futur (21). D'après une étude nationale les concernant, les auteurs ont conclu que ces organisations avaient permis de franchir des étapes positives en matière de planification basée sur la population et de participation des parties prenantes. Cependant elles ont eu peu d'occasions d'établir leur rôle pour renforcer les soins primaires et améliorer l'intégration dans l'ensemble du système probablement en partie, car en 2013, elles ont été remplacées par les « Primary Health Networks ».

Dans l'état du Victoria existent les « Primary Care Partnership » (PCP) : réseau d'organisations locales de services de santé et de services sociaux travaillant ensemble pour améliorer le système de santé et la santé des communautés victoriennes. La stratégie de partenariat rassemble les fournisseurs des services de santé et des services sociaux locaux, par des alliances volontaires pour améliorer l'accès aux services et assurer la continuité des soins. Les 28 PCP du Victoria regroupent environ 600 organisations, dont des hôpitaux, des services de santé communautaires, des réseaux de santé primaires, des administrations locales, des services de santé mentale, des services de traitement de la toxicomanie et des services d'invalidité (22).

Le service d'information et de recherche australien en soins primaires (PHCRIS) a produit cinq rapports qui traitent des différents aspects de l'intégration des soins primaires à chacun des trois niveaux. Les trois niveaux sont (23) :

- Le niveau macro (système) : gouvernements et agences responsables des politiques nationales ou régionales, des stratégies de financements et de la validation des infrastructures.
- Le niveau meso (organisationnel) : agences situées entre le niveau macro et le niveau micro, qui agissent le plus souvent à un niveau régional et qui peuvent agir comme des agences de « commissioning », de liaison, de mise en place de services dans le secteur des soins primaires local ou régional.
- Le niveau micro (cabinets) : agences et individus qui fournissent directement des soins primaires aux patients comme les médecins généralistes, les services communautaires de santé, les infirmières libérales ou les professionnels paramédicaux.

Dans ce cadre-là, les niveaux sont représentés par les différents acteurs qui ont un rôle d'intégration à différentes échelles du système de santé. Le niveau meso est défini par les organisations de niveau meso. Les principaux modèles d'intégration de niveau meso qui sont alors cités par les auteurs sont les « Primary Care Partnerships » dans l'état du Victoria, les « Clinical Commissioning Groups » en Angleterre, les « Accountable Care Oraganizations » aux États-Unis ou les « Local Health Integration Networks » en Ontario au Canada, dans les systèmes de santé similaires. Il s'agit de structures parfaitement identifiables qui ne négocient pas directement avec les patients, mais avec les autres agences de terrain qui sont en contact avec la population.

Il s'agit ici d'une application du concept meso en faveur de l'intégration des soins par l'action d'organisations spécifiques ou meso-organisations dont l'objectif est de rassembler par différents moyens les intervenants sociaux ou de santé dans la prise en charge des personnes de la communauté.

3.3.3. Les groupes cibles meso aux États unis

Dans certaines références, toujours en rapport avec le concept de l'intégration en santé, le cadre « macro, meso, micro » fait référence à la population cible des programmes qui sont mis en place. Le niveau macro est celui où les prestataires cherchent à fournir des soins intégrés aux populations qu'ils desservent. C'est le cas du modèle de « Kaiser Permanente » en Californie, modèle de soins intégrés pour les maladies chroniques qui classe les patients en trois catégories en fonction de la complexité de leur prise en charge et adapte leur accompagnement en conséquence. Le niveau meso est celui où les prestataires (associés aux commanditaires ou non) cherchent à fournir des soins à des groupes particuliers de patients avec la même maladie ou les mêmes conditions comme les personnes âgées ou les personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques grâce au remodelage des parcours de soins. Le niveau micro est celui où les prestataires cherchent à fournir des soins intégrés pour les utilisateurs individuels des services et leurs aidants grâce à la coordination de soins, la planification des soins (24).

Dans cette application du concept, les niveaux représentent les destinataires des soins, les groupes de patients.

3.3 Le concept de l'intégration des soins à différents niveaux

Selon A-P. Contandriopoulos, les gouvernements n'ont pas d'autres choix pour continuer à offrir des services de santé de qualité de façon équitable que de s'engager dans des opérations importantes de restructuration du système de soins. Ces opérations visent d'une façon très générale à inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficience du système de soins. C'est l'ensemble de ces opérations que cherche à appréhender le concept d'intégration (25).

Selon le rapport de l'OMS « Santé 2020 », il faut mettre en place une nouvelle culture de travail qui favorise les nouveaux modes de coopération entre les professionnels de la santé publique et des soins de santé, entre ceux des services sanitaires et sociaux, ainsi qu'entre le secteur de la santé et les autres secteurs (7).

Pour définir le concept d'intégration, nous avons repris les éléments de réflexion exposés par J-L. Belche dans sa thèse « Intégration entre lignes de soins, d'un patient à une population » (26). Intégrer quelque chose c'est incorporer un élément dans un ensemble qui en fait un nouvel ensemble cohérent, avec un objet final qui lui est propre. Le concept d'intégration a été initialement utilisé dans le domaine des entreprises. En sociologie des organisations, il existe une théorie selon laquelle pour faire face à la complexité, il doit y avoir une balance entre la différenciation et l'intégration. Si cette balance n'existe pas, il y a un risque d'observer un phénomène de fragmentation. Ces notions peuvent s'appliquer au domaine des services de santé.

Les systèmes de santé actuels sont qualifiés par l'auteur comme à la fois complexes, fragmentés et fortement différenciés ce qui explique l'essor du concept d'intégration dans les réflexions concernant la réorganisation. Pour définir le concept dans le contexte du système de santé, si l'on reprend le travail de J-L. Belche, on peut s'appuyer sur plusieurs auteurs. Selon lui, dans la définition de W. Leutz, la finalité de l'intégration est mise en avant. L'intégration permet de connecter le secteur de la santé avec les autres secteurs de la société dans l'objectif d'améliorer les données cliniques, de satisfaction et d'efficience du système. Selon lui encore, dans la définition de DL. Kodner, c'est le processus intégratif qui est mis en avant c'est-à-dire les méthodes rassemblant les aspects financier, administratif, organisationnel, de prestation de services et clinique pour créer une connectivité, un alignement et une collaboration dans et entre les secteurs de traitement et de soin. La finalité d'améliorer la qualité, la satisfaction et l'efficience compte autant que les destinataires du processus : les patients avec des maladies chroniques complexes.

D'autres théoriciens ont modélisé le concept d'intégration, faisant intervenir le niveau meso, en particulier les travaux de P. Valentijn avec le « Rainbow Model of Integrated care ».

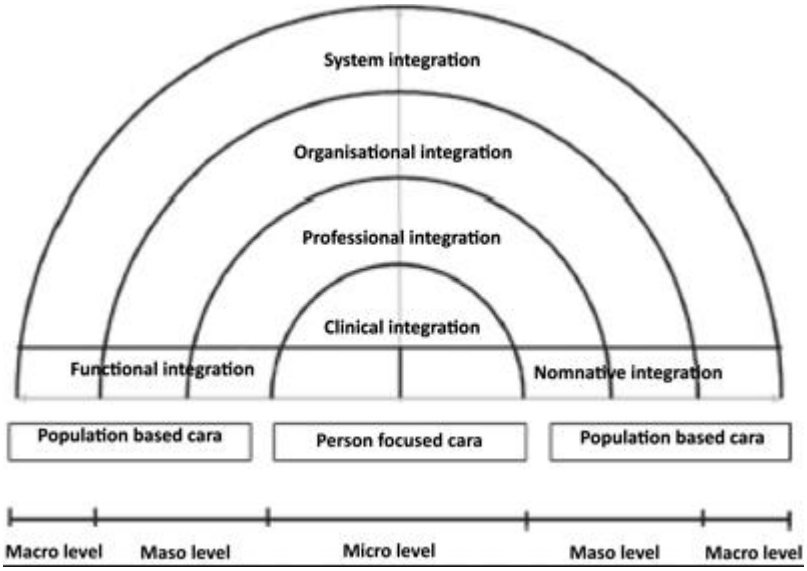


Figure 2 : cadre conceptuel pour des soins intégrés basés sur les fonctions d'intégration des soins primaires [2].

Dans ce modèle, l'intégration se développe selon quatre dimensions : l'intégration systémique, l'intégration organisationnelle, l'intégration professionnelle et l'intégration clinique. Les dimensions sont rattachées au niveau macro, meso ou micro.

[2] Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care, P. Valentijn.

Au niveau macro on parle d'intégration systémique : approche globale qui met les besoins de la population au cœur du système, par des mécanismes qui permettent la prestation d'un continuum de soins (27).

Au niveau meso il y a deux dimensions qui interviennent. La dimension organisationnelle c'est la mesure dans laquelle les services sont produits et fournis de manière liée. Elle peut se faire par le biais de structures de gouvernance hiérarchiques ou de structures de gouvernance basées sur le marché entre les organisations. L'alternative est le mécanisme de gouvernance « en réseau » c'est-à-dire avec une certaine volonté de collaboration entre les organisations. Ce mécanisme semble prévaloir dans le domaine des soins primaires. La dimension professionnelle fait référence aux partenariats entre les professionnels au sein des organisations et entre les organisations. Cette dimension découle de la définition des fonctions des soins primaires : les professionnels ont la responsabilité collective de fournir un continuum de soins selon les principes de Barbara Starfield. Les formes d'intégration qui apparaissent peuvent varier d'un réseau virtuellement intégré à une organisation totalement intégrée (27).

Au niveau micro, la dimension clinique de l'intégration représente la mesure dans laquelle les services de soins sont coordonnés au travers des frontières entre les professionnels, les institutions et les secteurs de soins pour un patient. En pratique cela nécessite des perspectives centrées sur la personne pour améliorer sa santé globale et non pas se concentrer sur une seule condition. Le patient coconstruit le processus de soins (27).

A chaque niveau, la dimension normative concerne un cadre commun de valeurs, de culture et d'objectifs partagés. La dimension fonctionnelle concerne les modalités de financement, du système d'information et de gestion de l'offre de soins.

Ainsi les nouveaux enjeux des systèmes de santé nécessitent une réorganisation centrée sur les soins primaires en favorisant l'intégration. Le niveau meso est le niveau des organisations destinées à mettre en lien, ou en réseau différents acteurs afin de répondre à des problématiques identifiées pour un groupe défini de la population. Elles se situent entre le niveau macro des politiques de santé et le niveau micro des professionnels de santé ou des prestataires de soins qui interagissent directement avec le patient. Elles constituent un support pour les professionnels du niveau micro.

4. La création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé CPTS en France : une étape vers la structuration du niveau meso

Les CPTS sont définies dans l'article 65 du titre 2 de la « Loi de Modernisation du Système de Santé » (LMSS) de 2016. Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés ou exerçants au sein d'une ou plusieurs équipes de soins primaires. Les CPTS concourent à l'amélioration de la prise en charge des patients, à l'amélioration de la visibilité de tous sur les parcours de santé et à la réalisation des objectifs du Plan Régional de Santé (28).

4.1. Historique : le service public territorial de santé

La formalisation des CPTS dans la loi découle de rapports préalables à l'écriture de la « Loi de Modernisation du Système de Santé ». Dans le rapport de B. Devictor, le service public territorial de santé complète le service public hospitalier. Il s'inscrit dans une approche populationnelle selon les principes de responsabilité collective, d'accessibilité universelle et de continuité. Les professionnels assument conjointement la responsabilité de la réponse aux besoins de santé. Les personnes d'un territoire donné doivent pouvoir recevoir les informations en santé et les soins qui répondent à leurs besoins. Des dispositions spécifiques doivent permettre une accessibilité financière ainsi qu'une offre suffisante de professionnels disponibles pour répondre aux besoins identifiés (29).

Avec le terme de service public, l'auteur sous-entend le fait qu'il existe une organisation contractuelle entre les prestataires de soins des différents secteurs (médical, médico-social et sanitaire) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de répondre à des objectifs spécifiques préalablement déterminés grâce à un diagnostic territorial de santé. Le contrat permet de définir les rôles, de définir les objectifs et de définir les engagements. Il y a une perspective d'évaluation des projets dans une démarche de qualité.

Dans le rapport, le rôle des acteurs est présenté comme une condition indispensable. Ainsi le territoire ne doit pas être préalablement fixé, mais plutôt défini par les professionnels qui le pratiquent. La dynamique « bottom-up » s'illustre ainsi dans le projet. L'ARS a un rôle de gouvernance stratégique et de pilotage opérationnel. La concertation avec les représentants des professionnels se fait au sein du « Conseil Territorial de Santé ».

Par le service public territorial de santé et le service public hospitalier, la politique de santé régule à la fois le système hospitalier et le système ambulatoire. Le système ambulatoire est en grande partie représenté par des professionnels libéraux exerçant dans des pratiques mono ou pluridisciplinaires. La volonté de régulation politique de cette partie du système a été mal reçue par des professionnels attachés à leur indépendance. Pour trouver une approche intermédiaire entre le SPTS et une absence de régulation de l'offre de soins ambulatoire, la proposition des CPTS a vu le jour. La participation à la CPTS se fait sur la base du volontariat, le cadre de leur création est suffisamment flou pour pouvoir ne pas être rejeté, mais en même temps peut risquer un manque de participation et donc d'efficience.

En 2016, la LMSS est votée, l'objectif de la CPTS est de formaliser un projet de santé en précisant le territoire d'action. Il est transmis à l'ARS qui conclut alors à un « contrat territorial de santé » avec la CPTS.

4.2. Le cadre législatif initial

L'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins du 2 décembre 2016 détaille les modalités de mise en œuvre des CPTS et précise le rôle des ARS dans cette démarche. Les CPTS sont l'initiative des professionnels de santé. Ces derniers s'engagent collectivement à une responsabilité populationnelle. « Les différents acteurs s'engagent à pouvoir prendre part à des actions ou à accueillir des patients sortant de leur exercice et de leur patientèle habituels ». La participation des professionnels n'est pas obligatoire même si la participation large garantit le succès de la dynamique d'organisation de l'offre de santé en réponse aux besoins (28). Les CPTS sont définies comme des « équipes-projet » où les acteurs (professionnels) et les territoires ne sont pas fixes, mais dépendent du projet. Ce critère fonctionnel illustre la volonté d'une structure qui s'adapte aux besoins, qui n'est pas figée, mais pose aussi la question de la pérennité de la structure et des fonctions de support.

Le « projet de santé » doit comporter un certain nombre d'éléments pour être validé par l'ARS : les besoins identifiés, les actions proposées, le territoire d'action, les engagements des professionnels, les modalités de travail pluriprofessionnel, le dispositif d'information sécurisé permettant le transfert des données et les modalités d'évaluation.

L'ARS accompagne les professionnels : accompagnement financier, mise à disposition d'éléments de diagnostic territorial, appui à la formalisation des projets, mise en relation avec d'autres acteurs… Si les professionnels ne proposent pas de projet de CPTS, les ARS peuvent en lien avec les représentants des Unions Régionales des professionnels de santé (URPS) et des centres de santé faire émerger des actions. La CPTS passe un contrat avec l'ARS : le « contrat territorial de santé ». Concernant le financement, le forfait « structure » de la convention médicale accompagne les médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles et comporte un indicateur valorisant l'exercice en « Equipe de Soins Primaires » ou en « CPTS ». Les autres sources qui sont proposées sont des crédits du Fond d'intervention Régional (FIR). Le temps dédié par les professionnels pour la création des Equipes de Soins Primaires (ESP) et CPTS peut être rémunéré par une enveloppe spécifique, d'autres crédits peuvent être attribués pour des thématiques particulières pour lesquelles les CPTS ont un projet à

proposer. Le suivi du développement des CPTS est effectué au niveau national et au niveau régional où des indicateurs sont déterminés avant la mise en place de chaque projet afin d'évaluer l'impact en rapport avec les objectifs définis.

4.3 Les étapes de leur déploiement : le rapport de l'IGAS et le projet de loi « Ma santé 2022 »

4.3.1 Août 2018 : le rapport de l'IGAS « Déploiement des CPTS »

Cette nouvelle forme organisationnelle des professionnels de santé selon le principe de responsabilité populationnelle est peu à peu investie en France. Un peu plus de deux ans après leur apparition dans la loi, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) établit un rapport en août 2018.

Depuis la création des CPTS par la loi en janvier 2016, le soutien public à leur émergence a été très modeste (30), autant d'un point de vue législatif au niveau national que d'un point de vue organisationnel au niveau des ARS. Le rapport souligne ainsi la force de l'implication des professionnels qui ont participé à la création des 200 projets recensés. Il décrit le contexte actuel en France et présente un bilan des projets de CPTS puis il propose une stratégie de déploiement des CPTS en trois volets.

Pour ce qui est du contexte en France, les enjeux du système de santé reposent sur les professionnels et la dynamique du virage ambulatoire. Le rapport rappelle qu'il faut reconsidérer la place de la prévention et de la promotion de la santé en médecine ambulatoire. Les auteurs soulignent l'absence d'organisation collective des soins en France, conséquence de la charte de la médecine libérale de 1927. La tendance internationale à la pratique collective en ville est favorisée par certaines mesures. Le paiement à la capitation ou à la performance, les conventions entre l'autorité locale de santé et les groupes de médecins, le changement de logique de prise en charge d'une patientèle vers celle d'une population, l'incitation au développement de la coopération médecin généraliste-infirmier et le développement de programmes de « disease management » sont les principales. En France moins de 10 % des médecins ont un exercice regroupé pluriprofessionnel et 8 % des paramédicaux (30), dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé. Il existe par ailleurs des structures d'appui à la coordination : les réseaux (2002), les CLIC (2000) (Centre Local d'Information et de Coordination), les MAIA (2008) (Méthode d'Action pour L'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie), mais l'ensemble est peu lisible pour les professionnels de terrain et les personnes et inefficace alors que des moyens substantiels leur sont attribués (30).

La mission de l'IGAS fait état d'un manque d'organisation globale et de soutien public à la création des CPTS. Les missions sont peu précises et la définition proche de celle des ESP et des Réseaux. L'articulation entre CPTS et « Plateforme Territoriale d'Appui » (PTA) est mal comprise (30). Selon les auteurs, ces différentes approximations ont conduit à des projets de CPTS assez différents les uns des autres. Plus de 200 ont été recensés par la mission en sachant qu'à la fin du mois de juin 2018, seulement une vingtaine avaient été définitivement validés par l'ARS. Les CPTS diffèrent selon la taille et la nature des territoires. Les projets ont été classés selon la typologie suivante :

- Les CPTS des territoires ruraux, définis par une population de moins de 30 000 habitants, avec moins de 100 professionnels de santé, dont les enjeux concernent le maintien de la première ligne de soins avec la gestion des soins non programmés et de la coordination, l'accès à des médecins spécialistes, le parcours des personnes âgées.
- Les CPTS des territoires semi-ruraux ou périurbains, définis par une population entre 30 000 et 80 000 habitants, comprenant entre 100 et 300 professionnels et dont les enjeux sont le lien ville-hôpital, le lien avec la deuxième ligne de soins, le maintien de l'offre de soins et la permanence et la continuité des soins.
- Les CPTS des territoires urbains, définis par une population de plus de 80 000 personnes et plus de 300 professionnels dont les enjeux sont de désengorger les urgences, l'accès aux soins

et la prévention des populations fragiles, la permanence et la continuité des soins et l'amélioration de la connaissance des ressources par les professionnels.

L'histoire des territoires détermine l'ambition des projets de CPTS (30). Les projets les plus ambitieux sont ceux où il existe déjà une forme de coordination antérieure.

Au niveau national il n'y a pas de dispositif innovant d'animation d'ensemble et d'évaluation du déploiement. Au niveau régional il manque un cadre pérenne de financement et les relations entre les ARS et les professionnels sont variables et peu standardisées. Les URPS sont aussi inégalement engagées auprès des professionnels et inégalement équipées pour les accompagner (30). Le rapport fait état d'un soutien financier modeste pour des projets de CPTS dont les budgets varient de 20 000 à 150 000 euros. Enfin le rapport relève le manque de vision d'ensemble concernant l'outillage nécessaire à l'exercice coordonné dans le développement des systèmes d'information.

Ainsi, la mission propose une stratégie de déploiement des CPTS en trois volets. Au niveau national, il faut mieux définir le cadre général et l'ambition de l'exercice en CPTS. La mission conseille de garder les éléments de souplesse concernant la maille territoriale, l'organisation et la gouvernance. Au niveau régional les ARS doivent accompagner de manière approfondie les projets. Au niveau fonctionnel la formation continue doit constituer un levier pour les professionnels.

Le rapport conclut que les CPTS apparaissent comme un nouveau maillon essentiel à l'organisation des soins ambulatoires. Leur déploiement nécessite d'être encadré par une politique générale et des moyens opérationnels d'incitation, de soutien et d'évaluation.

4.3.2 Négociation conventionnelle dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel pour le déploiement de 1000 CPTS

Le projet de loi « Ma santé 2022 » représente une étape importante en faveur du développement des CPTS. L'objectif défini est celui de couvrir l'ensemble du territoire au 1er juillet 2021. Actuellement les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont en train de définir un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Il s'agit d'un contrat tripartite entre l'Assurance Maladie, l'ARS et les CPTS, qui précise un certain nombre de points concernant l'établissement d'un cadre pérenne d'accompagnement et de financement.

Le modèle de l'ACI précise que les CPTS constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

Pour être éligible, la CPTS doit faire valider le « projet de santé » par l'ARS après réalisation d'un diagnostic territorial. La structure juridique est libre mais la CPTS doit être pluriprofessionnelle et doit permettre de recevoir des financements de la part de l'assurance maladie. Elle doit permettre de recruter du personnel pour le fonctionnement. Elle doit pouvoir intégrer progressivement d'autres personnes (physiques ou morales).

Le contrat définit trois missions majeures des CPTS : l'amélioration de l'accès aux soins, le parcours de soins du patient et le développement de la prévention sur le territoire. L'accès aux soins concerne plus spécifiquement l'accès à un médecin traitant et à des consultations de soins non programmés. Une attention particulière est portée aux populations qui en ont le plus besoin : les personnes en affection longue durée (ALD), les personnes âgées de plus de 70 ans, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).

Le contrat définit deux missions optionnelles qui concernent l'amélioration de la qualité et de l'efficience des prises en charge et l'accompagnement pour l'installation des médecins jeunes diplômés.

Le calendrier de déploiement des missions de l'ACI précise les délais impartis pour chacune d'elles ainsi que les modalités et montants de financement. Le financement est organisé en deux volets, un pour le fonctionnement de la CPTS et l'autre pour la mise en œuvre des missions. Il prend en compte la taille de la population du territoire. L'utilisation et l'affectation des fonds alloués sont décidées par la CPTS. Un point annuel est prévu entre les trois parties signataires pour vérifier de la bonne évolution des missions et de leur financement grâce à des indicateurs de suivi. Par exemple, pour la mission de l'accès aux soins, le contrat propose d'utiliser l'indicateur : augmentation du pourcentage de personnes inscrites auprès d'un médecin traitant ou encore la diminution du taux de passage aux urgences. Enfin, des instances de suivi de l'accord sont définies au niveau national, régional et local, il s'agit des commissions paritaires.

4.4 La CPTS : une organisation de niveau meso

Les organisations de niveau meso, sont destinées à mettre en lien, ou en réseau différents acteurs du système de santé afin de répondre à des problématiques identifiées pour une population définie. Elles se situent entre le niveau macro des politiques de santé et le niveau micro des professionnels de santé ou des prestataires de soins qui interagissent directement avec le patient.

Les CPTS sont définies dans le code de la santé publique (31). Elles sont composées de professionnels de santé regroupés, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

La CPTS est donc une organisation qui met en lien les professionnels. Elle n'a pas l'objectif de fournir des soins, mais un objectif de coordonner les actions des professionnels. Elle répond à un besoin identifié pour une population définie géographiquement. Le principe fondateur de responsabilité populationnelle des CPTS constitue un enjeu pour les professionnels : se coordonner pour prendre en charge toute la population définie et non plus leurs patientèles attitrées.

Par sa fonction de structurer l'offre de soins ambulatoire sur le territoire, la CPTS endosse un rôle organisationnel majeur qui sert à la fois le niveau macro et le niveau micro du système. Elle agit alors pleinement au niveau meso, niveau organisationnel. La nature pluriprofessionnelle des CPTS entraîne nécessairement une forme d'intégration et illustre particulièrement la dimension professionnelle de l'intégration selon le Rainbow Model of Integrated Care. L'articulation avec les autres organisations territoriales, avec l'hôpital et avec les autres secteurs sanitaires et médico-sociaux nécessite une intégration organisationnelle de niveau meso selon le RMIC.

Au niveau meso, les CPTS sont en train de dessiner progressivement l'offre de soins ambulatoires en France. Il y a donc un intérêt d'étudier le niveau meso dans d'autres pays similaires afin d'apprendre et de s'inspirer des expériences voisines.

5. Interroger le système belge pour enrichir la réflexion autour du niveau meso en France

5.1. Une problématique européenne qui incite à interroger les pays voisins

Les mutations en faveur des soins primaires, de l'intégration des services et de la coordination entre les secteurs et les niveaux de soins ne sont pas une exception française (32).

Les pays développés font face aux mêmes constats : le vieillissement des populations, la multimorbidité, le manque d'organisation intégrée des soins. Au sein de la recherche sur les services de santé, une étude anglaise conclut qu'il existe un potentiel considérable d'échange et d'apprentissage transférable entre des pays auparavant non connectés (33). En 2013 une étude comparative internationale constate qu'une majorité des pays ont décentralisé des fonctions importantes de gouvernance aux autorités régionales et/ou locales (34). En 2016 une étude en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni montre que les soins coordonnés et globaux se sont améliorés dans les trois pays par l'intermédiaire de l'utilisation de programmes de « disease management » (35).

Dans le rapport de l'IGAS, les auteurs font état d'une tendance internationale à la pratique collective en ville. Qu'il s'agisse des « Primary Care Trust » en Angleterre ou des Centres Locaux de Services Communautaires au Canada ou encore des « Medizinische Versorgungszentren » MVZ en Allemagne, il existe des mesures qui favorisent leur essor (30).

5.2. La proximité du système de santé belge en fait un objet d'étude de choix

Parmi les pays européens et en particulier les pays voisins, la Belgique nous a semblé un pays intéressant à interroger, en particulier pour la proximité de son système de santé, mais aussi par la langue commune que nous partageons, pour une partie du pays et enfin pour ses transformations récentes en faveur des soins primaires et en particulier la réforme des zones de première ligne en Flandre. Dans ce chapitre nous allons présenter le système de santé belge dans les grandes lignes, à partir du document de référence pour la Belgique, « Health systems in Transition » (HiT) de l'OCDE. Les sources complémentaires sont intégrées dans la bibliographie.

5.2.1. Données générales concernant la Belgique : un système fédéral complexe

La Belgique est un pays de 30 500 km2 avec onze millions trois cent mille soixante-dix habitants au 1er janvier 2018 (36), soit 373 habitants au km2. La ville de Bruxelles représente plus d'un million d'habitants.

La part des personnes âgées de plus de 65 ans représente 18,5 % de la population en 2017 (37) (contre 19,2 % en France).

En 2016, la fécondité, mesurée par l'indice conjoncturel de fécondité s'établit à 1,68 enfant par femme (38).

La Belgique est divisée en trois régions, Bruxelles Capitale, la Flandre et la Wallonie. Chaque région est divisée en provinces. En Flandre il y en a cinq, la Flandre-Occidentale, la Flandre-Orientale, Anvers, Limbourg et le Brabant Flamand. En Wallonie il y en a cinq aussi, le Brabant-Wallon, Namur, Luxembourg, Liège, Hainaut. La Région de Bruxelles-Capitale est divisée en 19 communes.

Il y a trois langues officielles qui définissent trois communautés : le néerlandais 59 %, le français 40 %, l'allemand 1 %.

Sur le plan politique, la Belgique est une démocratie parlementaire fédérale (depuis 1993), sous une monarchie constitutionnelle. L'état fédéral est le résultat de six réformes successives de la Constitution, les pouvoirs sont partagés. Le pouvoir législatif est représenté par le parlement fédéral (la chambre des représentants et le sénat). Le pouvoir exécutif est assuré par le gouvernement fédéral (le Roi, le Premier ministre et les autres ministres).

Sur le plan économique, la Belgique a été classée en 24e position dans le monde concernant le PIB en 2017 soit 580 046 millions de dollars en 2018 (39).

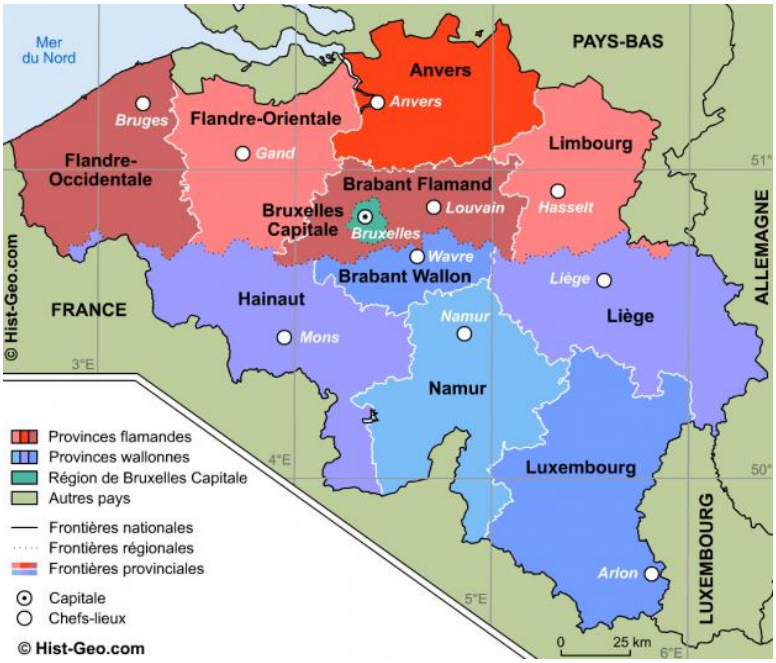


Figure 3 : les provinces belges[3]

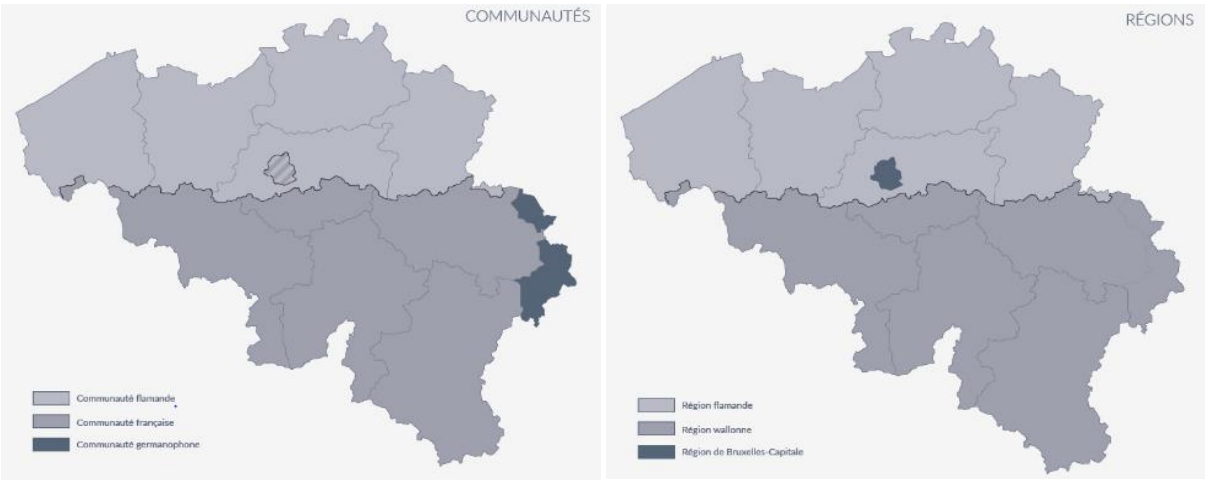


Figure 4 : Les communautés et les régions belges[4]

[3] http://www.hist-geo.com/belgique/cartes/provinces.php
[4] https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes
https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/regions

5.2.2. Présentation des éléments de cadrage du système de santé belge

a. Des indicateurs de santé dans la moyenne des pays européens

L'espérance de vie à la naissance en 2015 est de 81,1 ans versus 82,4 ans pour la France (40) la moyenne européenne (UE 28) est de 81 ans (41).

L'écart d'espérance de vie à 30 ans entre les personnes ayant le plus bas et le plus haut niveau d'instruction en 2016 ou année la plus proche est de 4,4 ans pour les femmes et 5,8 ans pour les hommes. En France il est de 2,6 ans pour les femmes et 6,5 ans pour les hommes. La moyenne pour l'UE-21 est à 4,1 pour les femmes et 7,7 pour les hommes (41).

Les maladies cardiovasculaires et les cancers sont les principales causes de décès. Les problèmes musculo-squelettiques, le diabète et la dépression figurent parmi les principales causes de mauvaise santé. En Belgique 17,9 % des personnes souffrent d'un problème de santé mentale contre 18,5 % en France et 17,3 % dans l'UE des 28 (41).

La majorité des Belges déclare être en bonne santé, 78 % (42), mais les différences selon le revenu sont plus importantes que dans de nombreux autres pays.

L'accessibilité du système est garantie par une assurance universelle et par l'existence de filets de sécurité sociaux cependant un montant important reste à charge des patients (18 % des dépenses de santé totales, ce qui est beaucoup en comparaison avec les autres pays d'Europe) et le nombre de foyers qui affirme reporter des contacts avec les services de santé pour des raisons financières reste substantiel, surtout pour le groupe de revenus le plus bas (42). Environ 8 % des ménages belges déclarent en 2013 avoir dû reporter des soins pour des raisons financières.

En Belgique, plus d'une personne sur trois de 65 ans ou plus souffre d'au moins deux affections chroniques (43).

b. Un système de santé assurantiel basé sur des cotisations sociales

Le système de santé belge est basé sur le modèle bismarckien comme le système français. C'est un régime social d'assurance maladie régi par la loi de la sécurité sociale du 28 décembre 1944. Il s'agit d'un régime financé majoritairement par les cotisations sociales et la régulation se fait par une convention entre les assureurs et les prestataires de soins. Les principales caractéristiques du système de santé belge sont : une assurance maladie obligatoire, des cabinets indépendants, le libre choix des professionnels de santé par le patient, le paiement à l'acte des prestataires de soins et le remboursement.

L'assurance maladie obligatoire gérée par l'INAMI, Institut National d'Assurance Maladie Invalidité est mise en œuvre par l'intermédiaire de plusieurs caisses d'assurance, qui sont aussi appelées des mutualités, auxquelles les patients cotisent. Chaque personne doit être affiliée à une mutualité, initialement elles se sont définies par leur orientation politique (mutualité socialiste, chrétienne, libérale, neutre, mutualité des cheminots, caisse d'assurance maladie-invalidité…) Les mutualités doivent offrir les mêmes formules de remboursement pour les services de base, comme les visites chez le médecin. Elles offrent également des couvertures supplémentaires (appareils médicaux, interventions dentaires… non couverts par l'assurance maladie obligatoire).

En 2017, 99 % de la population belge est couverte par l'assurance maladie obligatoire (versus 99,9 % pour la France) (44).

Les prestataires de soins signent une convention avec l'INAMI qui établit une grille tarifaire nationale, pour 8000 services. Cette grille est négociée une ou deux fois par an entre les caisses primaires d'assurance et les prestataires de soins. L'INAMI elle donne un budget prospectif des dépenses aux caisses d'assurance pour qu'elles financent les coûts des soins de santé de leurs membres. Aucun accord contractuel n'existe entre les assureurs et les fournisseurs. La grille tarifaire est critiquée pour ne pas évoluer assez rapidement, les tarifs correspondent principalement au coût administratif, mais pas au coût réel de production. Les médecins qui ne sont pas d'accord avec cette convention peuvent fixer leurs honoraires librement, ce sont les médecins non conventionnés.

Il y a une responsabilité financière des caisses d'assurance maladie. Depuis 1995, afin d'inciter à la maîtrise des coûts, les caisses de maladie doivent financer 25 % du déficit en puisant dans leurs propres réserves en cas de dépassement des crédits. Elles peuvent faire intervenir des médecins-conseils concernant l'indication à un traitement pharmaceutique couteux, la durée d'une hospitalisation, la classification pour une affection de longue durée. L'objectif principal proclamé de ce système est d'augmenter la rentabilité par un rôle plus actif des caisses d'assurance concurrentes tout en garantissant des conditions idéales pour tous.

c. Une gouvernance générale en plusieurs niveaux

En Belgique il existe plusieurs niveaux de gouvernance, à la différence de la France qui est un système centralisé. Il existe 3 niveaux politiques et administratifs en Belgique, le niveau fédéral, le niveau des entités fédérées (régional) et le niveau local (provinces et municipalités).

Les autorités fédérales sont chargées de réglementer l'assurance maladie obligatoire et les hôpitaux, de fixer des normes minimales, de légiférer sur les certifications professionnelles et d'enregistrer et de contrôler les prix des médicaments. Concernant la santé, l'état fédéral est représenté par le ministère des affaires sociales et de la santé publique composé en plusieurs départements et agences. Les principaux étant le SPF (Service Public Fédéral) pour la santé publique, la sécurité alimentaire et l'environnement, le SPF pour la sécurité sociale, l'Office National de Sécurité Sociale, l'INAMI, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'Autorité de tutelle des caisses d'assurance maladie, l'Agence Fédérale pour le Contrôle Nucléaire.

Les entités fédérées (trois régions et trois communautés) sont compétentes pour les domaines suivants : promotion de la santé et prévention, fourniture des soins de maternité et des soins à l'enfance, services sociaux et des soins de proximité, coordination et collaboration en matière de soins de santé primaires et de soins palliatifs et financement des investissements hospitaliers.

Afin de faciliter la coopération et la coordination entre les autorités fédérales et les entités fédérées, des conférences interministérielles ont lieu régulièrement.

Le KCE, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, soutient les décisions de politique de santé qui optimisent les ressources et contribuent ainsi à une affectation efficace des ressources en soins de santé.

d. Les dépenses de santé et leur financement en augmentation

Les dépenses de santé augmentent comme dans tous les pays européens, à cause de plusieurs facteurs. Dans le rapport « HiT » sont cités : le vieillissement de la population, l'accroissement du PIB, des attentes de plus en plus grandes en matière de santé, des technologies de plus en plus avancées, mais coûteuses. En 2017, la Belgique a dépensé 3493 euros par habitant (41) soit 10 % du PIB en 2017 pour une moyenne concernant l'UE des 28 à 9,6 % soit 2773 euros. La France a dépensé 3572 euros par habitant soit 11,5 % de son PIB ce qui la place en première position dans l'UE des 28, selon les mêmes sources. La moyenne de l'UE des 28 est de 2773 euros soit 9,6 % du PIB.

Le financement des dépenses de santé se répartit en Belgique entre les dispositifs publics 18 %, l'assurance maladie obligatoire 59 %, le paiement direct des ménages 18 % et l'assurance maladie volontaire 5 % (45). En France la répartition est la suivante : 4 % ; 75 % ; 7 % et 14 %. On observe que le paiement à la charge des ménages est largement supérieur en Belgique.

Les dépenses de santé peuvent être évaluées par type de service de santé. En Belgique, les dépenses correspondant au service hospitalier représentent 30 %, celles du service ambulatoire représentent 24 %. Il y a ensuite les soins de longue durée (24 %), les biens médicaux (16 %) et les services collectifs (5 %) (46).

5.2.3 L'offre de soins de santé ambulatoire est semblable à la France

a. La répartition des médecins et des infirmiers

Le nombre de médecins en Belgique par habitant est assez stable depuis 2000, tandis qu'il a augmenté dans la plupart des pays de l'Union, il se situe au-dessous de la moyenne de l'Union européenne. Le personnel infirmier, quant à lui, est en nombre croissant et relativement élevé. En 2015 en Belgique il y a 3,0 médecins pour 1000 habitants (versus 3,3 en France en 2015) (47). En 2016, il y a 11,1 infirmiers pour 1000 habitants (versus 10,5 en France en 2017).

En 2015 parmi les médecins, 61 % étaient spécialistes, 37 % étaient médecins généralistes et 1 % étaient médecins non spécifiés (48). En France la répartition est de 54 % de médecins spécialistes et 46 % de médecins généralistes. Les médecins âgés de plus de 55 ans représentent 44,4 % des médecins belges et 46,6 % des médecins français en 2015. Les médecins femmes représentent 40,6 % des médecins belges et 44,3 % des médecins français en 2015 (48). Le pourcentage de nouveaux médecins diplômés par 100 000 habitants est passé de 7,1 à 10,2 entre 2008 et 2014.

En moyenne un patient consulte en 2015 en Belgique 6,8 fois les médecins contre 6,3 fois en France (49). Un médecin belge effectue en moyenne 2254 consultations par an contre 2020 en France en 2015.

b. La régulation de l'offre

Les médecins sont inscrits au registre national du Service Public Fédéral de Santé Publique, qui leur remet une licence à vie (sauf en cas de faute professionnelle), sans laquelle ils n'ont pas l'autorisation de pratiquer. C'est le cas aussi pour les kinésithérapeutes, les dentistes, les infirmiers et les autres professions avec un diplôme reconnu au niveau fédéral.

Les médecins doivent obligatoirement être inscrits à l'ordre. Ils sont régulés par un numerus clausus depuis 1997. Les trois Communautés fixent les sous-contingents d'étudiants autorisés à intégrer des spécialités médicales spécifiques et organisent des examens au début de la formation des médecins et des dentistes afin de limiter le nombre d'étudiants qui intègrent ces filières chaque année. Les autres professionnels de santé sont encadrés par des systèmes de planification, mais ne sont pas soumis à une régulation stricte du nombre d'étudiants admis chaque année.

La qualité des professionnels de santé est contrôlée par un système d'accréditation, depuis 2007. L'accréditation se fait selon quatre critères : critères du cabinet médical, en particulier avec un seuil minimum de patients suivis (1250/an), participation à la formation continue (20 crédits par an), participation à des réunions avec un groupe local d'évaluation de la qualité (GLEM-LOK) et avoir une prescription rationnelle. L'accréditation n'est pas obligatoire, mais encouragée par une incitation financière : meilleur remboursement des patients et indemnité contractuelle annuelle. Chaque GLEM s'efforce de parvenir à un consensus sur les sujets choisis par le groupe concernant les stratégies médicales, évalue les profils de prescription et élabore un rapport d'évaluation annuel.

Il existe une répartition géographique inégale des médecins généralistes sur le territoire belge, selon le rapport du KCE de 2008. Les médecins généralistes sont libres de choisir la location de leur installation, cependant depuis 2006, le gouvernement a mis en place des financements spécifiques pour inciter les médecins à s'installer dans les zones de faible densité (fonds impulseo).

c. Le mode d'exercice des médecins généralistes

Comme en France, les médecins ambulatoires exercent selon un mode majoritairement libéral, basé sur l'indépendance des cabinets médicaux, la plupart du temps en solo ou en groupe avec parfois une secrétaire médicale. Les visites à domicile par les médecins généralistes sont courantes en Belgique (32 % des consultations de médecins généralistes en 2008 et 23 % en 2013).

Le mécanisme de paiement est caractérisé principalement par un paiement à l'acte. Il peut être direct par le patient (en ambulatoire) qui est ensuite remboursé par sa caisse d'assurance maladie ou avec tiers payant où la caisse d'assurance maladie paie le prestataire de soins et le patient est uniquement responsable du co-paiement, des dépassements ou des services non remboursés (pour les traitements et les hospitalisations).

La plupart des pratiques de groupe sont des « pratiques intégrées », comme des maisons médicales ou des centres de santé intégrés, avec une équipe pluriprofessionnelle, incluant au moins plusieurs médecins généralistes, une secrétaire médicale, un infirmier, un kinésithérapeute et parfois un psychologue. Leur nombre est croissant, mais les patients affiliés à ce type de structure restent minoritaires. Ces pratiques de groupe peuvent réaliser un paiement à l'acte ou au forfait. Au 1er juillet 2017, la Belgique compte un total de 177 « maisons médicales », à savoir des groupements de prestataires appliquant le financement au forfait. La majorité des centres se trouvent à Bruxelles (40 %) et en Wallonie (36 %). La Flandre compte 43 centres (24 %). Au 30 juin 2016, on dénombrait 360 343 personnes affiliées auprès d'une maison médicale, soit 3,2 % de la population (50).

La permanence des soins a été renforcée pour limiter la consultation des patients dans les services d'urgence hospitaliers. Dans une aire donnée, le « Cercle de médecins généralistes » est responsable de la politique locale de santé, en association avec les autres professionnels et les hôpitaux et en particulier de l'organisation de la permanence des soins. Depuis 2007, il existe un nouveau système de visites à domicile et de consultation en dehors des heures d'ouverture grâce aux services de garde organisés ou postes de garde qui démarrent à partir de dix-neuf heures.

Des systèmes d'évaluation par les pairs (groupes de pairs) ont été mis en place pour comparer les pratiques et les résultats entre médecins en Belgique et par rapport aux normes internationalement reconnues.

Concernant le renforcement des soins primaires, bien que les médecins généralistes n'aient pas une fonction de gate-keeping, beaucoup de mesures ont été prises dans ce sens et pour réévaluer et promouvoir la profession de médecin généraliste. Le dossier médical global en 1999, tenu par le médecin généraliste avec accord du patient, contient les informations majeures concernant le patient et qui peuvent être partagées avec d'autres professionnels. Un seul médecin généraliste peut en être responsable, en échange d'un financement intégralement remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Par conséquent, pour chaque consultation au cours de cette année avec le généraliste détenant le Dossier Médical Global (DMG), la coassurance par le patient est réduite de 30 %. Les patients sont aussi mieux remboursés de leur consultation chez le spécialiste s'ils sont adressés par le médecin qui tient le dossier médical global.

En 2003, les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD ou GDT en flamand) ont été créés par l'assurance maladie obligatoire pour supporter une approche multidisciplinaire des soins primaires.

d. Du point de vue du patient

Le patient cotise auprès d'une mutualité de son choix pour l'assurance maladie obligatoire. Il peut aussi cotiser pour une assurance volontaire. Pour l'instant le patient choisit librement le médecin généraliste qu'il souhaite. Il n'y a pas de système de référencement donc le patient peut consulter un médecin spécialiste librement s'il le souhaite. Il avance les frais de consultation puis se fait rembourser par la mutualité ou mutuelle.

Bien qu'il n'y ait pas de fonction de gatekeeping par le médecin généraliste en Belgique, une large majorité de la population a un médecin généraliste attitré, 94 % en 2013 (51). Il n'y a donc pas de système de liste de patients.

5.3. La réforme des zones de première ligne en Flandre

Après avoir vu les grandes lignes du système de santé belge et les caractéristiques communes avec la France, nous allons nous attarder sur la réforme des zones de première ligne en Flandre. Le contexte belge est défini par le transfert d'importants pouvoirs vers les autorités régionales en concomitance de la réforme de l'hôpital pour répondre à un besoin de restructuration des soins en renforçant leur niveau de support organisationnel (52).

En Flandre, Jan de Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen et Dirk Devroey théorisent cette stratégie dans « Together we change » et décrivent le niveau meso des « zones de première ligne ». Il s'agit d'une application géographique du concept de niveau meso. Les zones de première ligne doivent créer les conditions organisationnelles pour la prestation des soins en particulier la promotion de la santé, les soins curatifs et palliatifs, la prévention, la continuité des soins et la coordination avec la deuxième ligne pour une échelle de 75 000 à 125 000 habitants.

Les auteurs utilisent en effet le cadre conceptuel « macro, meso, micro et nano ». Le niveau meso devient responsable de la coordination et de l'offre en soins primaires de manière adaptée aux besoins locaux, mais aussi de la coordination fluide avec les soins secondaires ambulatoires et les réseaux hospitaliers locaux (53). L'idée c'est d'avoir une organisation « en cube » où les patients inscrits dans une pratique de première ligne font partie d'un dispositif de soins de première ligne (de 5000 à 10 000 habitants). Plusieurs dispositifs de première ligne sont rassemblés en zone de première ligne qui est associée à une zone de soins hospitalière. Les zones de première ligne reçoivent un budget prospectif et les patients inscrits ne paient pas le ticket modérateur, en échange ils doivent consulter les professionnels du dispositif dans lequel ils sont inscrits et ne peuvent pas consulter un spécialiste sans recommandations du médecin généraliste.

Les auteurs défendent l'idée que le changement doit s'opérer à partir de choix fondamentaux, d'un engagement de tous les acteurs et dans un objectif à long terme et non pas en plusieurs petites innovations qui se superposent. Ce changement passe en particulier par une adaptation du mode de financement.

L'accord de la coalition flamande et la sixième réforme d'état sont un terrain favorable à la réforme des soins primaires en Flandre. Un processus participatif avec six groupes de travail a permis de rassembler les points de vue et informations nécessaires pour appréhender les évolutions attendues. Dans le cadre de cette réforme, le législateur fait appel aux professionnels de santé locaux et aux autorités locales pour qu'ils s'organisent en zones de soins primaires consensuelles répondant à un certain nombre de critères (52). Les changements en faveur de la réforme s'opèrent depuis la conférence sur les zones de soins de première ligne du 16 février 2017. Le rapport de la conférence définit le niveau meso comme l'ensemble des organisations et des services qui sont responsables du soutien de la mise en œuvre pratique des soins par les fournisseurs de soins (52).

5.4 L'objectif de l'étude

Les nouveaux enjeux tels que le vieillissement de la population, les maladies chroniques, la multimorbidité et la complexité auxquels doivent faire face les systèmes de santé ont nécessité une réorganisation de ces derniers.

De nombreux travaux et en particulier ceux de B. Starfield ont montré que les systèmes orientés vers les soins primaires sont plus efficients, permettent une meilleure expérience pour le patient et favorisaient la qualité des soins, dans un souci d'équité et de coût supportable pour la société.

Pour favoriser les innovations en faveur de la prise en charge des maladies chroniques, l'OMS a proposé le cadre conceptuel des niveaux macro, meso et micro du système. Le niveau meso fait référence à l'organisation des soins et à la communauté. D'un point de vue plus fonctionnel, nous avons identifié les missions de « coordination de l'offre des services », « évaluation de la qualité des services », « rassemblement des professionnels de santé », « support des professionnels de santé (expertise, outils) » et « articulation avec les ressources de la communauté ».

Nous avons vu comment certains pays ont mis en œuvre le concept en particulier en y associant des acteurs de niveau meso c'est-à-dire des structures destinées à étudier les besoins locaux, à faire le lien et à coordonner le personnel des soins de santé, dans un objectif d'intégration. Des auteurs belges ont associé le concept meso à un principe de territorialisation. Les zones de premières lignes constituent le niveau meso où l'ensemble des organisations et des services sont responsables du soutien à la mise en œuvre des soins par les professionnels.

L'émergence des CPTS en France nous semble constituer une étape importante dans la structuration de l'offre ambulatoire orientée vers les soins primaires. Elles répondent en partie aux missions qui sont attribuées au niveau meso comme « la coordination », « l'évaluation », « le rassemblement du personnel de santé ». Le rapport de l'IGAS a cependant mis en évidence certains freins à leur développement comme le manque de soutien de la part des institutions et des politiques nationales et le manque de définition claire des missions qui leur sont attribuées. La négociation conventionnelle est en cours entre les CPTS, l'Assurance Maladie et l'ARS. Des précisions ont été apportées en ce qui concerne les missions et le financement.

Par ailleurs d'autres pays européens sont en train de réformer leur système. Nous avons vu les similitudes qui existent entre le système belge et le système français.

L'objectif de notre étude est d'identifier des organisations de niveau meso dans le système de santé belge, à partir de l'expérience d'acteurs de terrain, complétée par une analyse des sources documentaires disponibles. Cette étude espère enrichir la réflexion générale et proposer des pistes pour développer le niveau meso en France et en particulier les CPTS. Notre travail s'intègre dans un projet plus large de description de six autres pays : l'Espagne, la France, l'Italie, l'Allemagne, l'Angleterre, les Pays-Bas.

Les organisations de niveau meso, sont destinées à mettre en lien, ou en réseau différents acteurs du système de santé afin de répondre à des problématiques identifiées pour une population définie. Elles se situent entre le niveau macro des politiques de santé et le niveau micro des professionnels de santé ou des prestataires de soins qui interagissent directement avec le patient.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons adopté une approche qualitative descriptive (54) à partir d'entretiens individuels avec des « informateurs clés », médecins généralistes belges ou experts des soins primaires pour identifier et décrire les organisations de niveau meso. Cette approche a été complétée par une recherche documentaire sur les organisations identifiées au cours des entretiens (rapports, articles publiés, sites internet…) afin d'une part de préciser certains aspects factuels de ces organisations et d'autre part de les comprendre dans le contexte du système de santé où elles s'insèrent.

1. Construction du projet

Ce travail de thèse s'intégrait dans une étude sur le niveau meso à l'échelle de sept pays en Europe. Il a été le fruit d'un processus de réflexions, de rencontres et de décisions et s'est construit au fil du temps entre juin 2016 et mai 2019.

Le thème du niveau méso des soins primaires a été discuté notamment pendant les conférences du réseau « EQuiP »[5], à Zagreb en novembre 2016, novembre 2017 et novembre 2018, avec les délégués nationaux, au sein de groupes de travail spécifiques. « EQuiP » est un réseau de la Wonca (organisation mondiale des collèges de médecine générale), c'est la société européenne pour la qualité et la sécurité en médecine générale (European Society for Quality and Safety in family Practice). Cette société organise deux conférences par an, une conférence ouverte en mars et une autre en novembre, avec les délégués nationaux uniquement. On peut considérer les délégués comme des experts dans le domaine de la qualité et de l'organisation des soins primaires dans leur pays. L'objectif est de développer des outils et des méthodes pour l'amélioration de la qualité en médecine générale en collaboration avec les principaux instituts européens de recherche en médecine générale. Ces discussions ont permis de conforter notre choix du sujet, d'avoir un aperçu de différentes organisations des soins en fonction des pays et de leur système de santé, d'envisager les champs d'application de ce niveau d'organisation et particulièrement dans l'amélioration de la qualité, de réaliser la difficulté du sujet liée à la différence des pays et de pressentir les limites de notre travail. « EQuiP » a été la source essentielle de nos contacts de médecins généralistes dans les sept pays étudiés.

Pour construire cette étude, nous avons aussi bénéficié de l'avis de chercheurs de l'IRDES que nous avons rencontré au cours de deux réunions, le 2 juin et le 5 décembre 2017. Ainsi Guillaume Chevillard, Cécile Fournier, Julien Mousquès et Yann Bourgueil nous ont confortés dans le choix du sujet, nous ont aidés à préciser l'objectif, en particulier à préciser l'angle de vue pour décrire la question, qui a été celui des médecins généralistes, à partir de vignettes cliniques, en assumant le caractère représentatif et non exhaustif de l'étude. Ils nous ont aidés à choisir les pays en fonction du modèle d'organisation des soins primaires (normatif hiérarchisé, professionnel hiérarchisé et professionnel non hiérarchisé (15)) et à réfléchir aux critères nécessaires de description des organisations de niveau meso. Yann Bourgueil a par la suite dirigé l'étude dans sa globalité avec Hector Falcoff et Laurent Rigal.

Ainsi, entre ces deux réunions décisives, au mois de juillet 2017 cinq autres thésardes nous ont rejoints sur le sujet, avec chacune pour mission d'étudier un pays. Les pays retenus ont été l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas. Par la suite, un étudiant en master de santé publique a été recruté pour mener la même étude sur la France. Le groupe fixe de recherche était donc composé de dix personnes : trois directeurs de thèse dont deux médecins généralistes professeurs universitaires et un médecin chercheur en santé publique ; six thésardes, médecins généralistes et un étudiant en master de santé publique.

Au cours des différentes phases du projet de recherche, nous nous sommes réunis régulièrement afin de coordonner nos réflexions et productions.

[5] http://equip.woncaeurope.org/

Concernant la Belgique, la participation au voyage d'études à Gand organisé par la FémasIF (Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Ile-de-France), l'ARS Ile de France et le Pôle de santé Paris 13, le 12 mai 2017, a été l'occasion de rencontrer des médecins généralistes et de découvrir les spécificités belges et particularités de cette ville où le rôle de la municipalité au niveau meso implique la coopération des acteurs des secteurs sanitaire, social et politique.

2. Les participants

Le recrutement des informateurs a été réalisé par la méthode « boule de neige » avec trois points d'entrée correspondant aux trois régions de la Belgique : Flandre, Wallonie et Bruxelles.
Pour identifier les premiers informateurs clés, nous avons fait appel aux délégués nationaux du réseau « EQuiP » qui représentent le collège de médecine générale de leur pays. Ils ont été contactés par courrier électronique, ceux qui le souhaitaient ont fait partie des informateurs clés et, ou, nous ont fourni d'autres contacts de médecins généralistes. Les autres contacts ont été à leur tour contactés par mail. Ils recevaient la présentation de l'étude et le guide d'entretien. S'ils souhaitaient participer, ils recevaient un formulaire de consentement et la date et l'heure de l'entretien étaient fixées. Si nous n'avions pas de réponse, nous renvoyions un à deux courriers électroniques de relance.

Nous avons estimé que 6 à 10 informateurs clés devaient nous permettre de recueillir suffisamment de données pour identifier avec précision les structures et services principaux du niveau méso des soins primaires belges.

Les informateurs ont signé un formulaire de consentement après avoir pris connaissance de la présentation de l'étude et du guide d'entretien.

3. Les entretiens

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-structurés basés sur un guide d'entretien présenté en annexe (Annexe 1). Ils ont été réalisés à distance, via ZOOM, grâce à un ordinateur muni d'une caméra, d'un micro et de haut-parleurs. Ils se sont déroulés en français et ont duré en moyenne une heure environ. Ils ont été retranscrits verbatim sans logiciel spécifique constituant le corpus qui a été analysé.

4. Le guide d'entretien

Le guide a été élaboré à partir de la bibliographie, de plusieurs réunions et après une concertation du groupe avec une équipe de chercheurs de l'IRDES. Il comprenait trois parties qui permettaient d'aborder onze thèmes, les cinq premiers à travers quatre vignettes cliniques, les six autres par des questions ouvertes.

Un exemple de vignette clinique était pour les thèmes santé mentale et oncologie : *une patiente schizophrène doit débuter une chimiothérapie pour un cancer du sein. Elle est socialement isolée. Elle est angoissée et ne peut pas se rendre seule aux séances de chimiothérapie prévues.*

Les 11 thèmes étudiés sont cités ci-dessous :

- Cancérologie
- Santé mentale
- Perte d'autonomie de la personne âgée
- Maladie chronique : diabète
- Soins palliatifs à domicile
- Accès aux soins
- Permanence des soins
- Prévention en santé

- Organisation commune des professionnels
- Formation continue
- Mutualisation de ressources entre professionnels.

Pour chaque thème nous avons identifié une ou plusieurs organisation(s) citées par les informateurs et nous avons cherché à les décrire selon le plan ci-dessous :
- Fonctions/missions
- Exemple d'utilisation
- Origines/historique
- Acteurs
- Stratégie (pilotage, gouvernance)
- Territoire cible et population cible
- Financement
- Structure juridique de l'organisation
- Modalités de contractualisation éventuelle avec les professionnels de santé
- Satisfaction des professionnels.

5. L'analyse

L'analyse des données a été réalisée par thématique puis revue collectivement par le groupe des six thésardes en médecine générale et des trois directeurs de thèse. Les réunions mensuelles de groupe ont permis la confrontation des données des différents pays, la construction d'un cadre d'analyse commun et la construction d'une discussion générale autour des résultats.

De manière plus précise, nous avons d'abord repéré dans le corpus toutes les organisations, qui semblaient participer à l'offre de soins. Nous les avons ensuite rangées dans un tableau de synthèse comprenant en colonne les onze thèmes et en ligne les informateurs clés. Nous avons dénombré l'occurrence de chaque organisation dans l'ensemble du corpus.

Nous avons associé à chaque thème les verbatims les plus signifiants, qu'ils aient été positifs ou négatifs. Nous avons essayé de les regrouper en fonction de leur sens, afin de pouvoir dépeindre le thème abordé du point de vue des informateurs. Nous avons ensuite associé à chaque organisation les verbatims les plus signifiants pour les décrire. Pour comprendre et décrire de manière plus approfondie ces organisations, nous avons ajouté les résultats de nos recherches documentaires (rapports, revues, sites internet, publications…).

Chaque thésarde a cherché à présenter au groupe les données recueillies grâce aux entretiens et aux recherches documentaires additionnelles. Les autres membres du groupe pouvaient alors poser des questions et réfléchir collectivement dans le but de toujours mieux cerner les missions de l'organisation étudiée en regard du contexte dans lequel elle se trouvait. Certaines organisations étaient mises de côté lorsqu'elles ne semblaient pas pertinentes tandis que d'autres ont nécessité d'être encore approfondies. Cette méthode de partage des informations, d'échange et de va-et-vient dans l'analyse a permis la cohérence de notre travail de recherche. Le travail concernant chaque pays s'est fait à différentes allures du fait de la disponibilité de chacune et surtout de la difficulté à trouver des informateurs pour certains pays en particulier pour l'Italie et l'Allemagne.

Concernant la Belgique, les résultats de la recherche qualitative et de la recherche documentaire ont été envoyés aux participants afin de vérifier que le propos général et les informations plus détaillées ne présentaient pas d'erreurs majeures d'interprétation ou de données erronées.

RÉSULTATS

1. Nombre d'entretiens, caractéristiques des informateurs

1.1. Diagramme des flux

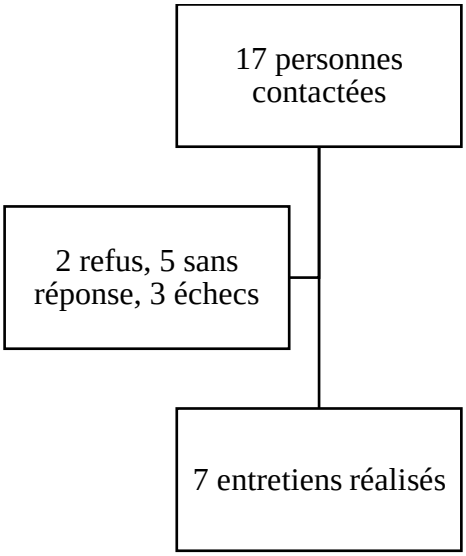


Figure 5 : Diagramme des flux

1.2. Caractéristiques des informateurs

Informateur	**Commune**	**Pratique et autres activités**	**Date et durée de l'entretien**
1 **Jean-Luc BELCHE** 40 ans	Liège 197 355 habitants 69 km2	MG MM St Léonard. Docteur en Sciences médicales. Enseignant à l'Université de Liège.	08/03/2018 100 minutes
2 **Hubert JAMART** 43 ans	Trooz 8172 habitants 24 km2	MG MM Trooz Santé. Permanent politique à la FMM. Membre de l'AG du Cercle de médecine générale. Associé au département de médecine générale de Liège en tant que lieu de stage et accompagnateur dans des groupes de réflexions.	05/09/2018 66 minutes
3 **Benjamin FAUQUERT** 40 ans	Bruxelles, commune de Schaerbeek 133 010 habitants 8,4 km2	MG MM Le Noyer Chercheur et chargé de cours au département de MG de l'Université Libre de Bruxelles. Fédération des MM : dossier santé informatisé. CEBAM Centre Belge d'Evidence Based Medicine : EBM et information scientifique.	Le 28/05/2018 66 minutes

4 **Marco SCHETGEN** 65 ans	Linkebeek (Périphérie Sud de Bruxelles) 4760 habitants 4,15 km2	MG pratique de groupe, à l'acte. Professeur à l'Université Libre de Bruxelles. Président du département de médecine générale.	Le 12/09/2018 64 minutes
5 **Piet VANDEN BUSSCHE** 57 ans	Lichtervelde 8793 habitants 25 km2	MG pratique de groupe de Burg. Activité universitaire, un jour par semaine, en tant qu'enseignant en médecine générale. Membre du réseau EQuiP.	20/06/2018 67 minutes
6 **Jan DE MAESENEER** 66 ans	Gand (Section de commune Ledeberg) 8454 habitants 1,09 km2	MG Centre de santé du district Botermarkt. Professeur à l'Université de Gand, chef du département de médecine de famille et des soins primaires. Président du conseil de santé de Gand. Président du conseil stratégique en Flandre pour le ministère. Membre de la commission forfait à l'INAMI. Président du groupe d'experts sur la santé à la Commission européenne. Commission Lancet sur les soins primaires.	13/06/2018 21/06/2018 84 minutes
7 **Jean MACQ** 55 ans	Bruxelles	Enseignant et chercheur en santé publique, Professeur à l'Université Catholique du Louvain.	07/09/2018 98 minutes

1.3. Distribution géographique des informateurs

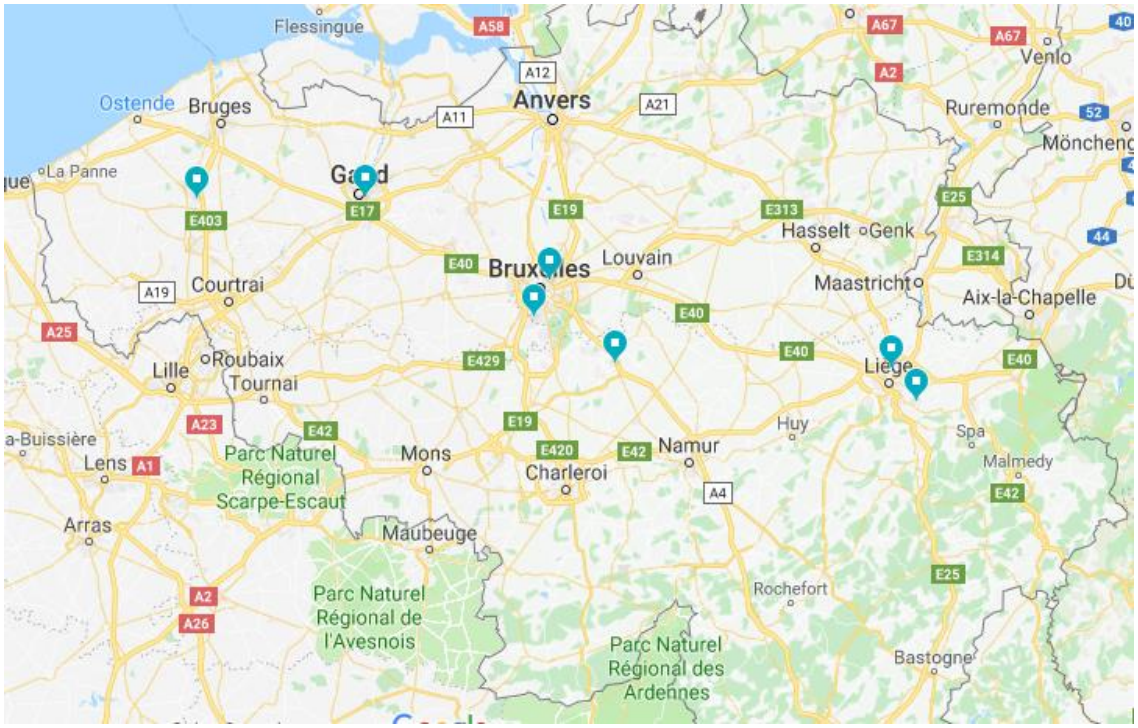


Figure 6 : Distribution géographique des informateurs

2. Description des résultats par thème

Pour chaque vignette ou situation, nous avons organisé les résultats selon le même plan. La première partie fait la liste des organismes et services que les informateurs ont abordés. Lorsque les organisations étaient fréquemment citées ou lorsqu'elles nous semblaient pertinentes, nous avons réalisé une description plus approfondie. Les résultats de nos recherches documentaires sont présentés dans les encadrés. La deuxième partie présente les résultats qui correspondent à des remarques plus générales de la part des informateurs concernant le paysage organisationnel des soins en rapport avec la situation concernée. Pour certaines situations nous avons rédigé une troisième partie pour apporter des précisions concernant un service ou un dispositif spécifique. La dernière partie présente une synthèse de la situation. Pour chaque vignette clinique ou situation, les verbatims et un tableau récapitulatif sont présentés en annexe (Annexe 2, Annexe 3).

2.1. Situation 1 : santé mentale et oncologie

Une patiente schizophrène doit débuter une chimiothérapie pour un cancer du sein. Elle est socialement isolée. Elle est angoissée et ne peut pas se rendre seule aux séances de chimiothérapie prévues.

2.1.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Concernant la prise en charge en santé mentale, 8 organisations ou services ont été cités : le centre de santé mentale (4 informateurs sur 7), l'équipe mobile de santé mentale (2/7), le psychologue de 1er échelon (1/7), l'hôpital de jour en santé mentale (1/7), le centre public d'action sociale (1/7), les appartements supervisés (1/7), l'association d'accompagnement des patients avec une pathologie psychiatrique (1/7), l'association Eole (1/7).

Concernant la prise en charge du cancer du sein, 5 organisations ont été citées : le service hospitalier de chimiothérapie (4/7), l'hospitalisation à domicile pour une chimiothérapie (2/7), la maison d'accueil pour chimiothérapie (1/7), la plateforme flamande des patients (1/7), l'équipe de soins palliatifs (1/7).

Les outils, de communication et de partage d'information, cités ont été le téléphone (5/7), la concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (4/7), le réseau de partage informatique (4/7), la messagerie sécurisée ehealthbox (1/7).

a. L'hôpital

Quatre informateurs ont expliqué le rôle de l'hôpital dans cette situation. La plupart du temps, la prise en charge des cancers du sein est organisée par des équipes spécialisées selon un *itinéraire clinique (…) spécifique à chaque structure hospitalière.* Un médecin interrogé a précisé à quel point les choses ont été organisées par l'hôpital qui *a développé des structures d'accueil et de suivi des patients avec des infirmières de liaison qui vont jusqu'au domicile du patient, qui peuvent téléphoner directement au patient pour lui rappeler un rendez-vous, etc.* Un autre a décrit *des équipes pluridisciplinaires très efficaces avec des psychologues, des médecins de plusieurs spécialités et des professionnels paramédicaux qui travaillent ensemble, véritablement en équipe.*

Il existe une possibilité qui se développe *de plus en plus*, c'est celle d'organiser les chimiothérapies au domicile des patients, mentionnée par deux informateurs. Cela est réalisé au sein de *projets pilotes* avec *des infirmières spécialisées de l'hôpital qui viennent faire couler les perfusions à domicile*. Un médecin, a identifié *la fonction de coordinateur de soins oncologiques* (où) *des infirmières de l'hôpital établissent directement le lien avec la prise en charge du patient à domicile.*

Pour faire le lien entre l'hôpital et le médecin généraliste, il existe un dispositif de *concertations oncologiques multidisciplinaires*, cité quatre fois. Il permet aux médecins généralistes de participer aux discussions des médecins spécialistes concernant la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer à l'hôpital. Ce dispositif permet de rémunérer le médecin généraliste pour sa participation. Le médecin *peut être invité par l'hôpital* ou bien demander à participer. Un des informateurs a regretté que cela ne soit pas le cas en pratique et a qualifié cette réunion comme *un entre-soi de spécialistes concernant les décisions thérapeutiques ou situations palliatives…* Plusieurs médecins interrogés ont souligné la contrainte que cela peut représenter dans leur emploi du temps, *cela peut très bien prendre une heure et demie à deux heures de voiture, avec le temps de la réunion cela fait très vite une demi-journée.* L'un d'eux en a déduit *qu'il n'y a qu'une minorité des médecins qui va y aller parce que ce n'est pas toujours facile de prendre le temps pour le faire.* Un autre a évoqué un changement vers *ce qui est probablement l'avenir et qui commence à se dessiner ce sont des réunions par Skype.*

Un autre moyen de communication entre le médecin généraliste et les médecins hospitaliers qui a été mis en avant par quatre informateurs c'est le réseau informatique de partage des informations médicales. Elles sont regroupées *dans un dossier informatisé auprès du médecin généraliste, qui peut partager un certain nombre de données pertinentes via ce qu'on appelle le réseau santé wallon.* Il y a aussi *le réseau bruxellois et trois autres réseaux en Flandre, qui sont tous interconnectés, qui fonctionnent très bien, mais qui fonctionnent uniquement entre médecins (…) À Bruxelles vous avez* (le réseau) *Abrumet où les médecins généralistes ont un rôle de plus en plus important.* D'après un informateur, ces réseaux ont mis du temps à se développer, *bien que cela fasse dix ans qu'ils ont été pensés, ils sont utilisés concrètement sur le terrain depuis deux ans (…) Cela a été créé au niveau de l'hôpital au départ, mais de plus en plus de généralistes commencent à travailler avec*. L'accès se fait à partir de *la carte d'identité* du patient.

b. Les services de santé mentale (SSM)

Concernant la santé mentale, quatre médecins ont fait référence à un type de structure ambulatoire qui participe à la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques, les Services de Santé Mentale.

Selon deux informateurs ces structures ont un avantage du point de vue *financier* (car elles) *permettent à des patients psychiatriques d'être soignés sans devoir débourser des prix trop importants.* Les consultations *sont subventionnées par la région qui finance les Centres.* Selon un autre médecin interrogé, ces services *organisent actuellement les trajectoires spécialisées dans la santé mentale*. Le personnel responsable est composé de *psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'une aide juridique* (qui) *font le suivi non somatique.* Un autre a expliqué que ces structures ne dépendent *pas nécessairement d'organisations territoriales,* un autre a ajouté que *la répartition* (est) *informelle* (et que) *il n'y en a pas assez en Belgique.*

Pour deux informateurs, il existe un lien entre les médecins généralistes et les professionnels du Centre qui peuvent *les aider dans leurs décisions par rapport aux patients psychiatriques.* Un des informateurs a déclaré *: je les ai souvent au téléphone, on travaille ensemble*. Un troisième médecin a décrit une organisation particulière entre la maison médicale et le SSM : *ce qui est novateur à Trooz c'est que les deux structures sont dans le même bâtiment (…) On avance petit à petit vers un modèle beaucoup plus intégré* (…) *cela aide, entre autres au niveau de la communication informelle*.

Les Services de Santé Mentale ou Centres de santé mentale

Les missions

Les services de santé mentale (SSM) sont des structures ambulatoires destinées à offrir une réponse aux affections psychiques, psychologiques ou psychiatriques de la population. Elles reçoivent les demandes, établissent le diagnostic et instaurent le traitement. Pour chaque usager, un membre de l'équipe assure une fonction de liaison. Elles ont aussi une fonction d'éducation des professionnels de santé par le biais de séances d'information, de supervision ou de formation. Selon la réforme 107, elles s'inscrivent dans le réseau santé mentale et travaillent en collaboration avec d'autres partenaires.

Exemple d'utilisation

La structure assure une permanence d'accueil aux heures ouvrables. Les usagers, les aidants et les professionnels peuvent contacter la structure. L'équipe examine chaque demande des usagers lors d'une concertation multidisciplinaire. Les entretiens d'accueil et les consultations se font sur rendez-vous. Les prises en charge de situations d'urgence ne sont pas assurées. Cette offre est gratuite pour le patient.

Origine des SSM
Ils sont apparus dans les années soixante, représentés par les Centres de santé mentale puis Centres de guidance. Certains ont développé des compétences spécifiques dans la prise en charge de groupes de patients (exemple : les adolescents).

Les acteurs des SSM
C'est une équipe pluridisciplinaire qui assure les fonctions psychiatrique, psychologique, sociale, d'accueil et de secrétariat. La taille de l'équipe peut varier en fonction du Centre, certains regroupent vingt personnes et d'autres cinq. Environ 900 personnes travaillent en SSM en Wallonie, correspondant à environ 440 ETP (Équivalent Temps Plein).

Stratégie et pilotage
Les Services de santé mentale agissent sous l'autorité régionale. Ils possèdent chacun une direction administrative et une direction thérapeutique.

Territoire et population cible
Les SSM existent dans toute la Belgique. Il y en a 65 en Wallonie (55), 13 SSM sont agréés pour organiser une offre de soins spécifique pour les enfants et adolescents, 4 d'entre eux ont développé un Club thérapeutique. Il y en a 20 en Flandre en 2016 (56).

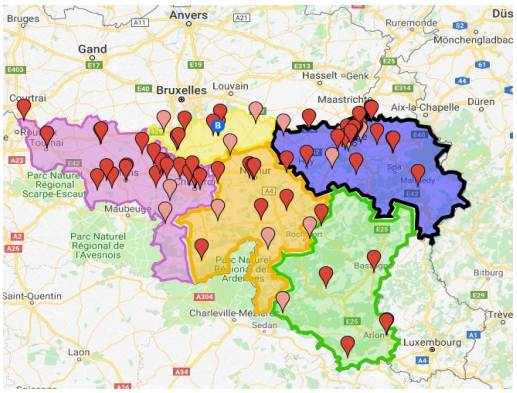


Figure 7 : Répartition des SSM en Wallonie [6]

Financement
Le financement des SSM est régional. Cela représentait 29 millions d'euros en Wallonie en 2011 (55).

Structure juridique et contrats avec les médecins généralistes
Les SSM sont des Associations Sans But Lucratif, ASBL.
Le cadre légal en vigueur pour l'agrément des services de santé mentale wallons est celui du Décret de la Région wallonne du 3 avril 2009 et du Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé du 29 septembre 2011.

Nous n'avons pas trouvé d'intégration organisationnelle ou professionnelle avec les médecins généralistes dans le statut des SSM. Cependant un des informateurs a décrit un partage des locaux entre le SSM et la MM. La communication n'est pas formalisée.

Les relations entre les SSM et les médecins généralistes sont amenées à évoluer avec la mise en place des psychologues de premier échelon en Flandre, comme nous l'a témoigné un des informateurs (paragraphe 2.1.2.b.)

[6] http://www.cresam.be/sante-mentale/les-ssm/les-ssm-de-wallonie-2/

Pour introduire la fonction psychologique de première ligne, des projets pilotes ont été mis en place, un dans chaque province flamande et un dans la Région de Bruxelles-Capitale. Chaque projet a reçu un financement annuel de 65 000 euros de décembre 2011 à février 2016. Une étude d'évaluation a été menée, soutenue par un comité de pilotage. Les objectifs étaient d'établir une méthode d'évaluation du processus et de ses effets, d'étudier les facteurs défavorables au succès des différents projets, d'évaluer les projets en collaboration avec les porteurs des projets, de définir des outils d'aide à la rédaction du rapport annuel (57).

Satisfaction

Ces structures sont saturées par manque de moyens financiers et humains avec des délais importants de consultation. En 2013, 37 % des patients ont dû attendre un mois ou davantage pour un premier contact avec un tel centre (42).

---

c. Les équipes mobiles en santé mentale

Deux informateurs ont évoqué la possibilité qu'une équipe mobile de santé mentale puisse intervenir dans la prise en charge d'une patiente dans une telle situation. Ces équipes sont rattachées à *l'hôpital et suivent les patients dans leur milieu de vie.* Elles ont pour but de soutenir*, d'appuyer la première ligne de soins* et au besoin *d'organiser la prise en charge de ces personnes qui ont des pathologies psychiatriques sévères.*

d. Autres : les associations, les appartements supervisés, les maisons d'accueil, le centre public d'action sociale

Concernant le versant santé mentale, certains informateurs ont fait référence à des associations *avec un accompagnement social et individuel, avec des assistantes sociales, des aides à domicile pour les patients avec une maladie psychiatrique comme la schizophrénie.* L'association *Similes* par exemple a été présentée *comme une association qui s'occupe des patients schizophrènes, à Bruxelles*.
L'association *Eole* citée par un autre informateur *peut donner des conseils, particulièrement en cas de problème, à des médecins généralistes qui sont face à des patients.*

Certains informateurs ont cité d'autres structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes avec une pathologie psychiatrique comme *des structures d'hôpital de jour* (… des) *appartements supervisés.*

Concernant la partie « chimiothérapie », un informateur a expliqué le projet pilote à Bruxelles de la cité Serine, *sorte de maison d'accueil qui permet de faire (…) de la chimiothérapie au domicile.* C'est-à-dire que *le patient obtient un petit appartement pour réaliser le traitement, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est pris en charge par son médecin généraliste directement qui est en contact permanent avec l'hôpital pour les protocoles.*

Un autre informateur a évoqué le rôle des équipes de soins palliatifs dans l'accompagnement des patients atteints de cancer en tant que *réseaux* (qui) *ont les compétences pour aider le médecin généraliste à prendre en charge le patient et sa famille.* Il a aussi mentionné les associations de patients telles que la *Vlaams Patiëntenplatform VZW, la plateforme flamande des patients qui soutient chaque type de problématique au niveau du patient.*

Enfin, cette situation a évoqué à certains informateurs la problématique du transport du patient et en particulier du système d'ambulance caractérisé par un médecin comme *fort variable d'une région à l'autre.*

En ce qui concerne le versant social de la prise en charge, un informateur a évoqué la possibilité de faire appel à *l'aide du Centre Public d'Action Sociale qui est attaché à la commune.* (Il) *donne un support au niveau social et au niveau de l'accompagnement administratif (…) il y a des assistantes sociales qui peuvent aider pour aller au domicile des gens, etc.*

2.1.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. Un système de soins fragmenté où le médecin généraliste risque d'être exclu de la prise en charge

La première situation aborde deux grands thèmes : la santé mentale et l'oncologie, dans un contexte social d'isolement. D'après deux informateurs, elle est révélatrice d'une *fragmentation* du système, organisé *par pathologie* (où) *il n'y a aucune organisation qui va tout prendre en compte*.

Certains informateurs ont décrit une forme de cloisonnement entre l'hôpital et l'ambulatoire ou « première ligne » avec *peu d'éléments structurels qui relient les centres de chimiothérapie, le médecin généraliste et le patient,* (il y a) *très peu de choses triangulaires*.

Pour certains les conséquences de ce cloisonnement ou fragmentation induisent l'exclusion du médecin généraliste qui dans cette situation *la plupart du temps, joue très peu de rôle (…).* Un autre informateur a remarqué *: à l'hôpital ils ont un dispositif de soins très développé qui fait que le médecin généraliste est rapidement mis de côté par l'armada hospitalière.*

Pourtant un informateur a décrit la place centrale du médecin qui rassemble les différentes données en tant que *gestionnaire du DMG (dossier médical global)* et en particulier fait le lien entre les différents secteurs par *la continuité des soins*.

b. Une organisation des soins hospitalière qui se tourne vers l'ambulatoire : un intérêt à structurer la première ligne

Un informateur a fait part d'un changement de dynamique dans l'organisation des soins avec *un mouvement de sortie d'hôpital de toute une série de prise en charge* et en particulier de prise en charge en oncologie.

À propos des nouvelles dynamiques d'organisation, un autre informateur a développé sa réponse autour de la réforme actuelle de l'organisation des soins en Flandre, la réforme des zones de première ligne. Cette réforme est basée sur un principe de territorialisation avec *60 zones de soins de santé primaires. Une zone de soins de santé primaire recouvre environ 100 000 personnes, il y en a qui sont plus grandes, il y en a qui sont plus petites.* Il y a aussi un principe de responsabilité populationnelle au niveau de la zone, *vis-à-vis de toutes les personnes qui (y) résident.* La gouvernance est attribuée à *un conseil de soins qui doit s'occuper (…) d'organiser les soins (…) et qui doit soutenir les acteurs des soins de santé primaires.* Ce conseil de soin est composé de représentants de *tous les acteurs* afin de *réaliser les objectifs de la zone de soins de santé.*

Nous verrons plus loin comment cette nouvelle organisation des soins constitue un support organisationnel dans d'autres domaines et compétences des soins primaires.

Ce même informateur a mentionné une réforme flamande qui vise à mettre en place une offre de *psychologues du premier échelon.* Il a critiqué le fait que la mise en œuvre nécessite un financement qui *doit passer par les hôpitaux.* Selon lui, *c'est au niveau des soins de santé primaires que le psychologue doit être intégré.* C'est au SSM que revient *la responsabilité d'organiser les soins des psychologues au niveau du premier échelon* dans l'objectif d'une meilleure intégration avec les soins de première ligne.

c. Des outils de communication spécifiques, mais qui restent sous-utilisés et insuffisants

Les informateurs ont décrit certains outils facilitateurs de la communication ou de l'intégration entre les différents intervenants : les appels téléphoniques, la concertation oncologique multidisciplinaire (COM) ou encore le réseau informatique de partage, « réseau de santé ».

Selon trois informateurs, ces outils de communication sont encore partiellement exploités. Concernant la COM, un informateur a précisé : *je crois être le seul de la région à l'avoir demandée, c'est une possibilité que j'ai découverte à la suite d'une recherche, c'est assez triste…* Comme nous l'avons déjà vu, certains ont aussi pointé les contraintes de temps.

Concernant le réseau informatique de partage, les informateurs ont dit être plutôt satisfaits. L'un d'eux a tout de même remarqué que certains médecins généralistes se plaignaient d'un réseau *très difficile d'accès.* Le réseau pourrait être amélioré en particulier dans le sens de la transdisciplinarité, car pour l'instant *il s'agit d'une plateforme uniquement à destination des médecins et donc les assistantes sociales, les infirmiers, les kinésithérapeutes n'y ont pas accès*. Le médecin a ajouté *: la multidisciplinarité nécessite une nouvelle façon de partager l'information* (mais) *il faut que ce soit complètement formalisé* (par rapport aux questions) *des droits d'accès et de la confidentialité (et…) du secret partagé.* Pour l'instant cela n'a pas été statué *donc les informaticiens ne peuvent pas le mettre en numérique.*

2.1.3. Précisions concernant la COM, le réseau informatique de partage et la réforme Psy 107.

a. La concertation oncologique multidisciplinaire (COM)

En oncologie, les décisions concernant la prise en charge des patients atteints de cancer nécessitent une réunion de concertation pluridisciplinaire qui a lieu à l'hôpital. En Belgique il existe une modalité dans la loi qui permet au médecin généraliste de participer à cette réunion et d'être rémunéré pour cela. Il s'agit du dispositif de la COM, la concertation oncologique multidisciplinaire. Elle doit faire l'objet d'une demande par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste. La réunion doit comprendre un minimum de quatre participants médecins spécialistes hospitaliers, de différentes spécialités, dont un coordinateur de la COM et elle peut aussi comprendre un médecin généraliste. Le médecin coordinateur doit rédiger un rapport écrit selon un modèle prédéfini, il sera envoyé aux destinataires spécifiés. Le remboursement de la prestation « participation à la COM » est possible pour un maximum de quatre médecins spécialistes hospitaliers et un médecin généraliste avec des indemnités de déplacement, car elle a lieu à l'hôpital (58).

Le rapport du KCE en 2015, « Dix ans de COM, bilan et perspectives » confirme les données recueillies auprès des informateurs. Il présente parmi les principaux résultats le fait que la présence des médecins généralistes aux COM reste très faible, principalement pour des raisons de manque de temps. Leur participation doit être facilitée, en particulier pour les patients dont la situation psycho-médico-sociale est complexe (59).

b. Le réseau de santé : un outil numérique de partage d'informations

En Belgique, au fil des années s'est développé un outil numérique de partage d'informations entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Il existe dans les trois régions sous différents noms, il y a cinq réseaux au total (réseau de santé wallon, réseau de santé bruxellois Abrumet, Cozo, VZN, Vitalink). Le réseau répertorie les documents de santé produits à propos d'un patient donné. Il s'agit des comptes-rendus hospitaliers de consultation ou d'hospitalisation, des résultats d'analyse du laboratoire, des imageries médicales, du SUMEHR (Summarized Electronic Health Record). Le réseau organise l'accès aux médecins unis par un lien thérapeutique à ce même patient, à condition que le patient ait donné son accord. Le patient peut aussi refuser l'accès à un ou plusieurs médecins. Il a la

possibilité de consulter l'historique afin de savoir quels sont les médecins qui ont consulté son dossier et à quel moment. L'inscription à la plateforme par le patient est gratuite. Depuis le mois d'avril 2017, la connexion à la plateforme est accessible depuis les smartphones. En Belgique le processus d'informatisation des dossiers a débuté depuis 1999 avec le DMG, à la demande de l'INAMI. À partir de 2004, l'informatisation s'est organisée à l'échelle locale, en réseau ou « hub ». Le réseau de santé wallon est l'initiative de professionnels du Cercle de médecins généralistes de Namur (60) et s'est progressivement étendu à toute la Région wallonne. À partir de 2009 les premiers documents sont indexés dont les SUMEHR. Il s'agit du dossier clinique résumé d'un patient, que le médecin généraliste en charge du DMG peut intégrer à la plateforme en ligne, à destination des autres médecins. Selon certaines conditions, le médecin généraliste reçoit une prime pour cela (61). Au 24 février 2017, 1 million 495 Wallons soit 28 % sont inscrits sur le réseau santé wallon (62).

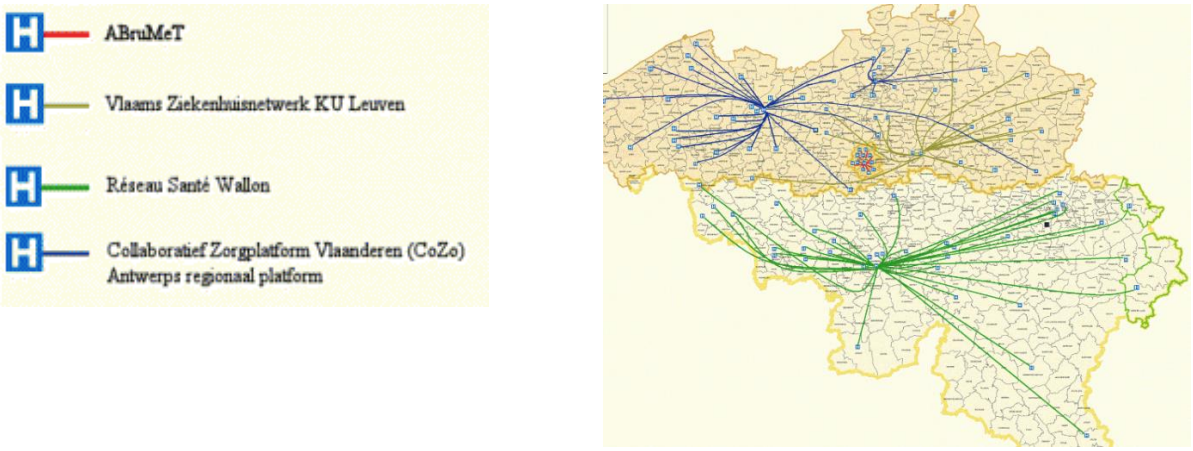


Figure 8 : Exemple de 4 réseaux informatiques de partage « Hubs » [7].

c. La réforme psy 107

Dans le domaine de la santé mentale, la Belgique évolue depuis 2010 dans le contexte de la réforme 107 (63). L'objectif de cette réforme est d'encadrer la désinstitutionnalisation des prises en charge en santé mentale (en 2008, en Belgique, il y avait 150 lits psychiatriques pour 100 000 habitants (64)). L'article 107 vise à réallouer une partie des moyens financiers et humains existants dans les hôpitaux pour les réorienter vers des soins à la communauté, ambulatoires, en créant des réseaux de santé mentale, animés par un coordinateur. Chaque réseau œuvre sur un territoire défini (65). Il s'agit d'apporter les soins dans les milieux de vie des patients qui en ont besoin et non plus de soigner les patients à l'hôpital. Il s'agit aussi de se focaliser sur le dépistage précoce des problèmes psychiatriques et de pouvoir remplir les missions de base concernant l'aide et le soin en associant la première ligne généraliste. Des équipes mobiles associées au réseau ont été mises en place pour le traitement à domicile de problèmes psychiatriques aigus ou chroniques. Le « Guide vers de meilleurs soins en santé mentale » (64), qui a été adopté au sein d'une conférence interministérielle de santé publique en 2015, reprend les éléments de la réforme.

[7] https://www.cozo.be/ehealth

2.1.4. Conclusion

Les résultats obtenus concernant la première situation à partir des verbatims et des recherches documentaires témoignent de la complexité de la situation. La fragmentation du système est représentée par la multitude d'organisations de soins partenaires pour une telle situation.

Les participants ont identifié les SSM comme des structures de soutien à leur pratique dans le secteur de la santé mentale. Elles offrent à la fois une prise en charge individuelle à chaque patient (micro), mais elles ont aussi une fonction d'éducation des professionnels de santé et créent ainsi un lien entre le secteur de la santé mentale et la première ligne de soins (meso).

Nous avons identifié au niveau « meso organisationnel », le Réseau de Santé Mentale défini dans la réforme Psy 107. Le coordinateur du Réseau œuvre pour organiser l'offre de soins en santé mentale au plus près du milieu de vie des patients sur un territoire défini. Les informateurs n'ont pas décrit cette organisation comme faisant partie du paysage organisationnel de terrain. Il semblerait que le Réseau soit pour l'instant l'œuvre de décisions politiques au niveau macro.

Concernant la discipline oncologique, l'hôpital semble jouer un rôle à la fois en tant que dispensateur de soins au sein de services spécialisés, mais aussi en tant qu'organisateur de l'offre de soins en favorisant des itinéraires cliniques.

Nous avons pu mettre en évidence des outils qui favorisent la coordination comme le réseau informatique de partage des informations médicales ou la concertation oncologique multidisciplinaire.

Enfin, nous avons vu comment la réforme en cours des zones de première ligne en Flandre a pour objectif de structurer l'offre de soins primaires sur un principe de territorialisation, grâce aux décisions du « conseil de soins » de la zone.

Nous retenons les organisations et services : SSM, COM, Réseau Informatique de Partage.

2.2. Situation 2 : perte d'autonomie de la personne âgée

Un patient âgé de 88 ans en perte d'autonomie, vit seul, sans enfant, ne se déplace plus depuis une chute récente et ne peut plus se préparer de repas, il a très peu d'argent, il doit prendre un traitement de fond quotidien et souhaite vivre à son domicile.

2.2.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Les informateurs ont identifié 6 organisations partenaires du médecin généraliste dans la prise en charge de la situation 2. Dans l'ordre de la plus citée à la moins citée on retrouve : la coordination de soins (6/7), l'équipe pluridisciplinaire de niveau micro de la maison médicale (4/7), les groupements d'infirmiers à domiciles (4/7), le centre public d'action sociale CPAS (3/7), le case manager (2/7), le Service Intégré de Soins à Domicile SISD (1/7).

Les moyens de communication entre les différents acteurs et organismes sont le téléphone (3/7), la concertation multidisciplinaire à domicile (3/7), le carnet de suivi à domicile (3/7), le contact direct (2/7), le mail (1/7).

a. Le centre de coordination des soins et de l'aide à domicile CCSAD

Six informateurs sur sept ont mentionné les centres de coordination d'aides et de soins.

Dans ces centres travaillent *des assistants sociaux qui ont la fonction de coordination de l'aide et des soins.* Ils ont également l'objectif *d'évaluer les besoins, de mettre en place les services en réponse à ces besoins (le coût est calculé au prorata de ce que les gens gagnent) et de les coordonner*. Ils connaissent bien les aides disponibles : les coordinateurs *ont un carnet d'adresses gros comme une maison*, grâce auquel ils peuvent mobiliser *des soins infirmiers et aides-soignants, des aides familiales, des ergothérapeutes, certains services de garde malade, éventuellement les repas à domicile.* Les coordinations organisent des *réunions d'intervenants et beaucoup de coordination par téléphone pour mettre en place un suivi.*

Les centres *sont en partie financés par la Région wallonne ou bruxelloise.*

Ces centres sont particulièrement utiles pour les *médecins solos.*

Un informateur travaillant dans un centre de santé intégré en Flandre a défendu une alternative au centre de coordination, en identifiant la *fonction de coordination donc si le patient a une bonne relation avec son assistante sociale, il peut proposer qu'elle fasse la coordination, si c'est avec le toubib, c'est lui qui va la faire et ainsi de suite. Cela a deux grands avantages, premièrement c'est qu'il y a un lien de confiance et deuxièmement c'est que c'est une personne qui connaît le patient et qui connaît l'équipe donc le contexte de travail.*

Le centre de coordination de soins et d'aide à domicile CCSAD

Les missions

Le centre de coordination de soins et d'aide à domicile a pour mission d'assister toute personne souhaitant rester dans son lieu de vie, en organisant les prestations de soins, d'aides et de services et en veillant à la continuité et à la qualité du maintien à domicile (66).

Exemple d'utilisation
Pour cela, le patient, un proche ou le médecin peut contacter le centre de coordination 24 h sur 24 h. Pour évaluer les besoins, le coordinateur de soins va effectuer une visite au domicile du patient ou à l'hôpital si besoin. Cette visite est gratuite. Il doit analyser les besoins, établir un plan d'intervention, planifier les interventions auprès des prestataires de services (indépendants ou associés au centre de coordination, selon la volonté du patient). À distance il doit évaluer la situation en fonction de l'évolution des besoins et peut utiliser pour cela la concertation multidisciplinaire au chevet du patient (67).

Origine du service
En 1989, le Conseil de la Communauté française vote un décret (ministre Picqué) organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile (68). Les initiatives locales d'accompagnement se sont alors progressivement regroupées pour former les centres. La mission de coordination a été professionnalisée depuis l'arrêté wallon du 30 avril 2009 (67,69). Il y a plusieurs centres par province wallonne. En Wallonie la plupart des centres de coordination de soins et d'aide à domicile sont représentés par une fédération. Il existe trois grandes fédérations : la FASD (aides et soins à domicile, mutualité chrétienne) ; la FCSD (centrale de services à domicile, mutualité socialiste) ; Accoord (mutualité neutre).

Acteurs
Les acteurs sont les coordinateurs, il y en a plusieurs par centre de coordination.

Stratégie et pilotage
Nous n'avons pas trouvé d'informations à ce sujet.

Territoire et population cible
En 2012, 30 centres de coordination étaient agréés par la Wallonie : 4 en Brabant-Wallon ;12 en Hainaut ; 5 à Namur, 2 au Luxembourg et 7 à Liège (70). À Bruxelles il y a 6 ASBL qui gèrent les centres de coordination dans les 19 communes de la région Bruxelles-Capitale.
Il semblerait que cette dénomination soit réservée à la communauté wallonne bien que les services d'aides à domicile existent évidemment en Flandre, et semblent être portés par les CPAS. La division en zones de soins existe aussi, avec 14 zones de soins en Flandre « zorgregio » (71).

Les activités de tout centre de coordination s'inscrivent totalement ou partiellement dans les zones de soins définies pour les SISD. Dans chaque zone de soins, le nombre de centres de coordination qui peuvent être agréés est déterminé par le nombre de tranches entamées de 100 000 habitants, en tenant compte de certaines règles (67) :

- Le nombre de centres ne peut être inférieur à trois et supérieur à cinq dans une zone de soins.
- Dans chaque zone de soins, il n'y a pas plus de deux centres d'une même fédération.
- La population âgée de 60 ans et plus est comptabilisée pour deux.

Financement du service
Les CCSAD sont subventionnées par la région, en fonction de la taille de la population couverte et l'activité, selon certaines règles.

- Le budget disponible est réparti à concurrence de 30 % pour la couverture territoriale et de 70 % pour la taille de l'activité.
- La couverture territoriale de chaque zone de soins est calculée en comptabilisant la population âgée de 60 ans et plus, pour deux personnes.

Fin 2009, le mode de subvention est modifié et dépend de points accordés pour les activités assurées, notamment pour des réunions de coordination et de réévaluation.

Depuis 2012, la réunion de réévaluation (après le plan d'intervention) peut être formellement enregistrée et facturée aussi comme CM.

Structure juridique et contrats
Le centre de coordination, constitué en ASBL, conclut une convention avec le ou les Cercles de médecins généralistes ainsi qu'avec le SISD.

Code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé.

Satisfaction
Les informateurs exerçant en Wallonie semblent plutôt satisfaits et de manière générale, les centres de coordination sont reconnus dans la région.

Cependant la collaboration avec le médecin traitant est parfois critiquée. Pour un autre informateur, la fonction de coordination n'a pas lieu d'être réalisée par une personne supplémentaire à l'équipe de soins habituelle. Cela implique notamment que le médecin généraliste travaille au sein d'une équipe formalisée.

---

b. L'équipe pluridisciplinaire de la maison médicale

Les médecins qui travaillent en maison médicale *utilisent leur équipe pour s'occuper de leurs patients. Les assistants sociaux s'occupent des problèmes plus pratico-pratiques, les infirmiers passent à domicile, etc.* Grâce à l'exercice dans un même lieu *c'est très facile de se coordonner, car on partage le même dossier médical, le même local, on partage des habitudes de soins, on se connaît, tous ces éléments-là. On met en place des outils à domicile, on a des ordinateurs portables avec le logiciel informatisé au domicile. Le réseau est facile. Il est facile surtout pour le soin cependant il n'y a pas d'aide familiale, d'aide-ménagère, de repas.* Pour ces dernières prestations, la maison médicale fait appel au centre de coordination d'aides et de soins.

c. Le centre public d'action sociale

Trois informateurs ont cité le Centre Public d'Action Sociale (CPAS) dans la coordination des aides à domicile. *Pour chaque commune de Belgique* (il y a) *un CPAS qui est dirigé par un conseil d'administration* (composé par des) *élus de la commune et qui* (propose) *toute une série de services à la disposition des habitants.* Les services proposés comprennent *les repas à domicile, l'aide-ménagère (…) ils peuvent aider pour transporter le patient à une consultation à l'hôpital, ils peuvent résoudre les problèmes financiers et sociaux.* Un informateur souligne l'intérêt du CPAS dans son *village (…) ils connaissent bien la situation locale et ils connaissent beaucoup de gens et sont bien placés pour organiser* les aides.

Le Centre Public d'Action Sociale

Les missions
Un CPAS assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux. Chaque commune est pourvue de son propre CPAS. Le CPAS propose par exemple : un service d'aide médicale (carte médicale, aide médicale urgente), un service d'aide et soins à domicile (aide familiale, repas à domicile, ménage…), un service d'aide psychosociale, un service d'assistance judiciaire…

Le CPAS fournit aussi des aides financières pour les personnes défavorisées comme le revenu d'intégration sociale (RIS) (72,73). Les demandes d'aide sont examinées par un travailleur social, puis sont approuvées ou non par le Conseil de l'Action Sociale du CPAS.

« L'aide médicale urgente » est un dispositif qui permet aux personnes qui n'ont pas accès aux ressources habituelles d'accéder à des soins. L'arrêté royal du 12 décembre 1996 stipule que l'aide peut être tant préventive que curative. C'est le dispensateur des soins qui détermine par un certificat médical obligatoire la nécessité des prestations effectuées.

Exemple d'utilisation
Le médecin peut contacter directement le CPAS par téléphone ou s'y rendre pour présenter une situation. Le patient peut aussi contacter directement le CPAS.

Ainsi le CPAS est une structure à la croisée de plusieurs thématiques abordées dans notre entretien. Le rôle du CPAS a été illustré par les informateurs dans la situation de la perte d'autonomie avec besoin de coordination de soins, mais aussi en réponse à la thématique de l'accès aux soins des personnes n'ayant pas de droits ouverts à l'assurance maladie, comme les personnes sans papiers ou certaines personnes sans domicile fixe.

Origine du service
C'est dans les années 70 que naît une mesure sociale importante ; l'avènement du droit à un minimum de moyens d'existence (minimex) et la Loi de 1976 créent les CPAS (Centres Publics d'Aide Sociale). Dans le même temps, il y a la réforme des communes qui passent de 2300 à 600, avec un CPAS par commune. En 2002 la loi DIS (Droit à l'intégration sociale) les rebaptise Centres Publics d'Action Sociale pour illustrer la volonté d'un processus intégratif par rapport à une aide passive (74). Il semblerait qu'il existe en Flandre en 2019 une volonté politique d'intégrer les CPAS aux communes (75) tandis que la région de Bruxelles Capitale s'y oppose et qu'en Région wallonne, chaque municipalité pourra décider de la fusion avec le CPAS (76,77).

Acteurs
Le CPAS est composé de plusieurs acteurs, dont le président, un secrétaire, un receveur, le personnel du service social qui comprend au moins un travailleur social. Le Conseil de l'Action Sociale est l'organe de décision, il est composé de 9 à 15 membres élus par le conseil communal.

Stratégie et pilotage
Les Centres Publics d'Action Sociale mettent en œuvre les politiques fédérales en matière d'aide sociale individuelle et les politiques régionales liées à la gestion de services médico-sociaux à la population.

Territoire et population cible
La population et le territoire qu'ils desservent sont clairement identifiés puisqu'il en existe un par commune. Cette forte liaison à la commune a pour conséquences une grande variabilité dans le fonctionnement et les missions que remplissent les CPAS (77).

Financement
Les CPAS reçoivent des financements fédéraux et communaux.

Structure juridique et contrats
Il semble que le lien entre les médecins généralistes et les CPAS ne soit pas standardisé, mais plutôt spécifique à chaque commune.

Satisfaction
Un des informateurs nous a fait part de certaines difficultés auxquelles font face ces organisations.

d. Les groupements d'infirmiers à domicile

Quatre informateurs ont évoqué la possibilité de faire appel à des infirmiers à domicile, regroupés au sein de cabinets de groupe. Ils *existent un peu partout en Belgique* et *élargissent très souvent leur offre à des choses qui vont au-delà des soins infirmiers* (aidant à la mise en place) *de repas, des possibilités d'aide-ménagère.* Ainsi *un réseau informel (…) va se créer en fonction des choix du médecin ou des choix du patient* (…) Pour *chaque situation* (va se) *former une équipe presque originale dans le sens tout à fait spécifique, même si souvent dans les faits le médecin généraliste va travailler avec les cinq ou six infirmières du coin, mais ce n'est pas du tout figé.*

e. Le case manager

Deux informateurs ont fait référence à la fonction de case manager de manière peu précise. Ils ne semblaient pas en avoir eu l'expérience. *C'est un gestionnaire de cas clinique, qui peut mettre les uns et les autres en contact et définir les rôles des différentes fonctions qui vont graviter autour de la personne.*

f. Le SISD et la COM

Un informateur a évoqué le Service Intégré de Soins à Domicile, une structure qui a pour mission de stimuler la collaboration entre les acteurs de première ligne, de mettre *autour de la table toute une série d'acteurs d'un même territoire qui essaient de mettre en place des politiques communes (…) Un des travaux notables, qui n'est pas le seul, mais qui est remarquable, qui a été fait par le SISD de Liège, ça regroupe 250 000 à 300 000 patients, c'est la mise en place d'un cahier de coordination unique.* Le SISD permet en particulier de faciliter la concertation multidisciplinaire à domicile. (Ce sont des) *réunions au lit du malade avec l'ensemble de l'équipe (…) qui se font plutôt en début de* prise en charge *pour mettre en place et essayer de mieux juger de tous les besoins du patient.* (Les SISD*) prennent tous les contacts et gardent (…) ce rôle de transmission de l'information (…).*

Un autre informateur a situé clairement le SISD au niveau méso. *C'est plutôt du meso organisationnel (…) dans le sens où ceux qui les composent ce sont des représentants professionnels qui essaient plutôt de mettre en place des protocoles de collaboration entre grands services.* L'informateur considérait que les SISD sont *assez détachés du terrain. La plupart des professionnels du terrain ne savent pas ce qu'est un SISD. Ça, c'est évident, c'est un bon indicateur de leur éloignement et de leur situation dans le paysage organisationnel.*

2.2.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. La forme d'organisation micro détermine les acteurs de la coordination.

Cette situation a permis d'illustrer la variété des schémas de réponse possible en mobilisant différents acteurs du niveau micro, par l'intermédiaire d'organisations de niveau meso ou non. Les pratiques varient particulièrement en fonction du type de pratique médicale à laquelle le médecin généraliste est attaché : *il faut distinguer deux types de pratiques, la pratique forfaitaire pluridisciplinaire et la pratique à l'acte, soliste.*

Les informateurs qui exercent en maison de santé (pratique pluridisciplinaire au forfait) ont tous mis en avant l'avantage de cette organisation de niveau micro en termes de coordination. *On a des concertations dans la maison médicale, une fois par semaine, multidisciplinaires (…) pour communiquer sur le suivi des patients et sinon une communication informelle puisqu'on travaille sur le même lieu.*

b. Il manque un outil formel de communication pluriprofessionnelle

Certains informateurs ont fait part d'un défaut de communication par manque d'un outil. *Au domicile il y a peu d'échange entre les différents intervenants sauf parfois des supports papier qui sont mis en place ou pas.* Avec la réforme des soins primaires en Flandre, *les plateformes interprofessionnelles* devraient *faciliter les échanges entre les différentes professions* incluant les professionnels de l'aide et du soin.

c. La possibilité de mutualiser des ressources grâce au niveau meso

Les organisations de niveau meso pourraient mettre à disposition certaines compétences spécifiques d'aide et de soins aux équipes micro dans des situations complexes. *Il y a des réflexions en cours à Bruxelles pour qu'il y ait des structures meso qui puissent employer des psychologues ou des compétences plus rares comme des ergothérapeutes ou des travailleurs sociaux spécialisés en santé mentale par exemple ou des accompagnateurs sociaux qui sont des gens qui accompagnent les patients sur leurs lieux de soins et qui pourraient être engagés sur plusieurs structures en même temps.*

d. La réforme des zones de première ligne

Le cas clinique 2 a été l'occasion à nouveau d'aborder la réorganisation en cours des soins primaires en Flandre. Un informateur impliqué directement dans la mise en œuvre de cette réforme souligne l'importance pour un patient, d'être inscrit auprès d'un dispositif de première ligne. Il émet une certaine critique du système actuel, qui induit une équipe de professionnels différente pour chaque patient, ce qui va dans le sens inverse de l'intégration. *On va transformer le libre accès ou libre choix du niveau individuel où chaque personne pour chaque problème choisit son prestataire de soins indépendant, vers le choix d'une équipe en entrant dans un dispositif de première ligne.*

2.2.3. Focus sur le Service Intégré de Soins à Domicile

a. Principes

En Belgique, pour faciliter la coordination des acteurs ambulatoires, il existe une organisation du territoire en Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Cette organisation existe en Wallonie et aussi en Flandre (GDT Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging) au sein des initiatives de collaboration en soins primaires (SEL samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg)(78). Elles ont été créées à l'initiative du niveau fédéral en 2002. Elles sont constituées de représentants des praticiens et de représentants des structures de coordination.

Elles ont pour missions de stimuler la collaboration entre les acteurs de première ligne, sur une zone géographique ou « zone de soins », dans l'objectif de proposer une offre de soins et d'aide cohérente et accessible aux patients. Les SISD constituent des plateformes de concertation pluriprofessionnelle et d'information. Les SISD ne sont donc pas des dispensateurs de soins, mais ils doivent veiller à ce que les soins et services de première ligne soient accessibles, organisés et bien dispensés. Pour cela, ils travaillent entre autres à la mise en œuvre de la concertation multidisciplinaire au domicile (66).

b. La concertation multidisciplinaire à domicile

La concertation multidisciplinaire (CM) c'est une réunion des prestataires d'aides et de soins autour d'un patient en perte d'autonomie. Son objectif est d'assurer une prise en charge de qualité au domicile, avec un « plan de soins » explicite et une coordination des actions de chaque professionnel (79). Cette réunion est actée par un rapport qui permet aux prestataires d'être rémunérés. Cette concertation vise principalement les professionnels du domicile, mais dans le cadre légal elle peut aussi se dérouler à l'hôpital avec les intervenants concernés, en préparation d'une sortie d'hospitalisation. La réunion doit intégrer le médecin traitant, un infirmier et un troisième intervenant (prestataire de soins ou dispensateur d'aide). Elle est rémunérée par l'INAMI, une fois par an, et paie tous les intervenants (maximum de 4). Une étude a été réalisée pour le SISD de Liège afin d'identifier les freins et les leviers à la réalisation de la CM. En effet, le nombre annuel de CM enregistrée ne dépassait pas 70 pour une population couverte de 800 000 personnes, sauf en 2009 et 2014, où il atteignait un nombre à peine plus encourageant d'une centaine de CM (79).

2.2.4. Conclusion

La situation 2 a permis d'identifier des outils formalisés pour la coordination des soins à domicile : la fonction de coordinateur de soins et la concertation multidisciplinaire à domicile (CM).

Les résultats ont permis de mettre en évidence des organismes de prestataires d'aides à domicile ou de soins à domicile qui peuvent aussi fournir une fonction de coordination. Certains semblent agir uniquement au niveau micro comme les CCSAD qui offrent des services individuels avec une mission de coordination à l'échelle du patient. Nous n'avons pas perçu au sein de ces organisations de missions de coordination entre les services. Certains agissent selon une logique mixte micro et meso organisationnel comme les CPAS (OCMW en flamand) avec à la fois une interaction directe avec le patient, mais aussi un rôle de gestion des services médico-sociaux pour la population de la commune. D'autres organismes agissent plus spécifiquement à un niveau intermédiaire du système avec un rôle de meilleure connaissance des acteurs et de facilitateur dans la réalisation de la coordination, il s'agit des SISD ou GDT, intégrant alors les missions de « support », de « coordination » et « d'évaluation de la qualité ».

Enfin, cette situation a permis de compléter les données concernant les zones de première ligne. Un patient s'inscrit dans un des « dispositif de soins » de la zone et choisit ses prestataires parmi ceux du « dispositif », dans l'objectif d'améliorer la coordination entre des prestataires qui se connaissent.

Nous retenons les organisations et services : CPAS, SISD, CM.

2.3. Situation 3 : diabète, éducation thérapeutique

Un patient de 50 ans, obèse et diabétique, doit passer sous insuline. Il doit aussi améliorer son alimentation et son activité physique.

2.3.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

La majorité des informateurs (6 sur 7) a fait référence au dispositif du « trajet de soins diabète » qui permet entre autres de donner accès au patient à un médecin spécialiste et à un éducateur au diabète, souvent un infirmier. La composition de cette équipe est favorisée dans les structures pluriprofessionnelles comme les maisons médicales (citées par 3 informateurs sur 7). Les médecins généralistes peuvent solliciter une organisation de support à la mise en place du « trajet de soins » qui est le Réseau Multidisciplinaire Local (RML) (5 sur 7). Enfin une organisation a attiré notre attention et nous a semblé pertinente par rapport à l'objectif de notre travail. Il s'agit de la plateforme de concertation médecin généraliste-médecin spécialiste, présentée par un seul informateur (1 sur 7).

a. L'infirmière et les professionnels de l'équipe micro pluriprofessionnelle

Les informateurs qui travaillent en pratique de groupe intégrée ou maison médicale ont expliqué faire appel à l'*infirmière (…) spécialisée en soins diabétiques* de leur structure. Pour un informateur, la composition pluriprofessionnelle et les échanges autour du patient permettent d'être *beaucoup plus proche des réalités du patient en pouvant discuter avec l'assistante sociale au niveau de la médecine générale et avec les kinésithérapeutes.* Cette forme de pratique permet aussi au patient d'accéder à (différents) *programmes plus ou moins spécifiques qui incitent les gens à mieux s'alimenter et à bouger plus.*

b. Le Réseau Multidisciplinaire Local d'appui au Trajet de Soins

Il existe en Belgique un dispositif appelé « le trajet de soins » *que le gouvernement a organisé pour le diabète et l'insuffisance rénale*. C'est un contrat *qui officialise la création d'un réseau entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste, l'éducateur spécialisé et le patient.* Il y a *des critères d'éligibilité : avoir un traitement oral à dose maximale, nécessiter un passage à l'insuline, avoir un taux d'hémoglobine glyquée élevé* (mais aussi) *un incitant financier à le créer* (et) *quatre indicateurs de suivi*. Il donne le droit au patient de bénéficier d'une prise en charge avec de *meilleurs remboursements.* Lorsque le patient est inscrit dans le « trajet de soins », *l'éducateur va voir le patient cinq fois par an pendant trois quarts d'heure, une heure pour lui expliquer comment* (faire), *que ce soient les injections d'insuline, le contrôle des glycémies, l'éducation concernant le contrôle des pieds, l'activité physique ou les conseils d'alimentation…* Le patient doit réaliser un certain nombre de consultations avec les différents professionnels qui ont signé le contrat sinon *le système va s'arrêter.* Pour cela, des professionnels de santé ont été formés avec *200 heures de cours (…) c'est ouvert aux kinésithérapeutes, aux médecins, aux infirmiers, tout un tas de professions et ils deviennent éducateur spécialisé. Ils ne font pas ça à temps plein. Ils sont à leur compte*.

Plusieurs informateurs ont mentionné le rôle du RML : *structure d'appui à la création du réseau de première ligne, avec un coordinateur. Le coordinateur du RML n'a pas de contact avec le patient, il n'a pas un rôle clinique, mais uniquement organisateur du réseau (…) Le RML de Bruxelles fournit une liste des éducateurs en diabète.* Les RML *organisent la formation des éducateurs.* (Il y a) *des formations mixtes avec les endocrinologues.* Ce sont des initiatives du niveau fédéral, mais leur financement a été *transféré vers les communautés.* Les RML sont des *association*(s) *qui* (sont liées) *au départ aux Cercles de médecins généralistes.* En plus d'assurer une *fonction essentiellement administrative en support au médecin généraliste pour la création des trajets de soins (…) d'autres RML, comme celui de Bruxelles, ont un champ d'action plus large* par exemple le projet de soins « *Integreo » qui travaille sur la collaboration entre les hôpitaux, les hospitalisations à domicile, et les soins à domicile organisés par les médecins généralistes.*

Le Réseau Multidisciplinaire Local RML

Les missions

Le RML a pour objectif de soutenir les dispensateurs de soins dans l'implémentation des « trajets de soins » pour une maladie chronique et dans le développement d'un réseau multidisciplinaire de première ligne (80).

Les missions des RML ont été initialement définies par l'INAMI lorsque les projets pilotes ont été mis en place en 2009 :

- Récolter, diffuser l'information aux patients et aux dispensateurs de soins dans le cadre du contrat trajet de soins (dresser la carte de tous les partenaires).
- Soutenir et faciliter la réalisation des contrats (aide administrative)
- Soutenir et faciliter la communication, le partenariat et la concertation locale entre les professionnels qui collaborent dans le trajet de soins.
- Évaluer le fonctionnement du réseau.

Dans le mouvement global du transfert des compétences du niveau fédéral à celui des régions, depuis 2016, les missions ont été redéfinies. En Wallonie, le gouvernement a souhaité que les RML puissent favoriser la collaboration des professionnels de première ligne autour d'autres maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires ou les maladies respiratoires. Les missions se sont élargies par rapport au seul soutien à la réalisation du trajet de soins (81). Cet élargissement avait d'ailleurs été souhaité dans le rapport de l'INAMI de 2014 qui favorisait un nouveau modèle de soins chroniques non liés à la pathologie et tenant compte de la multimorbidité (80).

Exemple d'utilisation

Un médecin généraliste et son patient veulent initier un « trajet de soins » pour la prise en charge d'un diabète de type 2. Le médecin peut appeler le numéro d'appel unique du réseau pour demander de l'aide au promoteur de soins du réseau multidisciplinaire local. Le promoteur répond aux questions du dispensateur de soins qui le plus souvent est le médecin généraliste. Il peut réaliser les démarches administratives initiales. Le promoteur peut aider à la coordination entre les intervenants du « trajet de soins », organiser des formations et des rencontres, il peut se déplacer au cabinet du médecin…

Des procédures protocolaires et des prescriptions types ont été mises en place au sein des Cercles de médecins généralistes et des RML pour faciliter les démarches.

Origine des RML

En 2006, deux projets de collaboration autour du patient diabétique à Alost et Louvain ont démontré que les RML pouvaient offrir un important soutien aux acteurs concernés dans le champ de la collaboration (82). Puis en 2009 la formalisation des RML a été faite en parallèle de la mise en place des « trajets de soins ».

L'Arrêté Royal du 21 janvier 2009 définit le « trajet de soins ». Il s'agit de la prise en charge organisée d'un patient chronique atteint d'une pathologie déterminée, sur la base d'un contrat « trajet de soins » qui fixe pour une période initiale de quatre ans les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le bénéficiaire en vue de réaliser des engagements et des objectifs personnalisés s'appuyant sur des recommandations « evidence-based » de bonne pratique (83).

Cette initiative fédérale est alors appuyée par l'INAMI qui lance un appel à projets pour la création des RML avec pour objectif de gérer les « trajets de soins » de deux maladies chroniques : le diabète

et l'insuffisance rénale (80). Ce sont les Cercles de médecins généralistes qui répondent à l'appel à projets et par l'intermédiaire desquels les RML sont financés. Au fur et à mesure, les Cercles d'une même province signent la convention avec l'INAMI et les SISD et participent au RML. Ainsi sur le territoire d'une province, le RML n'est pas toujours effectif partout. Comme nous l'avons déjà évoqué, lors de la 6e réforme de l'État, cette compétence a été transférée aux régions c'est-à-dire depuis le 1er janvier 2016.

Il y a 46 réseaux en Flandre et 12 en Wallonie.

Acteurs
Le RML est représenté par un promoteur de réseau de soins qui travaille avec un secrétariat, ce qui correspond à une équipe d'une à quatre personnes.

Stratégie et pilotage
La stratégie est définie par le comité de pilotage, par exemple un médecin généraliste, un médecin spécialiste, une infirmière spécialisée en éducation thérapeutique et un autre professionnel paramédical). Une partie du comité est issue du Cercle de médecins généralistes. Le pilotage doit se faire en collaboration avec le SISD.

Dans le rapport de 2014 de l'INAMI sur les « trajets de soins », la fonction de promoteur diffère selon les projets et dans les faits il y a peu de collaboration multidisciplinaire au niveau stratégique ou opérationnel et peu de collaboration avec les SISD. Les promoteurs et les comités de pilotage demandent plus de coaching et de soutien pour mieux définir et réaliser leurs missions (80).

Territoire et population cible
Initialement, le territoire d'action et la population cible des RML n'ont pas été définis sur des critères démographiques, mais laissés au choix des acteurs, en correspondance avec les Cercles locaux et les SISD. Il semble que ce critère ait parfois entravé la création des RML.

La délimitation du périmètre a un impact sur la manière dont le RML peut s'acquitter de sa mission : le nombre de Cercles actifs dans le périmètre délimité, le degré d'urbanisation (la ville et la campagne ont chacune leurs problématiques spécifiques), le nombre de médecins, l'attitude des médecins et la non-correspondance avec la délimitation des zones de soins sont autant de facteurs qui compliquent la mise en œuvre (84).

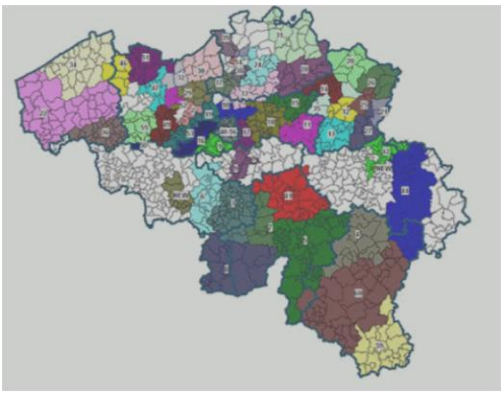


Figure 9 : Distribution géographique des RML [8]

[8] http://www.rml-liege.be/accueil/un-rml-cest-quoi

Financement
Le Cercle de médecins généralistes est le point d'ancrage du financement. Le financement initialement fédéral a été transféré aux régions depuis 2016.

En Wallonie, le financement comprend le coût salarial du promoteur du réseau qui correspond à 60 % minimum du financement, les autres coûts de fonctionnement et une indemnité équitable pour les membres du Cercle et/ou du SISD, chargés de l'accompagnement du (des) promoteur(s). Le montant annuel du financement est modulé en fonction du nombre d'habitants de la zone couverte. Le financement se fait à partir des conventions conclues avec le comité de l'assurance maladie sur proposition de la Commission Nationale Médico-Mutualiste. La durée initiale de la convention est de 4 ans. Une prolongation ne peut être obtenue qu'après une évaluation positive (85). Le budget consacré par la Wallonie au fonctionnement des 12 RLM s'élevait à 1 652 000 € pour la première année de la convention pluriannuelle (Communiqué de presse du 12 janvier 2017).

Structure juridique et contrats
Nous n'avons pas trouvé d'information concernant la structure juridique du RML. Les contrats qui lient les professionnels entre eux sont le contrat du « trajet de soins », mais ce n'est pas obligatoire de passer par le RML. Le Cercle signe un contrat avec le promoteur du « trajet de soins » et les secrétaires qu'il emploie.

Satisfaction
Dans le rapport de l'INAMI de 2014, la partie concernant les RML fait état d'une satisfaction des acteurs. L'attitude générale est positive : tous les partenaires désirent continuer les RML et les trajets de soins en conservant l'approche expérimentale « bottom-up » (80). Le rapport fait état des différentes formes et missions des RML en fonction des zones qu'ils desservent et des acteurs impliqués. Les conclusions du rapport incitent à l'innovation vers des projets pilotes tenant compte de la multimorbidité : la collaboration multidisciplinaire et les systèmes d'information doivent être renforcés. Les tâches du comité de pilotage et du promoteur de « trajet de soins » doivent être mieux détaillées et soutenues.

Dans le rapport du KCE de 2012 sur l'organisation des soins des patients atteints de maladies chroniques on peut extraire d'autres appréciations. En Flandre et à Bruxelles, les RML ont été complètement pris en charge par les Cercles de médecins généralistes. En Wallonie, les « trajets de soins » ont été moins bien reçus, ils ont été perçus comme une approche top-down pourtant ils ont été une étape importante du développement des soins intégrés aux niveaux micro et meso. Deux problèmes en rapport avec cette initiative ont été soulignés par les parties prenantes : une approche top-down et une approche centrée sur la maladie qui ne prend pas en compte la multimorbidité (86).

c. La Plateforme de Concertation Locale MG-MS

Un des informateurs a décrit une organisation innovante : la plateforme de concertation MG-MS. Il considérait que cette organisation a favorisé la mise en œuvre des « trajets de soins diabète ». *On les a créés autour d'un hôpital, on a nécessairement parlé du diabète, les MG et MS se sont vus, ils ont échangé…* Ces plateformes permettent d'organiser l'offre de soins à partir de la concertation entre plusieurs professionnels de terrain, cela a notamment permis de mettre en place *des consultations décentralisées de diabétologie au niveau d'un lieu commun en ville, géré par des généralistes.* Cette organisation est issue d'une dynamique locale et les plateformes *pour l'instant n'ont pas de reconnaissance officielle, elles existent par la motivation du département* (universitaire de médecine générale).

Contexte : Le système local de santé SYLOS

Un des informateurs a évoqué la création d'une plateforme de concertation entre MG et MS dans sa localité. Il a d'ailleurs mentionné le rôle de cette plateforme dans le développement du RML et des « trajets de soins » concernant le diabète. Il s'agit d'un médecin généraliste qui exerce à Liège et qui a consacré sa thèse en sciences médicales au développement et à l'étude de ces plateformes. La thèse de J-L Belche constitue la principale source de données concernant la description de cette organisation.

Selon l'auteur, le système local de santé (SYLOS) est une entité décentralisée et fonctionnelle du système de santé, intégrant les services de santé nécessaires pour assurer les soins de santé essentiels pour une population donnée. Il est dynamisé et coordonné par une structure de pilotage. La finalité est l'intégration des soins (26).



Figure 10 : Composantes du SYLOS selon J-L Belche [9]

« Attribuer la responsabilité des soins d'une population donnée à l'ensemble des services de santé constitue, à nos yeux, le premier pas de l'intégration, en définissant un objectif commun et partagé par les différents protagonistes et en reconnaissant leur complémentarité. Par ailleurs le modèle replace l'importance de l'intégration des soins comme un moyen de tendre vers des soins de qualité. »

Fonctions, missions

La plateforme de concertation du SYLOS permet de réunir les représentants de la première et de la deuxième ligne de soins concernant une aire géographique et sa population. L'auteur précise : « l'objectif de la plateforme est d'organiser une coordination des acteurs vers un système intégré où chaque service a son propre rôle, mais où par son statut de système, il peut répondre à tous les cas de figure. La plateforme opère en gardant le patient au centre du système et en facilitant une meilleure connaissance mutuelle entre soignants. »

La concertation se fait par une réunion mensuelle ou trimestrielle. Les réunions sont modérées par un animateur qui assure le débat, reformule les questions, les restitue dans la perspective d'un SYLOS fonctionnant de manière intégrée, fait le compte-rendu des réunions et organise l'agenda des réunions en fonction des préoccupations des participants (87).

Un article du magazine du centre hospitalier régional (CHR) La Citadelle à Liège nous donne des exemples de réalisations concrètes du SYLOS Centre Hospitalier Régional La Citadelle — Cercle de

[9] Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population, Jean-Luc Belche.

médecins généralistes GLAMO (Groupement Liégeois des Associations et des Médecins Omnipraticiens) (88) :

- Adaptation des rapports de néphrologie et des urgences psychiatriques
- Rapports rapides d'admission en gériatrie (phase pilote)
- Listing des médecins généralistes pour les TS « trajets de soins », le projet pilote postnatal, etc.
- Hotline gériatrie réservée aux médecins généralistes
- Consultations décentralisées de diabétologie dans les locaux du GLAMO
- Amélioration de la structuration et du contenu des courriers à destination des généralistes
- Protocoles de soins partagés pour l'insuffisance cardiaque sévère et les soins postnataux (en phase de test)

Origine

Un travail de recherche-action en santé publique de l'IMT (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers) s'est inspiré des districts sanitaires en Afrique et des systèmes locaux de santé en Amérique latine. L'initiative partait du constat d'un manque de coordination entre le premier et le deuxième échelon (la médecine générale et l'hôpital) (89).

Le principe de la recherche-action c'est d'analyser les pratiques à partir du cas d'un patient, d'identifier le parcours du patient et les problèmes associés selon une grille de questions. Le groupe de recherche fait alors la synthèse des mesures à prendre pour améliorer le système. Des sous-groupes mettent en place une recherche-action pour instaurer des mécanismes correcteurs (89).

Cela a donné naissance depuis 1994 à sept expériences d'organisation de systèmes locaux de santé en Belgique (90), jusqu'en 2002 : Caesar de Paepe à Bruxelles, Gand, Ath ; HUDE à Bruxelles, Anvers, Molière à Bruxelles et Malmedy. En 2016, certains sites étaient toujours actifs (Molière, Malmédy), les données sont indisponibles pour le site à Anvers et les quatre autres ne sont plus actifs.

D'après J-L. Belche, ces projets ont permis plusieurs constats : la nécessité d'une fonction « animateur de SYLOS », l'importance de constituer la coordination avec des acteurs mandatés par leurs collègues, la nécessité d'inclure les autres professionnels comme les infirmiers ou les professionnels des soins à domicile et enfin l'importance de s'adapter au contexte local.

Le SYLOS de Liège a été créé en 2012 avec les médecins généralistes du GLAMO (250 médecins généralistes) et les médecins de l'hôpital La Citadelle (1036 lits). En 2013 la plateforme de concertation est mise en place, elle est limitée aux représentants de l'hôpital et du Cercle local, après un temps d'approche et d'informations aux deux lignes de soin. Ce temps représente un délai d'un an et demi entre la rencontre avec les représentants séparément et la première réunion. La première rencontre a eu lieu dans les locaux du Cercle puis les autres se sont faîtes à l'hôpital. La participation des professionnels s'est basée sur le volontariat, ils n'étaient pas rémunérés. Systématiquement la réunion suivante était fixée. Les conclusions du travail de recherche de J-L. Belche montrent que les réunions ont fait état d'une faible connaissance interprofessionnelle puis la confiance s'est installée et des sous-groupes de travail se sont formés sur des thématiques spécifiques.

Par la suite, d'autres SYLOS ont vu naître des plateformes de concertation :

- En juin 2014 : le SYLOS de Bruxelles met en place une plateforme entre la direction médicale de l'hôpital Saint-Pierre et de la clinique St Jean et les représentants de la fédération des associations de MG de Bruxelles.
- En 2015 on voit la constitution de deux plateformes de concertation supplémentaires, sur le même modèle (une en région liégeoise avec une autre structure hospitalière) et une en région bruxelloise (avec 2 structures hospitalières).

- En région namuroise, une plateforme de concertation s'est construite autour de la coordination du RML local, du Cercle de médecins généralistes et de l'hôpital universitaire le plus proche.

Acteurs

Concernant le SYLOS GLAMO — CHR La Citadelle, les acteurs de la plateforme sont :

- Un groupe de chercheurs : deux médecins généralistes formés à l'IMT Anvers et un sociologue de l'IMT. Il s'agit d'une fonction de soutien, indépendant des deux lignes de soins et qui apporte des compétences spécifiques en termes de gestion de groupe, de coordination, d'aptitude à la résolution de problèmes et d'appui technique et scientifique aux activités d'intégration.
- Les représentants des organisations professionnelles locales impliquées dans la recherche-action soient neuf médecins généralistes du GLAMO et douze médecins spécialistes avec deux représentants de la direction médicale du centre hospitalier.
- Un animateur de plateforme de coopération, indépendant.

Stratégie (pilotage, gouvernance…)

Dans sa thèse, l'auteur explique les principes de la recherche-action qui déterminent le pilotage de la plateforme :

- Un « chercheur collectif » qui comprend les acteurs de terrains et les chercheurs.
- Le principe d'« impulsion démocratique » qui induit l'absence de hiérarchie entre les acteurs de terrain et entre les acteurs de terrain et les chercheurs.
- L'identification collective d'un problème à résoudre sur la base d'un constat posé collectivement qui permet la planification et la mise en œuvre de réponses qui sont aussi collectives.
- Les enseignements apportés sont validés par le chercheur collectif.

Déjà en 2004, J-P. Unger mettait en évidence le fait que l'équipe de coordination n'a pas d'identité formelle ni de responsabilités officielles de gestion ou de formation. Cette équipe permet l'adhésion des praticiens ce qui n'est pas toujours le cas des autorités administratives dans les systèmes de santé organisés de manière formelle (89).

Population cible et territoire

L'auteur fait part de la difficulté à définir la « population de responsabilité » dans une zone urbaine avec plusieurs structures hospitalières et plusieurs Cercles surtout en Belgique avec le libre choix du patient.

Cette difficulté avait été relevée dans le passé. Une des conditions nécessaires à la reproduction du modèle, c'est de favoriser une implantation initiale en zone « facile » (89). La zone facile est une zone où il existe déjà des liens d'amitié entre les professionnels ou bien une zone rurale. A contrario, les multiples lignes de référence en zones urbaines rendent plus complexe l'organisation d'un SYLOS (89).

Financement

Concernant la plateforme GLAMO — La Citadelle, le SISD local finance l'activité des chercheurs, mais pas des représentants non chercheurs. Actuellement, seule la motivation incite les participants de la plateforme à poursuivre leur activité.

Structure juridique de support et contrat

Nous n'avons pas recueilli d'information spécifique.

Satisfaction
En 2013 un état des lieux des SYLOS a montré que certains ont fonctionné tandis que d'autres ont cessé leur activité. Les formes d'évolutions des plateformes de concertation ont témoigné de l'adaptation aux différents contextes locaux. Ainsi certains auteurs ont pu observer une variation de la participation des autres professionnels ou bien le fait qu'il existait une équipe de coordination ou bien un modérateur externe ou encore une variation dans l'interaction avec d'autres institutions de soins. Les auteurs ont aussi fait aussi le constat de la nécessité de l'articulation de la plateforme SYLOS avec le secteur social même si certains médecins généralistes considéraient que cela ne faisait pas partie de leur travail (90).

« La richesse du SYLOS tient aussi au rôle du médiateur neutre qui anime les réunions, grâce au soutien de l'Université de Liège », estime le Dr Nicolas Berg. « Cette tierce personne permet d'éviter l'endormissement, il informe et modère les débats, etc. » Le rôle du médiateur permet de corriger les inégalités au sein de la concertation. Il peut notamment agir pour renforcer la représentation de la première ligne, plus hétérogène que l'organisation hospitalière dans la mesure où les médecins généralistes pratiquent majoritairement en solo (88).

Dans le cas du SYLOS GLAMO — La Citadelle, l'étude précise que la méthode de recherche ne permet pas de mesurer les critères principaux de l'intégration dans le sens du « triple aim ». Les critères de jugement intermédiaires en faveur de l'intégration sont :

- L'augmentation du nombre de procédures de soins intégrées mises à disposition des professionnels de santé (itinéraires cliniques spécifiques à une thématique ; mise à disposition de contacts téléphoniques directs ; réunions pluridisciplinaires).
- La hausse importante du recours aux trajets de soins diabétiques pour des patients domiciliés sur le territoire étudié, au niveau de l'hôpital impliqué dans la recherche-action en est un autre (2012 : 50 TDS et 2015 : 275).

Le système local de santé permet de mieux coordonner l'offre de soins entre différents réseaux pertinents. La consultation et la coordination entre les acteurs impliqués et motivés apportent la qualité des soins et des solutions opérationnelles (91).

J-L. Belche constate cependant qu'il est difficile de dépasser certaines limites du système de santé belge comme la non-participation des patients, les processus essentiellement centrés sur les médecins, le développement de mécanismes d'intégration centrés sur une maladie. L'auteur souligne tout de même la force du travail de recherche-action au sein de la plateforme qui permet de développer la capacité de représentation et de négociation de la médecine générale locale dans les activités d'intégration en complémentarité fonctionnelle avec l'hôpital.

2.3.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. La forme du niveau micro détermine la prise en charge globale du patient

Comme pour le cas clinique n° 2, l'organisation de la coordination diffère en fonction du la structure micro dans laquelle le médecin généraliste exerce c'est-à-dire en pratique solo à l'acte ou en pratique pluriprofessionnelle au forfait.

Certains ont souligné l'avantage d'une pratique au forfait qui rassemble plusieurs professionnels exerçant dans une unité de lieu et avec une unité de financement pour une prise en charge globale des patients. Selon un informateur, *cela n'a aucun sens si on est diabétique et insuffisant cardiaque d'avoir un éducateur au diabète et d'avoir un kiné qui s'occupe de la rééducation cardiaque, qui ne*

parlent jamais entre eux parce qu'ils ne travaillent pas au même endroit et qu'ils ne sont pas financés de la même façon. Cette unité dont bénéficie l'équipe pluriprofessionnelle permet de mettre en place des programmes et selon lui favorise *le lien que le patient peut créer avec une structure… plus ou moins centralisée… qui réunit tous les prestataires* (…) *Fidéliser un patient à une structure plutôt qu'à un prestataire c'est important.*

Par ailleurs, grâce au « trajet de soins », les médecins généralistes en pratique solo ont la possibilité de créer une équipe de plusieurs professionnels de santé, fixe, autour d'un patient, qui lui donne accès à différents services, *c'est vraiment un package global.* Le médecin généraliste a une place centrale, *là le généraliste est quand même très clairement le chef d'orchestre.* Les informateurs exerçant en pratique monodisciplinaire ont évalué favorablement ce support, *c'est assez bien organisé (…) Chez nous, plus de 30 % des diabétiques sont inscrits dans un trajet de soins, c'est beaucoup.*

b. Il y a un besoin de « transdisciplinarité » face à la multimorbidité

Malgré les possibilités qui existent de créer une équipe de soins autour du patient, un informateur a évoqué la difficulté de la prise en charge globale dans un système où *tout est très fragmenté malheureusement* organisé par maladie. Cette approche ne permet pas de prendre en charge *des personnes qui ont des problématiques beaucoup plus pluridimensionnelles comme le diabète* (…), *il faut pouvoir avoir des structures multidisciplinaires.*

Un autre a souligné l'effort de la structure dans laquelle il exerce pour *ne pas avoir des activités réservées uniquement pour le diabète ou d'autres maladies chroniques* (mais pour insérer) *cela dans une approche plus globale vers l'augmentation de l'activité physique dans la communauté.*

c. Le rôle de la commune pour améliorer l'état de santé de la population

Un des informateurs a aussi fait part du rôle des politiques locales dans l'amélioration de l'état de santé de la population locale et des moyens disponibles pour cela. *La ville de Gand est organisée en vingt-quatre quartiers et alors on fait des clusters de deux quartiers qui travaillent ensemble et qui font des programmes*. La politique locale établit un cadre général et met des moyens à dispositions *c'est une structure qui est top-down mais les initiatives se réalisent bottom-up* par les professionnels et acteurs de terrain qui s'organisent dans ce cadre-là et font émerger des propositions.

d. Les zones de première ligne, un moyen pour organiser la réponse face aux enjeux des maladies chroniques.

Un des informateurs nous fait part des missions qui pourraient être supportées *au niveau meso : il faut faire un projet de formation des médecins généralistes, des infirmiers, des diététiciens et des éducateurs (…) Il faut aussi organiser des actions de prévention (…), des jours de rencontres pour les diabétiques de la communauté où les mécanismes de « self help » ont été démontrés.* Ces missions relèvent d'un niveau où *on a la possibilité organisationnelle pour cela*.

L'informateur explique : *l'objectif c'est de créer une communauté qui améliore la qualité des soins de façon continue.*

Un autre informateur a décrit les changements organisationnels qui s'opèrent en Belgique, dans une logique de territorialisation : *en Flandre, les RML vont faire partie des zones de soins primaires, et vont être fusionnés. En Wallonie et à Bruxelles, il y a la question de savoir s'ils vont être fusionnés au niveau des SISD. La question est de savoir : est-ce que cela a du sens de financer un SISD et en même temps un RML ou est-ce qu'il ne faudrait pas qu'ils soient communs ?*

2.3.3. Conclusion

Il existe en Belgique un modèle organisationnel standardisé pour supporter la création d'une équipe de soins autour du patient diabétique insulinorequérant : le RML. En diffusant l'information, en mettant en réseau des acteurs, en facilitant le parcours de soin et en évaluant ses actions, le RML agit à un niveau intermédiaire du système et remplit les missions attribuées aux organisations de niveau meso.

Les résultats ont permis de mettre en évidence un autre modèle d'organisation, non standardisé, développé dans plusieurs communes belges et particulièrement à Liège : le SYstème Local de Santé SYLOS. Il se concrétise par l'intermédiaire de la plateforme de concertation entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Portée par une équipe de coordination, elle permet de mieux structurer l'offre de soins en créant un partenariat entre la première et la deuxième ligne de soins et de mener des projets de collaboration pour une meilleure continuité des soins. La plateforme de concertation évalue ses actions. Elle applique trois des missions des organisations de niveau meso : « support », « coordination » et « évaluation de la qualité ».

Enfin, en ce qui concerne les zones de première ligne, nous retenons qu'elles constituent le support organisationnel à un ensemble de missions. Pour les maladies chroniques, la zone peut constituer le support pour la formation des professionnels et pour mettre en œuvre des actions de prévention.

Nous retenons les organisations et services : RML, SYLOS, TS

2.4. Situation 4 : soins palliatifs à domicile

Un patient de 53 ans est atteint d'un cancer du pancréas métastatique avec décision de prise en charge palliative devant une altération importante de l'état général. Il souhaite rester à domicile pour sa fin de vie, il est entouré par sa famille.

2.4.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Les informateurs ont identifié à l'unanimité l'équipe de soutien en soins palliatifs comme structure d'appui à la prise en charge de la fin de vie au domicile (7 sur 7). La plupart des informateurs (4 sur 7) ont précisé qu'il s'agit d'une structure de deuxième ligne qui intervient en soutien à l'équipe de soins habituelle du patient. Certains ont précisé qu'il existe aussi des services de soins palliatifs hospitaliers.

Le moyen de communication le plus utilisé est le téléphone qui a été cité 5 fois sur 7. Certains ont mentionné l'innovation vers un cahier de coordination électronique au domicile (2/7).

a. L'équipe de soins habituelle et l'équipe de soutien en soins palliatifs

La culture des soins palliatifs est forte, *le modèle en Belgique c'est celui du médecin généraliste qui intervient toujours, ça se fait très souvent à domicile.* Les médecins généralistes ont discerné deux équipes de prise en charge dans cette situation. La première voie c'est celle de l'équipe de soins habituelle. Quand le médecin exerce en pratique solo, r*ien ne l'empêche* (…) *d'avoir sa propre équipe*. Quand le médecin exerce en maison médicale *ça facilite les prises en charge palliative à domicile* (…) *grâce à l'aide de toute l'équipe dont l'infirmière qui a un rôle prépondérant, le médecin généraliste, le kiné, le psychologue.*

Depuis longtemps, des plateformes de soins palliatifs *de seconde ligne* ont été mises en place en support à la première ligne avec *des équipes de soutien en soins palliatifs disponibles sur tout le territoire.* (Il y a) *une découpe territoriale claire et un numéro unique.* Les plateformes *sont financées par la région* (…) *L'équipe de soutien est composée de médecins, infirmiers, psychologues* et en particulier *des infirmiers de gestion de la douleur.* Ces équipes sont disponibles *en permanence* (…) *pour* (un) *avis ou* (un) *conseil*, mais aussi pour fournir *le matériel nécessaire, les lits adaptés, etc*. La communication se fait *par téléphone* et parfois par l'intermédiaire d'un *carnet de liaison.*

Les modalités d'utilisation de l'équipe de soutien en soins palliatifs varient en fonction des informateurs. Certains les utilisent en *seconde ligne*, en soutien à l'équipe de première ligne, *mais a priori ils n'interviennent pas au niveau du patient* (…) *ils sont en appui au personnel infirmier et médical.* D'autres travaillent de façon plus intriquée avec ces équipes qui interviennent directement au domicile, *elles aiment bien connaître le patient (…)* (elles) *prennent contact par exemple toutes les deux à trois semaines puis vont intensifier les passages en fonction de la douleur et du type de dispositif qu'il y a à domicile. Si c'est une pompe à morphine, ils vont passer tous les jours*.

L'équipe de soutien en soins palliatifs

Les missions

Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en soins palliatifs, elle intervient au domicile du patient, en seconde ligne. Elle suggère des pistes concernant le traitement de la douleur et la gestion de la qualité de vie. Elle peut apporter des conseils techniques et administratifs concernant le matériel, un soutien psychologique au patient, à l'entourage et aux soignants (92).

L'équipe doit avoir une concertation interdisciplinaire hebdomadaire. L'équipe est joignable 24 h/24 par téléphone. L'équipe doit fournir un rapport d'activité annuel.

Exemple d'utilisation
Concernant un patient en soins palliatifs au domicile, le médecin généraliste peut faire appel à l'équipe de soutien pour un avis. Le médecin généraliste reste la personne référente pour le maintien à domicile, son accord est nécessaire pour l'intervention de l'équipe de soutien. L'équipe est joignable 24 h/24 et 7 j/7, elle peut aussi passer au domicile du patient si besoin, mais n'a pas le rôle de fournir les soins…

Origine
En Belgique, les soins palliatifs ont bénéficié d'une reconnaissance légale à partir des années 1980 et des équipes spécialisées à domicile sont apparues. En 1989 naît la Fédération Belge des Soins Palliatifs qui ensuite se scinde en trois fédérations : bruxelloise, flamande et wallonne. L'Arrêté Royal du 19 août 1991 organise un premier financement expérimental des soins palliatifs puis des équipes de soutien en soins palliatifs sont soutenues par le ministère des Affaires sociales grâce à des expériences de financement (Expériences Busquin).

Le 19 juin 1997, un Arrêté Royal du Ministère des Affaires sociales de la Santé et de l'Environnement fixe les normes d'agrément des associations en matière de soins palliatifs aussi appelées les plateformes de soins palliatifs. Les missions des plateformes sont : la formation en soins palliatifs, l'information et la sensibilisation de la population aux soins palliatifs, la coordination des initiatives locales, le soutien logistique et les conseils. Les plateformes de soins palliatifs couvrent des zones géographiquement limitées. Il y a 25 plateformes en Belgique. Ces zones comptent 200 000 à 1 000 000 d'habitants. La plateforme comprend un coordinateur et au moins ½ ETP psychologue clinicien. Le financement initial était fédéral puis il a été transféré aux régions depuis 2014. Une plateforme de soins palliatifs ne peut collaborer avec plusieurs équipes que si le nombre d'habitants de la région à laquelle appartient l'initiative est un multiple de 200 000.

L'Arrêté Royal du 13 octobre 1998 reconnaît les équipes de soutien en soins palliatifs. Chaque province belge a été dotée d'une équipe pluridisciplinaire, formée et expérimentée en soins palliatifs, chargée de soutenir les prestataires de première ligne (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, garde-malades, aides familiales, bénévoles…).

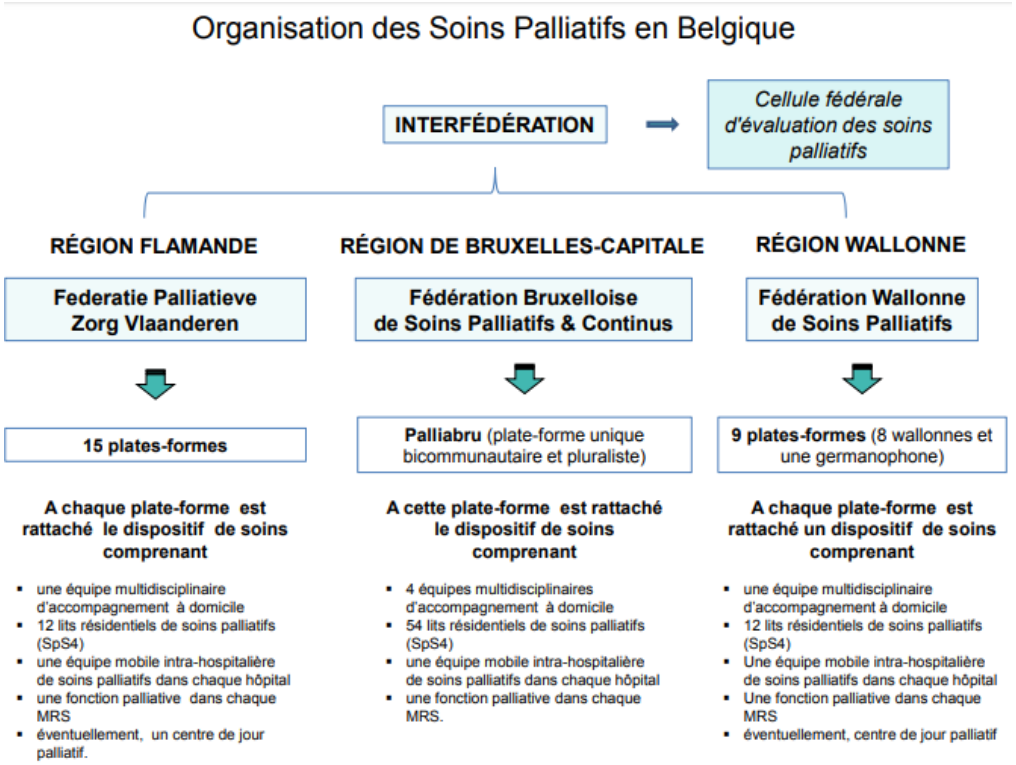


Figure 11 : Tableau de présentation de l'organisation des soins palliatifs en Belgique [10]

Nous comprenons ici et d'après les verbatims du corpus que le territoire belge est divisé en 25 zones pour 25 plateformes de soins palliatifs. Chaque plateforme possède une ou plusieurs équipes de soutien en soins palliatifs en fonction de la taille de la population de la zone. Certaines équipes de soutien en soins palliatifs sont confondues avec les plateformes de soins palliatifs tandis que dans d'autres zones, plateformes et équipes de soutien sont des entités différentes même si une équipe de soutien est toujours reliée à une plateforme de soins palliatifs.

Acteurs de l'équipe de soutien

Selon, l'exemple de convention donné sur le site de l'INAMI, [11] il s'agit donc d'une équipe pluridisciplinaire composée par :

- un médecin généraliste (4 h/semaine) soit 6 % du personnel qui a suivi au moins une formation théorique de 80 heures et 162 heures de stage pratique dans une unité palliative hospitalière agrée. Le médecin doit suivre au moins 20 heures de formation continue chaque année.
- au minimum 3 ETP soit de praticiens de l'art infirmier soit 75 % du personnel. Il faut avoir suivi une formation théorique de 140 heures et un stage de douze semaines complètes en unité palliative hospitalière. L'infirmier spécialisé en soins palliatifs doit suivre au moins 40 heures de formation continue complémentaire par an.
- au minimum 10 % et au maximum 20 % de l'effectif réel de l'équipe doit être assuré par du personnel administratif
- et éventuellement un psychologue, un kiné, un assistant social…

Le volume de l'équipe dépend du nombre d'habitants sur le territoire couvert selon la convention établie avec l'INAMI (93). Depuis 2010, une équipe de soutien multidisciplinaire pour 200 000

[10] https://www.fbsp-bfpz.org/soins-palliatifs-en-belgique
[11] https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/palliatif/Pages/patients-phase-terminale-intervention-soins-palliatifs.aspx

habitants dispose d'un cadre de personnel de 2,85 ETP et doit réaliser au moins 150 accompagnements palliatifs (94).

Stratégie, pilotage
Elle est définie par la convention signée avec l'INAMI.

Population et territoire
Chaque équipe doit couvrir l'ensemble de la population de la zone à laquelle elle est affectée, plusieurs équipes se partagent les provinces les plus étendues.

Les équipes accompagnent plus ou moins 7800 patients par an (95).

Financement
L'INAMI finance l'équipe par l'intermédiaire de l'organisme assureur soit par forfait, soit à l'acte. Les subventions régionales financent les plateformes de soins palliatifs.

Structure juridique et contrats
Les équipes sont des ASBL, les critères organisationnels sont fixés par convention avec l'INAMI selon l'Arrêté Royal du 13 octobre 1998 (96).

Satisfaction
Les nombres de prises en charge par ces équipes ne font qu'augmenter et, de plus, les situations se complexifient (94).

Depuis des années, les rapports KCE, et plus récemment, la docteur Marianne Desmedt le 19 juin 2016, alertent du fait que ces équipes d'accompagnement sont saturées et qu'il est urgent de les refinancer (93).

---

b. Les services de soins palliatifs hospitaliers et autres structures

Pour des situations plus complexes que celle que nous avons décrite dans notre entretien, certains informateurs ont précisé la possibilité de faire appel à des services de soins palliatifs hospitaliers ou à d'autres structures *alternatives, avec des structures de soins intermédiaires, qui ne seraient ni les hôpitaux ni le domicile…*

2.4.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. Un paysage organisationnel évident

Les réponses des informateurs sont toutes allées dans le même sens : la place majeure du médecin généraliste dans la prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs et le support incontournable des équipes de soutien en soins palliatifs. Les verbatims associés aux équipes des soins palliatifs étaient dans l'ensemble positifs, les informateurs semblaient satisfaits de cette organisation.

C'est la plus belle deuxième ligne qui existe. Ils nous aident à penser à des choses, ils viennent vraiment en appui, quand on travaille avec eux on est renforcés.

C'est quelque chose qui existe depuis pas mal d'années et qui fonctionne très bien.

Là aussi c'est très bien organisé, là il y a vraiment une équipe spécialisée.

Il y a une proximité entre les équipes de soutien et les médecins généralistes, car la fonction de *médecin coordinateur* est attribuée à un médecin généraliste. L'un des informateurs exerçait comme coordinateur dans une équipe de soins palliatifs. Il a expliqué que le médecin coordinateur reçoit *des coups de fil des membres de l'équipe qui* (…) *demandent des conseils* et *qu'ils répercutent alors vers le médecin généraliste.* Il est *joignable à tous moments en cas de problèmes, mais* (ne va) *jamais au domicile.* Il y a *une réunion hebdomadaire* pour faire le point sur *toutes les patientes et tous les patients.*

Un des informateurs flamands a confirmé cette proximité organisationnelle historique par l'intermédiaire du Cercle *avec les médecins généralistes et les gens de la première ligne* (qui ont) *pris l'initiative d'organiser* (l'équipe de soutien). Si le médecin généraliste coordinateur de l'équipe de soutien en soins palliatifs de sa zone ne peut plus effectuer cette fonction *alors le Cercle va chercher si quelqu'un d'autre peut le faire et se former.*

b. Un besoin de clarifier le rôle de chaque équipe

Deux informateurs ont évoqué certains *effets secondaires de la mise en place de cette plateforme*. Ils ont critiqué les interventions de l'équipe au domicile qui *sont de plus en plus nombreuses* avec la crainte *que parfois le patient* (ait) *l'impression* (d'être) *dépossédé de l'équipe qui le soignait auparavant* et parfois *même le médecin généraliste peut avoir cette impression* (…) *Il y a des décisions qui sont prises en court-circuitant le médecin généraliste.* L'un d'eux a déclaré : *il ne faut pas déléguer la fin de vie à une autre équipe. Il faut être vraiment dans la continuité des soins qu'on donne en médecine générale.*

c. La perspective des zones de première ligne

Au cours de cette situation, un des informateurs nous a fait part de la problématique de définition de la population qui diffère entre la zone géographique d'action de ces équipes et celle des zones de premières lignes de la réforme des soins primaires en Flandre. En effet la plupart des informateurs ont décrit une répartition territoriale : *ici c'est la plateforme delta, l'autre c'est la plateforme de soins palliatifs de l'est francophone*. Dans la situation actuelle flamande, la question du périmètre d'action de ces équipes se pose.

Le problème actuel en Flandre c'est qu'il n'y a que 27 % de la population qui meurt à domicile et donc ça veut dire qu'actuellement il n'y a pas suffisamment de cas pour organiser cela au niveau des « zones de premier échelon ». Une équipe actuellement est disponible sur deux voire trois zones de premier échelon. Dans le futur ce qui doit se faire, si la moitié de la population meurt à domicile, c'est qu'on aura besoin d'une équipe interprofessionnelle de support par zone de premier échelon.

2.4.3. Conclusion

Concernant la thématique des soins palliatifs à domicile, nous pouvons conclure qu'il existe une organisation qui répond aux missions des organisations de niveau meso : la plateforme de soins palliatifs. Elles sont réparties sur tout le territoire belge et ont une fonction de « support » des équipes de soutien en soins palliatifs, de formation des professionnels. Elles remplissent aussi des missions de « coordination » des initiatives locales. Il s'agit d'organisations intermédiaires qui développent la culture des soins palliatifs. Elles permettent de faire le lien entre différents acteurs locaux, pour une population donnée, définie géographiquement.

Nous retenons l'organisation : Plateforme de Soins Palliatifs.

2.5. Thématique 5 : accès aux soins

Est-ce qu'il existe une organisation ou des services spécifiques pour la santé des sans-abris ; des réfugiés ; des personnes sans assurance maladie ?

2.5.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Les informateurs ont identifié trois organisations qui jouent un rôle face à cette problématique : le CPAS (7/7), les ONG (6/7), les maisons médicales (5/7).

a. Les associations caritatives ou ONG

Parmi les organisations décrites par les informateurs, la place des ONG ou des œuvres caritatives a été relevée par tous les informateurs à l'exception d'un seul. Elles sont présentées comme *une série d'associations de terrain*. Parmi elles on retrouve : *Médecins du monde* (…), *Médecins sans frontières* (…), *Caritas ou La Croix rouge* (…) *Fedasile* (…) *le Samu social, les infirmiers de rue.* La prise en charge des *plus précarisés* peut se faire *en consultation ou dans la rue, en allant chercher les gens.* (Elles) *donnent des soins gratuits à ces personnes* et par exemple Médecins du monde *ils ont une équipe qui va essayer de régulariser la situation de ces personnes* (…) *Donc ils ne vont pas seulement soigner* (…), *mais c'est une prise en charge beaucoup plus large.*

b. Les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) par l'intermédiaire de l'Aide Médicale Urgente.

L'autre organisation qui a été citée par tous les informateurs, sans exception c'est le Centre Public d'Action Sociale qui permet entre autres de délivrer l'Aide Médicale Urgente *qui garantit à toute personne qui se trouve sur le territoire belge quel que soit son statut, d'être traitée pour les pathologies urgentes* (…) *Tout médecin est amené à rencontrer ces patients auxquels on fournit une facture qu'ils apportent au CPAS.* Ainsi, la loi prévoit un dispositif pour prendre en charge les frais des soins médicaux urgents pour les personnes, même les plus démunies.

Nous avons déjà étudié cette structure (paragraphe 2.2.1.), en rapport avec la vignette clinique de la personne âgée en perte d'autonomie. Cependant pour cette situation, un des informateurs a remarqué que les CPAS *sont parfois considérés comme les policiers du social.*

Un autre informateur a précisé : *les soins d'urgence pour les sans-papiers ce sont tous les soins, y compris la prévention.*

c. Les maisons médicales ou centres de santé intégrés

Enfin, la troisième possibilité évoquée pour prendre en charge ce type de population est la maison médicale ou centre de santé intégré. *C'est de notoriété publique que les maisons médicales ou les pratiques de groupe au forfait acceptent plus facilement ces patients. Mais sinon c'est plutôt de l'ordre de l'informel.* Les ONG *ont un réseau qui est à très grande majorité un réseau de maisons médicales et encore plus de maisons médicales au forfait* (…) *Elles acceptent entre guillemets un certain pourcentage de patients qui ne rentrent pas dans les conventions c'est-à-dire qui ne vont pas rapporter de l'argent de l'état vers la maison médicale et elles les englobent dans l'ensemble de leurs frais.*

2.5.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. Un vide organisationnel partiellement comblé par de nombreuses associations

Les informateurs ont majoritairement cité les actions des ONG sur le terrain en matière de soins destinés aux personnes démunies. Ce sont ces associations qui prennent la responsabilité d'aller à la rencontre des personnes, fournissent des soins et un accompagnement social pour pouvoir ensuite les adresser vers d'autres structures comme les maisons médicales ou les CPAS. A priori *il n'y a pas de structure publique qui aille chercher les gens pour s'assurer qu'ils aient accès aux soins. La responsabilité populationnelle des médecins généralistes n'est pas inscrite dans la loi. Elle peut relever d'une démarche personnelle du cabinet de groupe*.

b. Le risque de voir s'instaurer un système parallèle de soins est limité grâce aux pratiques de groupe au forfait et aux initiatives de terrain.

Les informateurs en grande partie, ont décrit un premier système de soins entièrement soutenu par les associations caritatives comme *Médecins du Monde où ils ont vraiment établi un système parallèle pour donner des soins à ces groupes-là, qui changent tout le temps.* Mais ils ont souligné le rôle d'accompagnement des personnes vers les structures plus classiques, *dès qu'elles ont accès à l'assurance,* vers les maisons médicales en particulier et les CPAS.

L'un d'eux a expliqué que sa structure *a signé des conventions de collaboration avec la Croix rouge ou autre, et* (qu'elle a) *des employés qui gèrent les difficultés administratives.* Cependant un autre a déploré l'insuffisance de moyens que constituent les maisons médicales pour subvenir aux besoins de santé de toutes ces personnes. (…) *On se rend compte que même si on a un seuil d'accessibilité fort élevé, ça ne suffit pas par rapport à toute une frange de la population qu'il faut à la limite aller chercher et qui est désinsérée par rapport au reste de la société. Le problème est particulièrement criant dans des villes comme Bruxelles par exemple*.

Un autre informateur a expliqué le risque que représente un système soins parallèle au système classique. C'est un modèle qui ne favorise pas l'intégration et la qualité des soins. Selon lui *les services pour les pauvres ce sont souvent de pauvres services, on ne peut pas réaliser la qualité des soins nécessaire. À Gand on a fait une étude sur les sans-abris, on a constaté qu'ils ont accès aux soins grâce au fait que les Centres de Santé Intégrés sont disponibles et accessibles* (…) *Il y en a 250 dans le centre dans lequel je travaille à part de 6200 inscrits dans le cadre de leur mutuelle…* En effet, un autre informateur a fait référence aux études menées dans la ville de Gand *sur la collaboration entre les maisons médicales et les structures qui suivent les sans — abris.* Cette intégration à destination des personnes sans-abris est présentée comme faisant partie *des initiatives de terrain, bottom-up. En Belgique c'est très classique (…) et quand ça marche c'est repris au niveau national, mais parfois après 20 ou 30 ans plus tard, ou parfois jamais (…)* Ces initiatives ont *des financements différents (régional ou communal ou fédéral), elles ne vont pas forcément se connaître ou collaborer et finalement on va avoir deux réseaux parallèles (…) ou bien elles se rejoindront par la suite.*

Un autre informateur a fait part de son inquiétude concernant les CPAS, *il y a de plus en plus de demandeurs donc les services sont extrêmement saturés.*

c. Le rôle de la politique locale pour l'accès aux soins des plus démunis

Un informateur a évoqué l'importance de l'orientation politique locale en prenant un contre-exemple. *Anvers c'est autre chose* (…) *il y a un gouvernement local de droite avec la N-VA (Nieuw Vlaamse Alliantie), c'est plus difficile... À Gand on a encore un gouvernement de gauche depuis 30 ans et on essaie de continuer ça. Cela facilite beaucoup une approche sociale vers les gens les plus dépourvus, les plus défavorisés (…) On est très impliqués dans le débat électoral…*

2.5.3. Focus sur l'orientation active des personnes sans-abris vers les centres communautaires à Gand.

Comme nous l'avons vu, les pratiques forfaitaires sont plus disposées à recevoir un public défavorisé. À Gand, le rôle des ONG semble minoritaire. D'après l'un de nos informateurs, c'est la conséquence d'une collaboration forte entre les acteurs des centres communautaires et des structures d'hébergement. L'étude menée auprès de personnes sans-abri à Gand détaille les modalités proactives d'accompagnement vers les centres de santé communautaires. Elle cherche à décrire l'accès aux soins primaires de ces personnes dans ce contexte spécifique organisationnel (97).

Les auteurs expliquent que les sans-abris qui dorment dans des centres de nuit ou des squats sont activement guidés vers les centres par les services sociaux. Plus spécifiquement il existe des accords formels entre les centres d'accueil et le centre communautaire. Il existe des arrangements financiers qui permettent à ces personnes de ne pas avoir de frais. Lorsqu'une personne hébergée au centre a besoin de soins, le centre d'hébergement téléphone au centre communautaire de santé pour qu'un médecin vienne. Il est possible qu'une personne sans-abri se rende par ses propres moyens au centre. Enfin, le travail de ceux qui font les maraudes, permet de repérer les personnes en difficulté dans la rue. Même s'il n'y a pas d'accord formel avec les centres de santé communautaires, le réseau informel qui existe entre les travailleurs sociaux maraudeurs et ceux du centre communautaire fait que les sans-abris sont activement guidés vers le centre communautaire. Pour les parties de la ville où il n'y a pas de centre communautaire, les personnes sont adressées vers une pratique de groupe dont le mode d'exercice est similaire à celle des centres communautaires. Le co-paiement du patient est nul dans ce cas-là.

Les résultats montrent que les personnes sans abri ont plus de chances de consulter un généraliste que les « non-itinérants » à Gand, même après ajustement pour l'âge et le sexe. La même tendance est démontrée pour les soins secondaires et les urgences.

2.5.4 Conclusion

Pour conclure ce cinquième chapitre des résultats, après avoir dépeint le paysage organisationnel concernant la thématique de l'accès aux soins des personnes en marge du système, nous ne retenons pas d'organisation de niveau meso dans le sens de « structure ». Cependant nous retenons le modèle de la ville de Gand en faveur de l'accès aux soins des personnes sans-abris. Nous avons par ailleurs identifié le rôle des ONG face à cette problématique et le lien qu'elles pouvaient avoir avec les maisons médicales.

Nous ne retenons pas d'organisation. Nous retenons l'expérience de la ville de Gand.

2.6. Thématique 6 : permanence des soins

Comment s'organise la permanence des soins ? (*Exemple d'urgence ressentie : enfant 4 ans sans antécédents, pleure, fièvre, otalgie, 21 h, quelle prise en charge ?*)

2.6.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Les résultats ont mis en évidence une organisation responsable d'organiser la permanence des soins : le Cercle de médecins généralistes cité par 6 informateurs sur 7. Pour cela il existe un nouveau dispositif : le Poste de garde de médecine générale qui a été cité par tous les informateurs tandis que le mode de la garde classique de médecine générale a été cité 5 fois sur 7.

a. L'organisation de la garde de médecine générale par les Cercles

En Belgique existe la garde de médecine générale. Dans la loi, c'est la responsabilité de chaque médecin d'y participer. Ce sont les Cercles de médecins généralistes, associations qui couvrent tout le territoire belge *quadrillé géographiquement* (qui) *sont responsables, devant la loi d'organiser le système de garde par les médecins généralistes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7* (…) *Sur un territoire défini, souvent une commune (…) le Cercle comprend tous les médecins généralistes actifs, c'est une obligation du médecin généraliste conventionné d'être inscrit au Cercle.* (…) *La taille des Cercles est très variable. À Bruxelles ça peut aller à des centaines de médecins, et puis il y a des très petits Cercles où il y a dix médecins. On se rend compte qu'il y a des inégalités en matière de travail à fournir pour organiser la garde d'un Cercle à l'autre.*

(…) En théorie, tous les médecins sont obligés de participer (à la garde) *avec des règles un peu différentes d'une région à l'autre. Dans une région où il y a peu de généralistes, il y a une obligation formelle que la loi prévoit d'ailleurs, de participer de manière active, c'est-*à*-dire de prendre un certain nombre de gardes par mois (…) Cependant il y a d'autres régions par exemple où le nombre de médecins qui souhaitent faire des gardes est beaucoup plus important que le nombre de médecins installés et donc on laisse la place à ceux qui le veulent.*

Le Cercle de médecins généralistes

Les missions

Le Cercle est une association de médecins généralistes agréée qui unit les médecins généralistes exerçant dans une zone géographique déterminée. Le Cercle doit accomplir un certain nombre de missions (98,99) :

- Organisation de la garde
- Représentation des médecins généralistes de la zone
- Point local de contact pour les médecins généralistes de la zone et pour la politique de la santé locale
- Initiatives de promotion de soins de santé
- Initiatives de collaboration multidisciplinaire
- Accords avec les hôpitaux
- Optimisation de l'accessibilité de la médecine générale pour tous les patients de la zone.

Chaque année le Cercle doit rédiger un rapport d'activité, condition nécessaire à son agrément.

Exemple d'utilisation

Lorsqu'un médecin généraliste agrée s'installe dans une commune, il est recommandé qu'il adhère volontairement au Cercle de la zone. Les membres du Cercle doivent avoir « une pratique », dans le

sens de cabinet de médecine générale (médecins généralistes agréés, médecins généralistes en formation professionnelle et médecins en médecine générale ayant des droits acquis).

Origine
À l'origine les Cercles étaient des associations informelles dont le but était d'organiser la garde. En 2002, leurs missions ont été définies dans l'Arrêté Royal du 8 juillet (100). Les Cercles ont alors été reconnus par le niveau fédéral selon les conditions d'agrément de l'Arrêté ministériel du 28 juin 2002 (101).

Depuis 2014 avec la 6e réforme de l'état, l'agrément et le financement des Cercles a été transféré aux régions, ainsi chaque gouvernement a redéfini les missions des Cercles (102), sans qu'il y ait eu de changement majeur.

La Belgique est alors quadrillée en zones de médecins généralistes, représentées par les Cercles, il y a 62 Cercles en Wallonie (103), il y en a 79 en Flandre (104) et un seul pour la Région de Bruxelles-Capitale, représenté par la FAMGB Fédération des Associations des Médecins généralistes de Bruxelles, fusion de 12 associations bruxelloises.

Les acteurs
Le Cercle est une association ASBL représentée par un conseil d'administration, les médecins membres et parfois du personnel administratif comme un coordinateur.

Stratégie et pilotage
Le conseil d'administration est composé exclusivement de médecins généralistes agréés qui exercent dans la zone de médecins généralistes. Les administrateurs sont nommés par l'assemblée générale pour une durée de quatre ans.

Population et territoire
Un seul Cercle de médecins généralistes peut être reconnu par zone de médecins généralistes. Une zone de médecins généralistes correspond à l'aire géographique d'un seul tenant, composée d'une ou de plusieurs communes (ou une partie d'une commune dans les grandes agglomérations d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège) qui forment le territoire d'activité d'un Cercle de médecins généralistes.

Financement
Les Cercles bénéficient de subventions régionales par les agences de santé wallonne (AViQ, Agence pour une Vie de Qualité) ou flamande (Zorg e gezondeid), dans les limites de crédits budgétaires disponibles, sur la base des chiffres de la population :

- Une subvention annuelle forfaitaire pour les frais de fonctionnement (ex : 0,226 0 euro en Flandre en juin 2015 par an et par habitant (102) et 0,20 euro en Wallonie (105)) soit environ 22 600 euros pour 100 000 habitants.
- Une subvention annuelle complémentaire s'il y a un système opérationnel d'appel central pour toute la population de la zone (Ex. 0,197 7 euro par habitant (102) soit environ 19 700 euros pour 100 000 habitants, en Flandre en juin 2015 et 0,175 € par habitant en Wallonie (105))
- Une subvention en absence d'un appel central si la zone a une densité de population inférieure à 125 km2 (ex. 0,141 2 euro par habitant en Flandre en juin 2015 (102) et 0,125 € par habitant en Wallonie (105)).

Ils bénéficient aussi d'une intervention financière de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité (INAMI)

Structure juridique et contrats
Les Cercles sont constitués en ASBL dont les conditions d'agrément, de financement et les missions ont été définies dans plusieurs arrêtés du gouvernement. Initialement sous la responsabilité du gouvernement fédéral puis depuis 2015 sous celle des gouvernements régionaux.

Nous n'avons pas trouvé de contrat qui unit les médecins généralistes et le Cercle.

Satisfaction
Nous n'avons pas trouvé d'articles spécifiques concernant l'évaluation de l'activité des Cercles.

Nous avons choisi de ne pas faire de recherche plus spécifique sur l'organisation des Postes de garde ou leur évaluation.

---

b. Les deux types de gardes : la garde patientèle ou le poste de garde

Autrefois, la garde patientèle était majoritaire : *les médecins généralistes constitués en ASBL doivent se mettre d'accord pour qu'à tour de rôle il y en ait un qui soit joignable tous les soirs de la semaine et le week-end.* Dans certaines zones, cela existe encore, *mais de moins en moins. Actuellement la semaine, les gardes* (se font) *au cabinet (…) En fonction de l'appel, le patient vient ou bien* (le médecin y va). *Il y a un standard où le patient appelle et ensuite on transfère* (l'appel au médecin). *Et là le gouvernement est en train d'organiser ce système téléphonique pour tout le pays (…) avec un central téléphonique (…) ça s'est fait progressivement, c'est le 1733.*

Un autre type d'organisation de la garde existe. *Maintenant on a ce qu'on appelle des Postes médicaux de garde la nuit et les week-ends* (dont) *le financement est fédéral. (…)Vous en avez dans les grandes villes et aussi en zones rurales (…) Les patients ont l'occasion d'aller dans ces Postes directement* (…) *C'est un endroit où il y a une salle de consultation, où les gens peuvent venir* (…) *Le week-end par exemple dans la plupart des Postes, il y a plusieurs médecins qui se relaient, il y a un accueillant, parfois des infirmières et il y a des équipes volantes qui vont avec des voitures* (…) *banalisées avec chauffeur chez le patient si cela est nécessaire* (…) *Il y a une continuité informationnelle des soins, car ils ont accès au SUMEHR de la médecine de 1er échelon.*

Les deux modèles existent, *mais c'est très clair il y a toujours un médecin généraliste de garde.*

2.6.2. Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. La place incontournable des Cercles dans le paysage organisationnel

Historiquement le mode classique de la garde est géré par le Cercle qui établit un tour de garde. Les informateurs ont décrit un mode de garde qui se tourne de plus en plus vers celui des Postes de garde. Les Cercles de médecins généralistes sont les organismes responsables du fonctionnement des Postes de garde. C'*est la première fois que les médecins généralistes se mettent ensemble.* Nous avons vu aussi (paragraphe 2.3.1.) que *le RML doit être soutenu et hébergé par le Cercle.* Dans certaines zones, *le bâtiment abrite le Poste de Garde et le RML* et l'un des informateurs le caractérise comme *un bâtiment qui serait un peu le point de chute de la médecine générale locale.*

Certains informateurs ont laissé entendre le rôle que peuvent avoir les Cercles dans le paysage organisationnel des soins en dehors de la permanence des soins. *Maintenant il y a des réflexions qui se font de plus en plus à l'intérieur d'un Cercle pour voir comment on organiserait au mieux les soins.* Par exemple un des informateurs a présenté certaines initiatives qui ont été réalisées par son Cercle *:*

une carte pour la prise en charge des publics qui n'ont pas accès à la sécurité sociale afin de se répartir *(…) ces personnes-là, de manière qu'elles n'aillent pas toutes chez les mêmes médecins ou maisons médicales (…) Et on a aussi un projet par rapport à la psychiatrie qui est de faire des « intervisions » sur des cas de patients* (afin) *de pouvoir mieux les prendre en charge à domicile.*

Un des informateurs a confié le pouvoir qu'avait eu la mise en place des Cercles vis-à-vis de la cohésion entre les médecins généralistes. *C'est la première fois où des médecins généralistes solos doivent s'asseoir et collaborer de manière un peu plus constructive, ça a pas mal changé les mentalités.*

Le Cercle représente donc un point d'ancrage fort dans le paysage organisationnel. Nous l'avons déjà illustré dans les autres thématiques en mettant en avant le lien avec les Réseaux Multidisciplinaires locaux, mais aussi avec l'hôpital grâce aux Plateformes de concertation du SYLOS.

b. La place de la politique locale dans le paysage organisationnel

Un des informateurs nous a fait part du rôle organisationnel que peuvent représenter les autorités locales, en lien avec les Cercles. Par exemple un informateur a précisé qu'il existe à Gand, un adjoint au maire, *échevin, responsable de la santé* (qui est) *très actif.* Ce statut d'adjoint à la santé *c'est rare, il n'y en a que trois ou quatre dans toute la Flandre.* Cet engagement de la part d'un élu local facilite la mise en œuvre pratique de projets *comme la mise à disposition des infrastructures des postes de garde.* L'informateur a constaté : *les autorités locales deviennent de plus en plus importantes dans l'organisation des soins de santé primaires. Cela on le voit partout en Europe. Par exemple en Finlande, toute la responsabilité y compris celle des hôpitaux, relève de la compétence des villes et des autorités locales.*

c. Les Postes de garde se développent rapidement, mais leur financement est incertain

D'après la majorité des informateurs, l'essor des Postes de garde concerne quasiment tout le pays. *Disons que de plus en plus* (…) *il y a des postes de garde qui s'ouvrent (…) Cela a répondu à plusieurs enjeux, pas seulement la permanence de soins, mais aussi la raréfaction des médecins et la pénibilité des gardes*. En effet, un autre informateur a aussi fait allusion aux changements de démographie médicale où *dans les années 80, en situation de pléthore médicale, chacun effectuait sa garde tout seul de peur que le patient préfère aller chez un autre médecin*.
Cependant, leur développement est actuellement suspendu, *les Postes de garde* (étant) *subsidiés, l'année passée le ministère de la Santé a commencé à freiner* (…) *C'est un système qui coûte un peu plus cher que le système précédent, mais beaucoup plus centralisé et qui repose moins sur les bonnes volontés des médecins.*

Dans le cadre de la réforme des soins primaires en Flandre, un des informateurs nous a fait part de la difficulté de faire converger les populations des zones de première ligne et celles des Postes. Par exemple, *une partie des communes limitrophes de Gand vont maintenant appartenir à une autre zone de premier échelon* (alors que) *c'est encore le poste de garde de Gand qui les sert*. Les flux historiques qui caractérisent les parcours des patients vont se modifier progressivement, mais *il y aura une période de transition* (…), *cela prendra un peu de temps (…) L'idée est d'avoir un poste de garde pour 100 000 habitants et 100 000 personnes par zone de premier échelon donc il faut coordonner cela.*

d. Le risque des Postes de garde d'altérer la continuité des soins

Enfin un autre informateur nous a fait part d'une certaine réserve concernant l'organisation de la garde de médecine générale par le moyen des Postes de garde, parfois *ce ne sont plus les médecins généralistes d'une région donnée qui s'organisent entre eux, mais ce sont des mercenaires*. Le risque

d'avoir des médecins qui exercent uniquement dans les Postes de garde c'est de *perd (re) un peu cette connexion entre médecine générale et permanence des soins…*

2.6.3. Conclusion

Concernant la thématique de la permanence des soins, les informateurs ont présenté à l'unanimité le rôle des Cercles de médecins généralistes. À partir des verbatims et de la recherche documentaire, nous avons vu qu'ils jouent un rôle dans l'organisation des soins primaires au-delà de l'organisation de la garde de médecine générale. Leur rôle a été évoqué dans plusieurs situations cliniques au cours des entretiens. Ils rassemblent les médecins généralistes derrière une même association locale qui les représente et leur permet de se coordonner entre eux concernant l'offre de soins. Nous verrons par la suite le rôle des Cercles en ce qui concerne la formation continue et la coordination avec d'autres secteurs pour mettre en place des partenariats. En ce sens ils ont une place intermédiaire dans le système de santé et répondent aux caractéristiques de « support », « coordination » et de « rassemblement des professionnels ».

Nous retenons l'organisation : le Cercle des médecins généralistes.

2.7. Thématique 7 : prévention (vaccination et suivi de l'enfant, dépistage des cancers)

Comment s'organise la médecine préventive, en particulier la vaccination et le suivi du nourrisson ainsi que les dépistages des cancers ?

2.7.1. Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Les informateurs ont tous identifié le rôle de l'ONE, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (Kind en Gezin) dans la prévention, la vaccination et le suivi du nourrisson. La place de cette structure semble cependant varier en fonction des communes et du statut social des familles. Le rôle des professionnels de santé comme le médecin généraliste ou le pédiatre, sans différenciation, a été cité par 5 informateurs sur 7.

Concernant le dépistage organisé, le rôle de la région a été cité par 5 informateurs sur 7. Le rôle des médecins généralistes a été cité 3 fois sur 7 dans l'organisation du dépistage organisé des cancers.

a. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (Kind en Gezin)

Cette structure a été identifiée par tous les informateurs comme officiellement responsable de la prévention, de la vaccination et du suivi du nourrisson. *Ils ont des consultations totalement gratuites partout en Belgique, avec une partie flamande et une partie francophone, où les parents peuvent aller pour un suivi régulier du nourrisson.* (Ils) *prennent en charge toutes les vaccinations au fur et à mesure de la petite enfance* (…), *mais* (ils) *ne s'occupent que du côté préventif* (…) *Si votre enfant est malade, ils doivent l'adresser vers le médecin généraliste.*

Il y a pratiquement un centre dans chaque commune (…) Ce sont des médecins qui ont leur propre pratique et qui font quelques heures par semaine à l'ONE, soit en consultation à l'ONE, soit en supervisant des crèches. Chaque crèche en Belgique qui accueille des enfants de 0 à 3 ans est obligée d'avoir un médecin attitré qui est reconnu par l'ONE (…)

b. Le médecin pédiatre ou le médecin généraliste

Cinq informateurs ont identifié parmi les acteurs, *le pédiatre privé* (…) *pour le suivi du nourrisson, y compris la vaccination* et le médecin *généraliste qui a aussi la possibilité de réaliser la vaccination et de suivre les enfants depuis leur naissance.*

Pour certains le médecin généraliste *peut travailler en collaboration avec l'ONE, en téléphonant ou en envoyant directement l'enfant à l'ONE,* pour d'autres, il s'agit *d'une organisation à part qui ne travaille pas vraiment avec les médecins généralistes.*

c. Les autres organisations

Un autre informateur a identifié une autre organisation destinée à remplir cette mission de prévention : *« La maison de l'enfant » qui est formellement un partenaire structurel dans la zone de premier échelon.*

d. Le dépistage organisé des cancers

Le dépistage organisé des cancers se fait *de manière verticale, au niveau régional et* concerne *le cancer du col de l'utérus, le cancer du sein et le cancer du côlon* (…)

Pour le cancer du côlon et le cancer du sein, *les CCR (Centre Communautaire de Référence) envoient directement des courriers aux patients éligibles* et *on leur propose de passer chez le médecin*

généraliste. Il existe une triangulation entre les centres organisateurs du dépistage, les patients et les médecins généralistes. *Il y a des centres qui pratiquent la mammographie totalement gratuitement, où* (les patients) *peuvent aller directement. Dans certaines régions du pays, il y a les « Mammobiles » qui sont des bus qui permettent de faire une mammographie (…)*

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les professionnels de santé sont à la fois organisateurs et acteurs, individuellement. *Dans les milieux favorisés, toutes les femmes ont un gynécologue qui les suit, qui les accouche, qui gère les dépistages… Dans les milieux défavorisés, les patients n'ont généralement pas de gynécologue attitré et donc là le médecin généraliste fait le dépistage*.

2.7.2 Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. Une structure dédiée au suivi des enfants dont l'intégration à la première ligne varie en fonction des communes

Deux informateurs ont dépeint un manque d'intégration entre les services de prévention et les services de soins, *on est dans le monde de la fragmentation (…) Ces services ne communiquent pas. Si on ajoute la planification familiale, on rajoute une couche à la lasagne, c'est plutôt efficace*, *mais très peu intégré à la première ligne, il n'y a pas de partage des données, c'est un peu triste*. L'un a regretté que les deux services soient distincts, *les deux devraient être liés au même endroit dans le cadre de la prise en charge en médecine générale* (...) *ça devrait être plus intégré.*

D'un autre côté deux autres informateurs ont dépeint l'ONE comme un service de prévention en lien avec la première ligne. *On a aussi intégré l'information de l'ONE de sorte que l'état des vaccinations de l'enfant* (soit) *aussi visible pour le médecin généraliste dans son dossier (…) Les médecins qui travaillent dans l'ONE ce sont des médecins généralistes avec leur propre pratique. Ils font la combinaison entre la médecine générale et la prévention.*

b. La prévention en première ligne est peu favorisée et peu organisée

Certains informateurs ont évoqué le manque d'organisation de la prévention en première ligne et de manière générale dans le système. *Comme en France, les médecins généralistes n'ont pas une grande culture de santé publique, il n'y a pas beaucoup de soutien. Il y a encore un hiatus entre le réseau santé publique et le réseau des médecins généralistes de terrain qui ne sont pas encore très bien intégrés.*

L'un des informateurs a mis en cause le système de financement des professionnels de santé. *Faire de la prévention ça veut dire diminuer les maladies, si d'un autre côté on est rémunéré à l'acte et qu'on est dépendant du nombre de malades qu'on voit pour assurer sa subsistance, cela n'a pas de logique. Donc il faut un paquet de financement beaucoup plus forfaitaire qui lie et la prévention et le curatif.* Un autre a remarqué la faible rémunération des consultations à l'ONE, *ces consultations sont très mal payées.*

Un des informateurs a remarqué l'absence de répartition organisée de certaines actions de prévention comme la vaccination, *il y a un service pour les nourrissons, un autre à l'école, un autre au travail, le médecin généraliste peut les faire s'il le veut (…) C'est un peu n'importe quoi. (…) Il y a la Plateforme E-vax, mais l'accès informatique est hyper compliqué donc cela n'est pas très utilisé.*

Certains informateurs ont remarqué qu'il y a *des différences sociales non négligeables, les niveaux sociaux les plus favorisés sont souvent des gens qui prennent un pédiatre dès la naissance (…) Dans les milieux défavorisés, les patients n'ont généralement pas de gynécologue attitré (…).*

c. L'exception de la ville de Gand

Contrairement à certains, un des informateurs a souligné l'efficacité de certaines actions de prévention menées au sein de sa commune. *On a une couverture de presque cent pour cent, on contacte tous les enfants (…) Il y a tout un programme pour les trois premières années. À Gand on fait aussi à 30 mois une évaluation de la situation dentaire. C'est quelque chose qu'on a instauré il y a vingt ans dans notre quartier et maintenant cela a été repris comme mesure générale pour toute la Flandre*.

Il a décrit deux facteurs favorisants à cela. D'abord l'existence d'un *Conseil de santé au niveau de la ville qui a maintenant un statut de conseil d'avis formel (…) en matière de santé. L'échevin et le bourgmestre doivent demander un avis à ce conseil*. Au sein du conseil *sont représentés les médecins, les infirmières, l'ONE, le CPAS, les hôpitaux…* Ensuite il y a un mécanisme de réception des problèmes qui sont vécus par les professionnels par *une personne qui travaille pour la ville* et qui sont signalés aux autorités concernées. *Les problèmes qui doivent être résolus au niveau des quartiers, ils sont mis à l'agenda de la réunion de quartier. Les problèmes qui peuvent être résolus au niveau de la ville sont discutés au conseil de santé de la ville et les problèmes qui doivent être résolus au niveau de la région ou du fédéral sont renvoyés au ministre responsable. Il y a un mécanisme bottom-up et on sait immédiatement s'il y a quelque chose qui ne marche pas.* Ainsi l'avis des professionnels et les contraintes de la politique locale sont confrontés et discutés pour trouver une organisation commune. Un exemple est donné *: il n'y a pas de possibilité de parking pour les infirmières à domicile. C'est un problème typiquement qu'on résout au niveau de la ville. La solution a été que les gens qui ont un garage peuvent mettre sur leur garage un signe qui dit que les professionnels de santé peuvent garer leur voiture en face de leur garage et alors cela crée des places.*

d. Un modèle inspirant pour la réforme des zones de première ligne en Flandre

En effet, un informateur a confirmé la volonté du gouvernement flamand d'établir cette dynamique à travers tout le pays en Flandre, par l'intermédiaire du conseil de santé dans chaque zone de première ligne. *L'idée maintenant est que cela se fasse dans toutes les communes et les zones de soins sont une opportunité (…) Et on réfléchit sur l'intégration du conseil de santé avec le « care council » afin de limiter le nombre de réunions.*

2.7.3. Précisions concernant L'ONE et Le Centre Communautaire de dépistage

L'ONE est né en 1919 à la suite de la Première Guerre mondiale, l'Office National de l'Enfance est un établissement public dont l'objectif est de lutter contre la mortalité infantile et de venir en aides aux familles par une aide alimentaire. En 1983, il devient l'Office de la Naissance et de l'Enfance pour la communauté francophone, Kind en Gezin pour la communauté néerlandophone et Kaleido-DG pour la communauté germanophone. En 2002 l'Office profite d'un plan de réforme et de relance. En 2015, pour donner suite à la 6e réforme de l'état, l'institution bénéficie de moyens supplémentaires en matière de politique d'accueil des enfants et de nouvelles compétences relatives à l'accompagnement de la santé des enfants en matière de prévention.

L'office peut se définir comme l'organisme de référence de la Fédération Wallonie-Bruxelles, pour toutes les questions relatives à l'enfance, aux politiques de l'enfance, à l'accompagnement des parents, à l'accueil en dehors du milieu familial et au soutien à la parentalité. L'ONE est lié au gouvernement de la fédération par un contrat de gestion qui définit quatre grands objectifs. L'ONE est décentralisé en six administrations subrégionales qui correspondent aux cinq provinces wallonnes et à la Région de Bruxelles-Capitale. Il y a un coordinateur subrégional qui veille à la bonne coordination des actions et services de l'ONE et développe le partenariat avec les acteurs locaux de la petite enfance. Le département « Accueil » gère les structures d'accueil tandis que le département « Accompagnement » gère les consultations de l'enfant de 0 à 12 ans. Les consultations de l'ONE ont lieu dans toutes les communes de chaque province, dans des locaux adaptés (106).

En mettant en commun les informations recueillies auprès des informateurs et nos recherches documentaires, nous avons décidé de ne pas décrire plus en profondeur cette institution publique, ancrée dans le paysage organisationnel, mais assez peu intégrée à l'organisation des médecins généralistes, agissant en parallèle.

L'organisation par les communautés du dépistage organisé des trois cancers ressemble fortement à la manière dont sont organisées les choses en France, nous avons décidé de ne pas détailler cette organisation. Le centre communautaire de référence organise les dépistages pour la communauté francophone. Il existe la même structure pour les communautés néerlandophones et germanophones (107,108).

2.7.4 Conclusion

Concernant la thématique du suivi de nourrisson et de la vaccination, les informateurs ont décrit les différents acteurs qui peuvent être mobilisés. L'ONE est un des acteurs. De manière générale nous n'avons pas pressenti de coordination structurelle avec les médecins généralistes. Il y a une exception dans nos résultats qui concerne la ville de Gand. La différence semble principalement reposer sur la volonté politique des élus locaux de la ville, associé à l'engagement de certains médecins dans des fonctions organisationnelles au sein de l'ONE. Cette unité de fonctionnement entre les élus, les professionnels de santé et les services publics de santé semble favoriser la dynamique d'intégration entre les acteurs que l'on ne retrouve pas de manière systémique en Belgique.

Le dépistage des cancers semble bien dépendre d'un niveau intermédiaire entre le niveau politique fédéral et le niveau des acteurs de terrain les médecins généralistes. Il est représenté par les centres communautaires. Pour reprendre le terme cité, il s'agit d'une organisation assez verticale, nous n'avons pas pressenti dans les résultats une nécessité de la décrire de manière plus approfondie.

Enfin, la réforme des zones de première ligne se base sur un organe de gouvernance, le « conseil de soins » ou « care council », inspiré du conseil de santé de la ville de Gand. La zone offre un support organisationnel pour des actions de prévention et de suivi de l'enfant.

Organisations et dispositifs retenus : ONE, CCR, Conseil de santé de la ville de Gand

2.8 Thématique 8 : La communauté des professionnels de soins primaires

Est-ce que les professionnels de soins primaires font partie d'une organisation commune, au-delà de l'équipe de soins ? Si oui pour quelles missions ? Si non pourquoi à votre avis ? (Diagnostic des besoins, formation continue, amélioration de la qualité, partage des ressources…)

2.8.1 Les organisations, services, partenaires identifiés par les informateurs

Concernant l'organisation des professionnels de santé pour l'analyse des besoins de la population, les informateurs ont cité le rôle des Cercles de médecins généralistes (6 sur 7). Au total, 7 organisations ont été citées : le Cercle, la MM, la Fédération des MM, le SISD, la Plateforme des soins primaires, l'Observatoire de la santé. Un dispositif innovant a été mentionné, en lien avec la réforme des zones de première ligne : le conseil de soins de la zone de première ligne (2 sur 7).

Concernant l'organisation de la formation continue et des pratiques d'amélioration de la qualité, plusieurs organismes ont été cités, 8 au total : les Cercles, les GLEM, les Universités, la Société Scientifique de Médecine Générale, les RML, les Hôpitaux, la Fédération des MM, les autres. Les GLEM ont été cités par 4 informateurs sur 7.

Concernant l'organisation pour une mutualisation des ressources, 4 informateurs sur 7 ont répondu que cela n'existe pas ou alors de manière informelle. Trois informateurs sur 7 ont fait allusion à la pratique au forfait comme organisation de partage des ressources. Deux informateurs sur 7 ont évoqué les fonds impulseo et enfin un informateur a cité une organisation d'infirmiers à domicile qui s'ouvre à la pratique avec les MG : Wit Gele Kruis.

Concernant l'analyse des besoins de la population

a. Les Cercles de médecins généralistes

Les Cercles ont été identifiés par plusieurs sources (6 sur 7) comme une organisation destinée à l'analyse des besoins des patients de leur zone. Ils *prennent en charge ces trois fonctions.* D'ailleurs *dans leur statut (ils) doivent développer une politique de santé locale.* L'exemple de la mise en œuvre des RML *pour le soutien de la mise en place des trajets de soins diabétiques (a été) plutôt dirigé par les Cercles de médecine générale.*

L'une des sources a remarqué l'influence historique de certains Cercles en ce qui concerne *des éléments d'innovation notamment* (le) *Cercle de Mons, qui a été* (l') *un des premiers à se structurer de manière assez forte. Vous allez trouver ça sur Liège également (…).* Il a aussi évoqué : *plus vous avez des Cercles* (de grande taille), *plus c'est difficile d'initier des choses particulières. Dans des Cercles plus petits où les gens se connaissent bien parce qu'ils travaillent dans le même village ou la même commune, souvent il y a plus d'éléments d'initiative, d'échange et de collaboration.*

Quatre informateurs ont précisé que les Cercles sont organisés *par discipline (pharmaciens, kiné, diététiciens…),* mais il semble que cela évolue vers l'interdisciplinarité, *dans le futur on va faire une plateforme interdisciplinaire.* Cependant un informateur a souligné des réticences *: ils m'ont dit qu'ils n'étaient pas mandatés pour* (se pluridisciplinariser) (…) *Je ne sais pas, ils n'en ressentent peut-être pas le besoin.*

b. Le conseil de soins de la zone de première ligne

Les deux médecins flamands ont décrit le niveau de la zone de première ligne avec *le « care council » qui serait le niveau de plateforme où tous les professionnels vont se rencontrer pour faire le*

diagnostic communautaire, pour voir quelles sont les contributions qu'ils peuvent faire et aussi pour évaluer quels sont les besoins et pour traduire ça en changement de la politique locale. L'un d'eux a expliqué l'enjeu organisationnel que représentent les *zones de première ligne, assez claires territorialement où toutes les autres organisations doivent se réunir pour avoir* (…) *un système compréhensif* (à la place) *d'initiatives* (isolées) *(…) et qui ne se connaissent pas.*

La réforme des zones de première ligne : le « conseil de soins »

Missions

La zone offre un support aux professionnels pour mettre en œuvre les soins et elle leur confère une responsabilité vis-à-vis de la population de la zone. Progressivement, les missions des RML et des SISD ainsi que le personnel compétent vont être intégrés dans la structure de la zone de première ligne. L'intention c'est d'avoir une seule entité juridique reconnue et financée.

Acteurs

Les acteurs de la zone sont représentés par le « conseil de soins ». Il doit réunir obligatoirement un certain nombre de représentants des quatre groupes : autorité locale, professionnels de santé, protection sociale et représentants des usagers. Il peut aussi comporter des « partenaires facultatifs », comme des personnes implantées historiquement au niveau local en matière de soins primaires ou personne experte en soins primaires au niveau académique.

Le conseil de soins doit être en mesure de mener des réunions productives et efficaces. Le nombre maximal de représentants est pour l'instant fixé à 24 personnes.
La proposition pour la constitution du « conseil de soins » de la zone devra être déposée à l'agence flamande des soins de santé au plus tard le 31 décembre 2019 (109).

Stratégie et pilotage

Parmi les tâches confiées au « conseil de soins », cinq ont été définies comme prioritaires (110) :

- Organiser la coordination entre les prestataires de soins, mais aussi avec les autres organisations d'offre de soins, avec les aidants et avec les organisations d'usagers ;
- Stimuler la collaboration interdisciplinaire entre les prestataires de soins de santé dans les zones de soins ;
- Soutenir les Cercles au sein d'une zone de première ligne ;
- Soutenir le développement pour l'accès optimal à l'ouverture des droits et aux services de santé ;
- Aider à fournir des données pour compléter la « carte sociale » qui répertorie les établissements et prestataires de soins.

Le conseil de soins décide autant que possible par consensus. Si cela n'est pas possible, il est conseillé de différer la décision et de laisser du temps pour explorer d'autres possibilités.

Population et territoire

Une zone de première ligne est une zone géographique qui comprend 75 000 à 125 000 habitants, formée par une ou plusieurs municipalités. La zone rassemble un ensemble de « dispositifs de première ligne » constitués par plusieurs « pratiques de première ligne ». Chaque patient est inscrit auprès d'un dispositif auquel il doit toujours se référer.



Figure 12 : Les 60 zones de première ligne en Flandre[12]

L'objectif est que plusieurs zones de première ligne se fondent en une zone de soins régionale (de 400 000 habitants). Les zones de soins régionales sont idéalement couplées aux réseaux des hôpitaux d'une région.

Financement
Subvention du gouvernement flamand.

Structure juridique et contrat
Nous n'avons pas recueilli de données.

Satisfaction
Nous n'avons pas recueilli de données.

---

c. La maison médicale

À une autre échelle, la pratique de groupe pluridisciplinaire a aussi été identifiée comme jouant un rôle d'identification des besoins des patients affiliés grâce en particulier au système d'information où *tout est encodé (VIH, diabète, grippe)* ce qui permet de *faire un diagnostic de santé au niveau d'une patientèle (2500 patients).* L'un d'eux a ajouté que *le mouvement maison médicale s'est inscrit dans un mouvement plus large de diagnostic général de la patientèle.*

d. La Fédération des MM

Une autre structure a été identifiée, la fédération des maisons médicales comme *l'intergroupe bruxellois des maisons médicales (…) Ils mettent en place des projets sur le terrain, mais qui sont beaucoup plus centrés sur les déterminants non médicaux de la santé, déterminants sociaux.* Ils organisent aussi *beaucoup d'informations à destination des professionnels* (avec) *des invitations à des formations sur une thématique* (mais aussi des informations) *sur la coordination sur les gardes, les processus de travail...*

e. Les autres

D'autres organismes ont été évoqués rapidement parmi lesquels : *un observatoire de la santé qui depuis 5 ans fournit des diagnostics de santé au niveau communal ; la Plateforme des soins primaires* (en Wallonie) financée en partie par *la Fondation du Roi Beaudoin ; les SISD (…) qui essaient de mettre en place des politiques communes par rapport à tous ces acteurs*.

[12] http://www.selgoal.be/hervormingen-eerstelijnszorg/eerstelijnszones/

Concernant la formation continue et le contrôle de la qualité des soins.

a. Les Cercles, l'Université, la SSMG, les GLEM…

Ces quatre organismes ont été cités par la plupart des informateurs, à la manière d'une liste, sans priorisation particulière. (…) *il y a grosso modo trois types d'organismes (…). Il y a les Cercles, avec des sous-groupes qu'on appelle des dodecagroupes, soit une douzaine de généralistes qui se réunissent plusieurs fois par an. Il y a les Universités, les départements de Médecine Générale qui organisent un nombre non négligeable de formations continues auxquelles les médecins généralistes peuvent assister (…) et puis il y a la SSMG qui organise aussi un certain nombre de formations continues.*

Le système de formation continue est *nécessaire (il faut) accumuler 20 unités par an* (et participer) *au minimum à deux séances du GLEM, Groupe Local d'Évaluation Médicale* qui est en fait *un système obligatoire de « peer review »* (groupe de pairs). Pour un autre il faut *faire trois GLEM par an pour être accrédité* (et) *avoir un meilleur remboursement de ses consultations*. Ce sont des professionnels *qui se regroupent par région*, le groupe est *fixe (…) composé d'environ quinze médecins.*

L'un des informateurs a précisé *: c'est très peu orienté assurance qualité.* Selon lui *certains GLEM font des merveilles et d'autres vont au restaurant et invitent un délégué…* (C'est à l'initiative) *des GLEM de choisir leur orientation*.

b. La fédération des MM

Deux informateurs ont décrit le rôle de la fédération au sujet de l'amélioration de la qualité des soins. *C'est une fédération qui comprend un bureau d'études et différents départements dont l'un travaille* (… particulièrement au sujet de) *l'amélioration de la qualité.* (Il y a un projet) *qui s'appelle le tableau de bord, qui permet de monitorer les choses.* Au sujet de la fédération, un autre a ajouté *: ce sont les maisons médicales qui ont décidé de se fédérer et de mettre une partie de leurs moyens en commun pour aller vers une amélioration de la qualité au sein des maisons médicales.*

Concernant la mutualisation des ressources

a. L'absence d'une organisation spécifique

Plusieurs informateurs ont répondu qu'il n'y a pas à leur connaissance d'organisation spécifique permettant de partager des ressources. L'un d'eux a évoqué des actions *informelles.* Un autre a fait référence au fait de partager *les mêmes ressources pour que ça revienne moins cher* comme le fait d'acheter un bâtiment en commun tout en continuant à exercer *chacun de son côté.*

Un autre a ajouté : *cela n'existe pas encore, il y en aurait fortement besoin*. Il a pris l'exemple des programmes de rééducation cardiaque ou respiratoire pour les patients insuffisants cardiaques ou avec un BPCO. Selon lui il y a *une volonté de la part des Cercles et de la fédération des MM de créer ces types de structures là* (…) *il y a une volonté de créer un employeur meso dans les maisons médicales pour partager des aides familiales, des ergothérapeutes, des éducateurs…. Il faudrait s'unir à plusieurs pour engager ces compétences.*

b. Le partage des compétences médecins-infirmiers en maison médicale

Certains ont relevé l'évolution des rôles cliniques des infirmiers et des médecins généralistes, *là où je travaille ce sont les infirmières qui font les vaccins, les ECG, le suivi INR, les soins de plaie, les ECG, les spirométries* (…) *Ça bouillonne !*

Les pratiques pluridisciplinaires au forfait favorisent cette mutualisation des ressources humaines *parce qu'il y a un budget intégré pour les différentes disciplines*. Inversement pour des structures à l'acte *il y a de grandes difficultés pour l'intégration d'une infirmière dans la pratique, car il n'y a pas de nomenclature* (adaptée…) *Actuellement la nomenclature d'une infirmière est faite pour les soins à domicile, mais pas pour les soins dans une pratique…* Ainsi *au niveau du rapprochement médecin-infirmier, c'est très embryonnaire.* Un autre informateur a cependant fait référence à *un projet pilote* (c'est) *une grande organisation flamande, Wit Gele Kruis, qui emploie des infirmières à domicile et offre aux médecins généralistes une infirmière dans leur cabinet.*

c. Les avantages du système IMPULSEO

Deux médecins ont fait référence au dispositif Impulseo présenté comme une *bourse d'impulsion qui sert à subventionner par exemple du personnel administratif, un secrétariat*. Il y a aussi *des incitants pour s'installer en zone de pénurie*. L'un d'eux a déclaré à propos du dispositif, *c'est un soutien à l'installation et à l'organisation des professionnels*.

2.8.2 Les impressions recueillies concernant le paysage organisationnel

a. L'analyse des besoins : une volonté des Cercles, mais des moyens insuffisants

Le rôle des Cercles dans la fonction d'analyse des besoins de la population et d'adaptation des services par les professionnels a été relevé par la quasi-totalité des informateurs (6 sur 7), avec quelques réserves. L'un d'eux a considéré que ce n'est *pas assez (…), mais ce serait vraiment l'objectif d'une structure meso.*

Comme nous l'avons vu, la pluridisciplinarité doit être prise en compte. L'informateur a aussi souligné un manque de financement pour développer ce rôle des Cercles, car pour l'instant *tout est bénévole*.

Un autre a relevé le manque de compétences des médecins généralistes qui *n'ont pas les outils, parce qu'ils ne sont pas formés à la santé publique.*

b. Des offres de formation continue trop nombreuses, peu organisées et « monodisciplinaires » qui sont source de confusion et de décrédibilisation

L'impression générale concernant la formation continue des médecins généralistes c'est qu'elle ne correspond pas aux besoins actuels des soins primaires. Un informateur a expliqué que les formations ne sont *pas du tout orientées vers des prises en charge fonctionnelles comme les patients âgés, les patients sans domicile, la coordination des soins*. Elles restent *une formation purement médicale sur les pathologies.* Il a déploré que cette problématique soit *assez peu réfléchie au niveau universitaire et professionnel.* Le plus souvent il s'agit de séances qui regroupent une seule discipline, et malgré la volonté de pluridisciplinarité l'un d'eux explique : *ça prendra du temps.*

Les organismes de formation sont nombreux et certains professionnels ont le sentiment d'être *noyés. Il n'y a pas de structure unique sur le territoire qui gère la formation continue.*

Finalement le système de formation continue perd la reconnaissance de certains professionnels. Un des informateurs a même évoqué un système *un peu bidon* même si c'est obligatoire pour être accrédité.

c. L'absence d'organisation standardisée de mutualisation de ressources au-delà de l'équipe de soins

D'après certains informateurs, il y a en Belgique une dynamique d'organisation d'équipe multidisciplinaire de professionnels de santé, au niveau micro. Ces dynamiques peuvent être freinées à

cause de barrières juridiques et financières. Ces barrières semblent moins nombreuses dans les maisons médicales forfaitaires qui favorisent la pluridisciplinarité.

Les fonds impulseo ont été mentionnés comme favorables pour le regroupement des professionnels.

Au-delà des équipes de soins, les informateurs ont plutôt répondu dans le sens d'une absence de procédure standardisée de mutualisation entre différentes équipes d'une même aire géographique.

d. Les possibilités offertes par la réforme des zones de première ligne en Flandre

Les deux informateurs flamands ont expliqué le rôle que pouvait jouer la réforme pour organiser les soins primaires en Flandre selon les zones de première ligne. Ces zones définies par le territoire qu'elles desservent et la population des habitants et des professionnels associés représentent des entités fonctionnelles qui doivent permettre de réaliser un certain nombre de missions.

Les gens qui sont sur le terrain sont invités à regarder ce dont on a besoin et comment on peut organiser ça (…) Il y aura aussi une participation des hôpitaux, qui vont être en soutien, et on va établir plus de lien pour participer avec l'hôpital local. L'analyse des besoins de la population de la zone fait partie des responsabilités qui sont attribuées à la zone de première ligne. C'est le cas aussi pour la formation pluridisciplinaire des professionnels de santé *: le niveau meso va* (…) *aider*, en particulier *au niveau local, car les contextes locaux sont assez différents (…) Cela va améliorer la cohésion dans le secteur soignant.*

Un informateur de la région Bruxelles-Capitale a aussi décrit le rôle que pouvait jouer le niveau meso de l'organisation des soins primaires et en particulier pour mutualiser des compétences sur plusieurs équipes micro. Il a fait référence à un « employeur meso ».

2.8.3 Précisions concernant les GLEM, les fonds impulseo

a. Les GLEMs

Un GLEM est un groupe de pairs de médecins qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales (peer review) pour promouvoir la qualité des soins. C'est un système basé sur les données de l'EBM (evidence based medicine), avec une comparaison des pratiques basée sur des évaluations individuelles et régionales (111,112).

Pour être un médecin généraliste accrédité, il faut faire partie d'un GLEM (deux réunions par an), il faut accumuler 20 unités de formation continue par an et il faut respecter un seuil d'activité de 1250 contacts/an. L'accréditation n'est pas obligatoire. C'est un système de formation continue qui existe depuis 1993 en Belgique, pour promouvoir la qualité des soins, l'économie des soins et la qualité et l'efficacité des rapports des médecins entre eux. Le contenu de la formation continue doit permettre une actualisation des connaissances, mais doit aussi inviter les médecins à avoir une réflexion sur leurs comportements dans leur choix des moyens de diagnostic et de traitement. Il existe des incitants financiers à être accrédité. Les médecins accrédités bénéficient de supplément d'honoraires et d'un forfait annuel (112).

Un GLEM doit lui-même avoir reçu une accréditation de l'INAMI. Le GLEM réunit 8 à 25 médecins accrédités. Le GLEM doit proposer 4 séances par an, pour une durée d'une heure minimum à chaque fois, pour que les membres puissent y participer au moins deux fois par an. Le rapporteur du GLEM communique à l'INAMI, via l'application web, les dates, les thématiques et la présence des membres pour chaque séance. Tout financement, direct ou indirect, du GLEM par l'industrie pharmaceutique ou par un autre sponsor qui pourrait occasionner un conflit d'intérêts, est interdit. La participation à des réunions de GLEM sponsorisées ne donne droit à aucun CP (crédit point ou unité de formation

continue). La participation à une séance du GLEM de moins de 2 heures donne 1 CP et 2 CP si la séance dure plus de 2 heures. Il est possible d'obtenir un maximum de 8 CP en participant aux 4 séances dans l'année. Le GLEM reçoit un financement de l'INAMI de 200 euros pour chaque séance (113).

b. Les fonds impulseo

Impulseo est le nom d'un ensemble de mesures destinées à encourager l'installation des médecins généralistes. Depuis le 1er juillet 2014, « Impulseo » est une compétence des entités fédérées (communautés, régions ou commissions communautaires) pour donner suite à la 6e réforme de l'État. Les fonds d'impulsion à l'installation des médecins généralistes sont fixés par l'Arrêté royal du 23 mars 2012 abrogeant l'arrêté du 15 septembre 2006. Il existe trois fonds d'impulsion.

Impulseo I : prime qui vise à encourager l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires, et qui peut faire l'objet d'un accompagnement. La prime s'élève à 20 000 euros jusqu'à 25 000 euros en fonction des critères de densité médicale et d'habitants.

Impulseo II concerne l'intervention dans les charges salariales de l'employé(e) administratif tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecins généralistes. Elle couvre une partie des charges salariales de l'employé(e) qui les assiste dans l'accueil et la gestion de la pratique.

Impulséo III concerne l'intervention dans les frais de services de télésecrétariat médical, tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecins généralistes.

2.8.4 Conclusion

L'organisation des médecins généralistes en Cercles permet selon six participants d'organiser l'analyse des besoins de la population de la zone de responsabilité du Cercle. Ils ont aussi un rôle d'organisation de la formation continue des médecins généralistes. Pour l'instant les Cercles ne semblent pas jouer un rôle dans le sens de l'évaluation de la qualité ou de la mutualisation des ressources humaines ou matérielles. Cette organisation confirme cependant son rôle de « support ».

Par ailleurs, concernant la mutualisation de ressources nous n'avons pas mis en évidence d'organisations spécifiques. Cependant, la réforme des zones de première ligne décrite par les médecins flamands semble pouvoir répondre à ce constat.

La réforme des zones de première ligne apporte une réponse par rapport à la question du rassemblement des professionnels. Cette fois, elle constitue un support pour l'étude des besoins de la population, par l'intermédiaire du « conseil de soins » et pour l'organisation d'une offre de formation continue en rapport avec les besoins.

Nous retenons les organisations : les Cercles, le « conseil de soins », la Fédération des MM, les fonds impulseo.

DISCUSSION

L'objectif de notre étude était d'interroger le système de santé belge pour identifier des organisations de niveau meso, à partir de l'expérience d'acteurs de terrain, complétée par une analyse des sources documentaires disponibles.

Pour identifier et comprendre la structuration du niveau meso en Belgique nous avons réalisé sept entretiens en visioconférence du mois de mars au mois de septembre 2018. Nous nous sommes entretenus avec 6 médecins généralistes, dont 5 qui avaient une activité universitaire et un médecin enseignant-chercheur en santé publique.

Les entretiens ont été menés à partir d'un guide d'entretien qui rassemblait des situations cliniques complexes et des thèmes clés des soins primaires. Les grands champs ainsi étudiés concernent : la santé mentale, la cancérologie, la perte d'autonomie des personnes âgées, le diabète, les soins palliatifs, l'accès aux soins, la permanence des soins, la prévention en santé, l'analyse des besoins, la formation continue et la mutualisation des ressources.

1. Synthèse des résultats

1.1. Les principaux dispositifs identifiés

Nous avons ainsi identifié différents dispositifs qui répondent aux fonctions de « coordination de l'offre des services », « évaluation de la qualité des services », « rassemblement des professionnels de santé », « support des professionnels de santé (expertise, outils) » et « articulation avec les ressources de la communauté ». Ces dispositifs agissent à un niveau intermédiaire du système et participent à la structuration du niveau meso.

Parmi les principaux résultats, nous avons retenu :

- **Le Cercle de médecins généralistes :** tous les médecins généralistes d'une zone géographique sont associés au sein du Cercle local. Le Cercle est responsable historiquement de l'organisation de la garde de médecine générale. Il représente les médecins généralistes de la zone et constitue le point de rencontre avec la politique de santé locale. Le Cercle veille à l'accessibilité de la médecine générale pour tous les habitants de la zone. Il a un rôle dans la promotion de la santé, la collaboration multidisciplinaire, les partenariats avec l'hôpital local. Ainsi les médecins généralistes, ensemble, ont la responsabilité collective de répondre à ces missions.

- **Le Réseau Multidisciplinaire Local :** les éducateurs en diabète, les médecins généralistes et les médecins spécialistes sont inscrits s'ils le souhaitent au sein du Réseau pour prendre en charge certains patients diabétiques par le biais du trajet de soins diabète. Le Réseau est représenté par un promoteur. Le Réseau aide les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes à réaliser les démarches administratives pour établir un trajet de soin. Il met à disposition la liste des acteurs du trajet de soins de la zone. Il soutient et facilite la coordination entre les acteurs (MG, MS et éducateurs). Il fait la promotion du trajet de soin auprès des patients et des professionnels. Il évalue son activité. Le RML est porté par le Cercle. Le RML a élargi son action à d'autres disciplines en rapport avec les maladies chroniques cardiovasculaires ou respiratoires pour réduire la fragmentation des prises en charge des patients atteints de plusieurs maladies.

- **La Plateforme de concertation MG-MS :** le Système Local de Santé formé par le Cercle des médecins généralistes de Liège (GLAMO) et l'hôpital local La Citadelle correspond à une plateforme de concertation. Le département de médecine générale est à l'origine de cette

plateforme. Elle rassemble les représentants de chaque entité du SYLOS (généralistes du Cercle et spécialistes de l'hôpital) et un animateur de plateforme. Les réunions de concertation sont gérées et animées par cette personne. Elles permettent de définir des problématiques communes et mettent en place des sous-groupes de travail avec l'aide d'un groupe de recherche. La mise en œuvre d'un tel système nécessite donc que les acteurs de ville soient représentés et rassemblés au sein d'une entité commune : les Cercles de médecins généralistes. La représentation des autres professionnels des soins primaires ambulatoires est en cours de réflexion (participation des infirmiers, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des podologues, des diététiciens, des médecins spécialistes en ambulatoire). La Plateforme est une illustration claire de la structuration « bottom-up » du niveau meso.

- **Le Service Intégré de Soins à Domicile :** institution de soins de santé établie initialement au niveau fédéral qui a pour but de réunir les représentants des praticiens du domicile et les représentants des structures de coordination pour stimuler la collaboration. Son action s'effectue dans une zone de soins délimitée géographiquement. Le SISD soutient l'organisation de l'évaluation au domicile, de l'élaboration du plan de soins et de la concertation multidisciplinaire à domicile. Les professionnels interrogés y ont peu fait référence. Cependant nos recherches documentaires en rapport avec les textes officiels concernant l'offre de soins à domicile nous ont souvent conduits vers cette organisation. Nous pouvons ainsi prendre conscience du décalage entre les institutions et les acteurs de terrain. Le SISD est une illustration concrète d'une dynamique « top-down ».

- **La Plateforme de Soins palliatifs :** elle regroupe les différentes structures de soins palliatifs (équipes de soutien, unité de soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs…) sur une zone géographique et participe au développement des soins palliatifs grâce à la formation des professionnels, à la sensibilisation du public et à la coordination des structures. Elle illustre la dimension organisationnelle de l'intégration selon le modèle théorique de P. Valentijn, le RMIC (rainbow model of integrated care).

Certaines organisations sont validées à l'échelle fédérale, régionale ou communautaire tandis que d'autres sont des projets pilotes ou des initiatives des acteurs locaux.

Un autre résultat majeur concerne la réforme des soins primaires et en particulier la création des **zones de première ligne** en Flandre dirigées par les « conseils de soins ». La vision politique de la réforme a été définie dans le rapport de la conférence du 16 février 2017. Les parties prenantes ont été invitées à organiser les zones de première ligne. Depuis, soixante zones de première ligne ont été agréées en Flandre. Le décret de la première ligne a été accepté par le parlement flamand.

Ainsi le concept de niveau meso en Belgique s'illustre à la fois par des acteurs : les organisations de niveau meso mais aussi par un territoire d'action, les zones de première ligne en Flandre. Le parallèle entre ces zones et les CPTS en France doit être souligné.

1.2. Un niveau meso en deux strates

En abordant la question du point de vue des médecins généralistes à travers des vignettes cliniques nous avons pu percevoir la complexité du système et les différentes échelles d'organisations qui coexistent.

Par exemple concernant la thématique des soins et des aides à domicile à destination de la personne âgée en perte d'autonomie, nous avons identifié plusieurs niveaux :

- Micro : le médecin généraliste, l'infirmier à domicile ou encore le coordinateur de soins, l'aide à domicile ou l'assistant social, mais aussi l'aidant proche, le voisin…
- « Meso-clinique » : c'est le niveau où il existe une structure qui a vocation à la fois à fournir des services d'aide et de soins ou d'assistance sociale directement aux patients et aussi à

coordonner les acteurs dans un objectif d'intégration. C'est le cas par exemple du Centre Public d'Action Sociale.

- « Meso-organisationnel » : c'est le niveau où les représentants des différents prestataires peuvent définir des parcours de soins en évaluant les besoins, en concluant des accords de collaboration entre les prestataires, en mettant en place des outils communs. C'est le niveau du support organisationnel strict. Le SISD nous paraît être un bon exemple d'organisation de niveau « meso-organisationnel ».

1.3. Des strates qui révèlent une construction progressive d'un système historiquement non structuré par rapport aux soins primaires

À partir des entretiens et des recherches documentaires, nous expliquons cette superposition du fait d'une structuration progressive dans le temps et fragmentée par les champs d'application. En effet si nous reprenons la classification des modèles d'organisation des soins primaires, la Belgique comme la France s'approchent du modèle professionnel non hiérarchisé (15). Historiquement le système n'est pas caractérisé par une définition d'un projet global de soins primaires dans les textes de loi. Ainsi le niveau meso s'est construit par couches successives pour répondre aux besoins des professionnels au niveau micro et aux politiques nationales dans un système hospitalo-centré et centré sur la maladie.

1.4. La place des Cercles de médecins généralistes

Bien que dédoublé, le niveau meso semble assez bien identifié, les informateurs ont la plupart du temps mentionné les mêmes structures. Parmi les organisations l'une d'elles nous a paru particulièrement importante, il s'agit des Cercles de médecins généralistes.

Comme en France, les professionnels des soins primaires ont un statut indépendant, un peu comme des électrons libres, qui leur laisse peu de place pour organiser une réponse aux problématiques que nous avons abordé dans l'introduction et auxquelles pourtant ils doivent faire face chaque jour. Même si les professionnels de santé ne sont pas les principaux responsables de l'organisation des soins dans le système, leur action doit s'intégrer dans une démarche globale orientée vers les soins primaires. Le fait qu'ils soient regroupés au sein d'un Cercle qui a une entité juridique propre permet de créer un niveau intermédiaire indispensable pour structurer l'offre de soins : le niveau meso.

Comme nous l'avons vu, le Cercle intervient historiquement dans le champ de l'organisation de la permanence des soins et depuis quelques années dans la gestion du Poste de garde. Il joue aussi un rôle dans la prise en charge des maladies chroniques en soutenant le Réseau Multidisciplinaire Local. Parfois le Cercle, les RML et le Poste de garde sont regroupés au sein d'un même bâtiment. Le Cercle est aussi en lien avec l'équipe de soins palliatifs de la zone par l'intermédiaire du médecin généraliste coordinateur. Le Cercle est impliqué dans des activités d'organisation de la formation continue. Enfin le Cercle est l'entité qui représente la médecine générale locale auprès de l'hôpital local, ce qui permet de réaliser des initiatives de concertation comme la plateforme de concertation du SYLOS. C'est aussi l'entité représentative de la médecine générale auprès des acteurs politiques locaux. Cela favorise alors la concertation concernant la politique de santé locale. De manière plus sporadique, nous avons vu que certains Cercles ont pris des initiatives en matière d'organisation de la réponse à la problématique de l'accès aux soins des personnes sans papiers.

1.5 L'expérience de la ville de Gand

À partir des situations abordées, nous comprenons comment la ville de Gand a pu inspirer la réforme des zones de première ligne. Du fait de l'implication forte de la politique locale pour l'amélioration de la santé de la communauté et inversement de l'implication de professionnels de terrain au sein d'une instance politique locale, il existe une structure organisationnelle pour instaurer une offre de soins adaptée aux besoins de la population locale. Le « conseil de santé » permet la coordination des secteurs médical, social, de l'éducation, du logement, de l'emploi et de la politique locale en réunissant les

différents représentants et les usagers. Il offre un cadre organisationnel, fixe et favorise la réalisation concrète d'initiatives de terrain.

Par exemple, deux quartiers s'associent pour organiser des jours de rencontre pour les patients diabétiques. Il s'agit d'une intervention proactive. Elle est favorisée par un système d'information capable de fournir la liste des patients diabétiques et par un personnel dédié. Une étude menée à Gand a montré que les personnes sans-abris avaient accès aux soins grâce aux centres de santé intégrés disponibles et accessibles aux personnes sans papiers (97). En matière de petite enfance, il existe un partenariat fort entre les professionnels du soin, les structures de prévention et les écoles. Cela a permis de mettre en place une consultation de dépistage des caries à l'âge de 30 mois et un programme de soins dentaires dans les écoles (114). Il existe un mécanisme de recensement des différentes problématiques rencontrées sur le terrain par les acteurs locaux aux réunions du « conseil de soins ».

La structuration de l'offre de soins découle d'une double dynamique « top-down » et « bottom-up » qui permet de mener à bien la politique de santé générale en s'adaptant au contexte local et en regroupant les différents secteurs susceptibles d'impacter la santé des personnes. Cette intégration permet notamment de lutter contre les inégalités sociales de santé.

2. Nos résultats sont-ils cohérents avec la littérature ?

2.1. Des structures de coordination pour la plupart déjà identifiées

Une prise de position du KCE au sujet de l'organisation des soins en faveur des maladies chroniques en 2012 avait déjà identifié un certain nombre de structures de coordination et de réseaux locaux que nous avons présentés dans nos résultats. Nos résultats sont cohérents avec certaines conclusions du rapport.

Comme l'explique le rapport, la succession de plusieurs vagues de réformes, à différents niveaux de pouvoir et dans différents secteurs, ainsi que des initiatives privées additionnelles, s'est traduite par un entrelacs de structures complexes et aux interactions insuffisantes. Citons les SISD (Services Intégrés de Soins à Domicile), les CPAS, les RML (Réseaux Multidisciplinaires Locaux), l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), les CCSSD (Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile), etc. (86)

Le rapport est en faveur du comblement du fossé entre le secteur médical et social et entre la première et la deuxième ligne, d'une définition claire des rôles et des responsabilités, d'un financement structurel qui permet d'obtenir une assistance professionnelle stable et de la définition de la population couverte.

Selon le rapport, les organisations de coordination peuvent être situées à un niveau « méso-opérationnel » que nous avons appelé « meso-clinique », au-dessus du niveau (micro) de la pratique individuelle, mais sont d'autre part enchâssées dans un niveau « méso supérieur » plus stratégique (86), que nous avons appelé « meso-organisationnel ». On retrouve ainsi les deux strates que nous avons décrites. Le rapport du KCE fournit une série de recommandations. L'une d'elles s'intitule : « optimiser les structures de coordination au niveau meso et macro ou si nécessaire en instaurer de nouvelles ». Les attributions qui sont données au niveau meso sont entre autres : la prestation et la gestion de services de santé et de promotion de la santé en fonction des besoins locaux, la coordination entre les intervenants, la supervision et la formation des prestataires de soins, l'adaptation de la politique nationale et des directives au contexte local. Les prestataires de soins individuels doivent pouvoir se rencontrer et échanger au sein de « plateformes meso-opérationnelles » et à une plus large échelle les représentants des prestataires et des autres acteurs impliqués dans les soins chroniques doivent pouvoir établir une coordination au niveau « meso stratégique ». Pour cela il faut faire coïncider les découpes territoriales et utiliser autant que possible les structures de coordination existantes en cherchant à les faire adhérer au modèle de subdivision territoriale.

Il faut noter que les deux strates du niveau meso sont aussi identifiées dans le « Rainbow Model of Integrated care » (RMIC) avec l'intégration « professionnelle » et l'intégration « organisationnelle ».

Le rapport Health systems In Transition (HIT) [13] de 2010 sur le système de santé belge et le rapport du KCE concernant les maladies chroniques ont répertorié la plupart des organisations identifiées par les informateurs. Néanmoins notre approche « in vivo » à partir de l'expérience des médecins généralistes apporte des considérations complémentaires utiles pour structurer le niveau meso en France.

2.2. Ce que notre étude a mis en évidence

2.2.1. Le niveau micro détermine les besoins au niveau meso

Nous avons perçu que la forme du niveau micro peut déterminer les fonctions auxquelles doit répondre le niveau meso. En effet dans une structure micro, pluriprofessionnelle, au forfait, où les professionnels de santé partagent le même local, le même système d'information et le même mode de financement, le besoin de support organisationnel complémentaire semble moins présent. Le niveau micro qui rassemble l'expertise médicale généraliste, l'assistance sociale, les soins à domicile, l'éducation thérapeutique, le soutien psychologique au sein d'une seule équipe ambulatoire de façon intégrée et efficace peut être suffisant. Dans ce cas le niveau « meso-clinique » que nous avons évoqué plus haut est peut-être moins utile. Le niveau « meso-organisationnel » reste nécessaire pour la coordination avec l'hôpital, avec les services d'aide familiale à domicile et permet de développer des outils pour un niveau micro, pluriprofessionnel et intégré de façon équitable sur tout le territoire.

2.2.2. L'intérêt porté par les médecins généralistes interrogés pour participer à la réflexion

Les entretiens ont montré le fort intérêt des professionnels interrogés vis-à-vis de l'organisation des services de santé. Il nous a semblé qu'il existe une conscience forte de la nécessité d'organiser les soins primaires et en particulier l'exercice pluriprofessionnel entre les médecins généralistes et les autres professionnels pour répondre aux défis du virage ambulatoire. Les médecins ont exprimé leur préoccupation vis-à-vis de la fragmentation des soins, du manque de formation à la prévention, et de l'offre de formation continue inadaptée aux besoins actuels.

Comme nous le verrons dans le chapitre dédié aux biais et limites de l'étude, les médecins interrogés ont pour la majorité une activité universitaire et certains ont un engagement auprès d'organisations de niveau meso. Notre impression est que ces professionnels ont une vision élargie des besoins d'évolution du système de santé, et constituent une excellente source d'information. D'autre part ils peuvent endosser la fonction de « leadership » pour mettre en place des actions organisationnelles innovantes.

2.2.3. Les conditions favorables à la structuration du niveau meso

Il nous semble possible d'établir une liste de conditions associées à l'efficacité du niveau meso.

Certaines conditions concernent la stratégie pour structurer le niveau meso :

- une double dynamique « top down » et « bottom up » dans un souci de concertation, de complémentarité et de souplesse des parties prenantes ;
- une dynamique pluriprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle ;
- un temps nécessaire à la structuration pour le changement des mentalités et la formation des professionnels ;

[13] Health Systems in Transition. Belgium, health system review. 2010. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF

- un soutien académique ou scientifique pour accompagner et valoriser le processus de structuration ;
- une population cible dans un objectif de responsabilité populationnelle ;
- un périmètre d'action dont les limites s'accordent avec les autres dispositifs déjà en place ;
- une organisation et un « leadership » préexistants parmi les professionnels ;
- l'étude des besoins en termes d'offre de soins et la définition d'un objectif partagé ;
- l'incitation à la participation des acteurs et leur coordination par un système de financement qui ne favorise pas la concurrence, mais une vision globale sur le long terme ;
- le partage d'un système d'information commun ;
- la mutualisation de compétences pour les rendre disponibles au niveau micro.

D'autres conditions concernent les acteurs qui devraient être impliqués :

- les représentants des politiques locales ;
- les représentants du secteur social et des travailleurs sociaux ;
- les représentants des professionnels de santé ;
- une personne ou un groupe de personnes qui assure une fonction neutre de modérateur ;
- un personnel de gestion dédié, pérenne, dans un objectif de structuration à long terme ;
- la clarification des rôles de chacun et la formation des personnes en rapport avec les missions qui leur sont attribuées.

Ces éléments sont apparus au fur et à mesure du travail de recherche. Sans prétendre à l'exhaustivité, ils peuvent constituer un guide pour entreprendre une démarche de réflexion sur l'organisation du niveau méso des soins ambulatoires.

3. Les dispositifs belges ont-ils des correspondants en France ?

Nous avons essayé de faire correspondre les organisations en France et les différents dispositifs belges. Pour cela nous avons établi un tableau comparatif pour chaque situation abordée dans l'entretien, en classant les organisations au niveau « meso-clinique » ou au niveau « meso-organisationnel ».

Les résultats de l'étude similaire en France permettront de vérifier et de compléter les données. Nous pouvons remarquer que les deux strates existent en France, du moins dans certaines régions. Le niveau « meso-clinique » est organisé en « silo » avec un ou plusieurs dispositifs par problématique, plus ou moins articulés avec les médecins généralistes. Le dispositif Asalée nous paraît être un bon exemple de dispositif « meso-clinique » intégré à la première ligne. Le niveau « meso-organisationnel » semble moins développé en France, et plus éloigné de la première ligne. Le rôle des patients et de la population est très limité aux deux niveaux.

Les CPTS constituent une opportunité d'intégrer les différentes structures entre elles mais aussi avec les professionnels de soins primaires et avec les représentants des patients et de la population. A titre d'exemple, la composition du conseil d'administration de la CPTS Paris 13, comprend trois « collèges » : collège des professionnels, collège des structures, collège des personnes morales représentant les patients et la population du territoire. L'association de la composante professionnelle « horizontale » avec la composante « verticale » des structures existantes pourrait constituer le maillage intégrateur dont notre système de santé a besoin aujourd'hui.

		« MESO-CLINIQUE »	« MESO-ORGANISATIONNEL »
Situation 1 Oncologie/SM	*BE*	Service de Santé Mentale Hôpital : – Itinéraire clinique cancer – Chimiothérapie à domicile – Equipe mobile de Santé Mentale CPAS, Centre Public d'Action Sociale	Réseau de Santé Mentale
	FR	CMP Centre Médico-Psychologique Hôpital Réseau territorial de cancérologie	CLSM, Conseil Local de Santé Mentale Réseau régional de cancérologie
Situation 2 Personne âgée	*BE*	CPAS	**Service Intégré de Soins à Domicile**
	FR	Service de gestion de cas (inclus dans la structure MAIA) CLIC, Centre Local d'Information et de Coordination	MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)
Situation 3 Diabète/ETP	*BE*		**Réseau Multidisciplinaire Local** **Plateforme de concertation du SYLOS**
	FR	Réseau diabète Association Asalée (Action de santé libérale en équipe)	Pôles / Centres de ressources régionaux en éducation thérapeutique
Situation 4 Soins Palliatifs	*BE*		**Plateforme des Soins Palliatifs**
	FR	Réseau de Soins Palliatifs	
Situation 5 Accès aux soins	*BE*	Le modèle de Gand CPAS	
	FR	PASS, Permanence d'Accès Aux Soins de Santé	
Situation 6 Permanence des soins	*BE*	Poste de garde	**Le Cercle de médecins généralistes**
	FR	Maison Médicale de Garde	CODAMUPS, Comité Départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins.
Situation 7 Prévention	*BE*	L'Office de la Naissance et de l'Enfance	Le centre communautaire de référence **Le conseil de santé de la ville**
	FR	La Protection Maternelle et Infantile Le service de médecine scolaire	
Situation 8 Support territorial aux professionnels	*BE*		**Le Cercle** **La zone de première ligne**
	FR	La CPTS ? Exemple : plateforme territoriale d'appui pour les cas complexes	La CPTS ? Exemple : coordination pour l'offre de soins non programmée

——— Dispositifs pilotes en cours d'implémentation
——— Dispositifs à l'initiative du terrain
BE Belgique *FR* France

4. Les biais et les limites de notre étude

4.1. Les participants ne sont pas représentatifs des médecins généralistes belges

Les limites de l'étude sont celles d'une étude qualitative sur un groupe réduit de participants qui ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes belges. Six d'entre eux sont des

médecins généralistes dont cinq sont engagés dans des activités d'enseignement universitaire. Quatre d'entre eux ont un rôle au sein d'une ou plusieurs organisations de niveau meso. Un participant a aussi un rôle dans la politique locale, un statut d'expert au niveau régional et fédéral et même européen. Un des participants est un médecin de santé publique, enseignant-chercheur à l'université.

Ce double ou parfois triple statut confère aux participants une certaine expertise des possibilités concernant l'offre des services de soins de santé. C'est pour cette raison que nous avons choisi un échantillonnage selon la méthode « boule de neige », afin de pouvoir sélectionner cette expertise au prix d'un biais de sélection.

Nous n'avons pas recueilli suffisamment d'experts pour représenter tout le territoire belge. Nous avons parmi les participants au moins un expert exerçant dans les provinces suivantes : Flandre-Occidentale, Flandre-Orientale, Brabant Flamand, Liège et dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ainsi les provinces d'Anvers, du Limbourg, du Hainaut, du Brabant Wallon, de Namur et du Luxembourg ne sont pas représentées.

Il est important aussi de noter que quatre informateurs sur sept exercent en maison médicale ou centre de santé intégré, c'est-à-dire en pratique de groupe pluridisciplinaire au forfait ce qui a probablement orienté leur réponse et dépeint une certaine vision des soins primaires. Cependant, les informateurs experts se sont efforcés de répondre à la fois du point de vue de la pratique en maison médicale, mais aussi du point de vue de la pratique à l'acte solo ou en groupe.

4.2. La barrière de la langue a rendu plus difficile la recherche documentaire sur les organisations flamandes

Tous les entretiens ont été réalisés en français alors que deux participants étaient néerlandophones d'origine ce qui a pu créer un biais.

Ce biais a joué surtout sur les recherches documentaires puisque nous avons étudié majoritairement des sites internet ou des rapports en français. Cependant les traductions de site sur internet et les publications en anglais ont aussi été utilisées. De plus, certains documents produits par les institutions flamandes sont aussi traduits en français et inversement.

4.3. Une recherche documentaire non exhaustive

La littérature en ce qui concerne les soins de santé primaires, les soins primaires et l'intégration des soins est très vaste, et produite par de nombreuses sources. Les sources sont répertoriées par des moteurs de recherche, mais aussi au sein de journaux spécifiques dans différents pays. Nous avons tenté de réunir et de recouper différents articles majeurs pour établir un cadre de réflexion. Il nous semble important de préciser que notre recherche initiale concernant le concept de niveau meso n'est pas exhaustive.

Pour la recherche documentaire qui a servi à compléter les informations recueillies auprès des participants et à décrire les organisations de niveau meso, nous avons principalement utilisé des sites internet et nous avons recueilli l'information de proche en proche. Lorsque plusieurs informations se recoupaient, nous avons décidé de ne pas poursuivre les recherches dans l'objectif de rester concis, mais aussi en raison du temps imparti pour cette thèse.

4.4. Une proposition de relecture par les participants

Afin de ne pas faire d'erreur majeure d'interprétation et de vérifier les informations issues de nos recherches documentaires, nous avons demandé aux sept participants de relire nos résultats. Nous avons eu seulement deux réponses. Les informateurs n'avaient pas de remarques particulières.

CONCLUSION

Ce travail de recherche nous a permis de mettre en évidence plusieurs organisations de santé belges dont les missions reprennent celles attribuées au niveau meso par l'OMS. En analysant ces organisations, nous avons perçu qu'elles pouvaient être classées en deux groupes qui représentent les deux strates du niveau meso : les organisations de niveau « meso-clinique » et les organisations de niveau « meso-organisationnel ». D'une manière plus fonctionnelle, ce travail nous a permis d'identifier une série de conditions favorables pour structurer le niveau meso dans un objectif d'intégration des soins et des professionnels, à long terme.

Nous espérons que les expériences étrangères développées dans les thèses associées à ce travail permettront d'apporter des éléments de réponse à la réflexion générale concernant la réorganisation des systèmes de santé en particulier au niveau meso.

Les concepts de soins primaires, de niveau meso et d'intégration des soins sont indispensables à l'organisation future des soins ambulatoires. Nous avons tenté de les décrire et de les illustrer. Pour permettre l'évolution des soins ambulatoires, il faudrait faciliter la diffusion de ces concepts auprès des professionnels de santé, mais aussi des décideurs politiques et de la population. Ainsi l'action des professionnels et de la communauté pourrait s'intégrer dans une démarche de responsabilité de tous pour un système de santé durable.

Comment déployer les CPTS en France ? Nous pouvons imaginer une approche « top-down » où le niveau politique prendrait des décisions sans faire appel aux acteurs. Un découpage territorial imposé par une loi, une adhésion obligatoire des professionnels et des structures de gouvernance dédiées pourraient garantir une structuration, au risque d'être rejetée par les professionnels. Nous pouvons imaginer également une approche « bottom-up » où les professionnels de santé s'organiseraient en répondant à un appel à projets et proposeraient une structuration. On peut penser que les motivations et les possibilités d'engager ce travail seraient différentes en fonction des territoires. Cela entraînerait un développement hétérogène des CPTS et ne permettrait pas de garantir des soins de qualité à toute la population. Ce qui nous semble évident et qui a été illustré dans plusieurs exemples belges c'est la nécessité de prendre le temps pour que les deux dynamiques s'accordent. Il faut poursuivre le bilan des premières CPTS, et permettre aux futures CPTS de s'appuyer sur les expériences des organisations pionnières. L'objectif de la loi « Ma Santé 2022 » de couvrir tout le territoire français de CPTS au 1er juillet 2021 peut alors être questionné.

D'un point de vue personnel, ce travail a été très inspirant vis-à-vis de mon exercice en équipe pluriprofessionnelle au sein du Centre Municipal de Santé de Bagnolet. Dans une perspective plus large, la réflexion autour d'un projet de CPTS pourrait être une réponse face à différentes problématiques que nous rencontrons. La ville de Bagnolet comprend environ 36 000 habitants. Une partie importante de la population est pauvre (30,8 %). Depuis le 1er janvier 2012, l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France a déclaré la commune comme zone déficitaire en soins de premier recours. Les parcours de soin des patients suivis au centre sont parfois difficiles à identifier du fait de la méconnaissance de l'offre des professionnels indépendants sur le terrain et de la présence de plusieurs autres structures comme la clinique Floréal à Bagnolet ou le Centre Hospitalier Inter Communal de Montreuil, les hôpitaux Tenon et Robert Debré à Paris. Je suis convaincue que le rassemblement des différents services du secteur de la santé et du secteur social au sein d'une organisation locale en partenariat avec les associations et les usagers permettrait de répondre avec plus d'efficacité aux enjeux de santé de la population de Bagnolet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Structure et vieillissement de la population - Statistics Explained [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr

2. Population par âge − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488

3. Personnes âgées dépendantes − Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488

4. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. Etudes Résultats DREES [Internet]. 25 oct 2017 [cité 31 mars 2019];(1036). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_103.pdf

5. OMS, éditeur. Des soins novateurs pour les affections chroniques: éléments constitutifs: rapport mondial. Genève: OMS; 2003. 105 p. (Maladies non transmissibles et santé mentale).

6. Faire face aux besoins sanitaires urgents. In: Travailler ensemble pour la santé [Internet]. OMS; 2006 [cité 7 mai 2019]. (Rapport sur la santé dans le monde). Disponible sur: https://www.who.int/whr/2006/06_chap2_fr.pdf?ua=1

7. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Santé 2020: un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague, Danemark: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe; 2013.

8. Stirbu I, Kunst AE, Bopp M, Leinsalu M, Regidor E, Esnaola S, et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. J Epidemiol Community Health. 1 oct 2010;64(10):913‑20.

9. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

10. OMS, éditeur. Maintenant plus que jamais: les soins de santé primaires. OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2008. 125 p. (Rapport sur la santé dans le monde).

11. Starfield B. Is primary care essential? Lancet Lond Engl. 22 oct 1994;344(8930):1129‑33.

12. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Serv Res. juin 2003;38(3):831‑65.

13. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pract. 27 oct 2010;11:81.

14. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Eur. :52.

15. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quest Déconomie Santé [Internet]. avr 2009 [cité 14 nov 2016];(141). Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf

16. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. Lancet Lond Engl. 18 oct 2008;372(9647):1365‑7.

17. Geiger HJ. Community-Oriented Primary Care: A Path to Community Development. Am J Public Health. nov 2002;92(11):1713‑6.

18. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care. Am J Public Health. 1 nov 2002;92(11):1717‑21.

19. Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. Am J Public Health. nov 2002;92(11):1748.

20. Nicholson C, Jackson CL, Marley JE, Wells R. The Australian experiment: how primary health care organizations supported the evolution of a primary health care system. J Am Board Fam Med JABFM. mars 2012;25 Suppl 1:S18-26.

21. Robinson S, Varhol R, Ramamurthy V, Denehy M, Hendrie D, O'Leary P, et al. The Australian primary healthcare experiment: a national survey of Medicare Locals. BMJ Open [Internet]. 1 mars 2015 [cité 19 janv 2017];5(3). Disponible sur: http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e007191

22. Victoria's Primary Care Partnerships (PCPs) [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www2.health.vic.gov.au:443/primary-and-community-health/primary-care/primary-care-partnerships

23. Oliver-Baxter J, Brown L, Bywood P. Integrated care: what strategies and other arrangements support and influence integration at the meso/organisational level. PHCRIS Policy Issue Rev Adel Prim Health Care Res Inf Serv. 2013;9.

24. Curry N, Ham C, Sugarman J, King Edward's Hospital Fund for London. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: King's Fund; 2010.

25. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. :15.

26. Belche JL. Intégration de soins: du patient à une population [Internet]. Université de Liège, Liège, Belgique; 2016 [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/handle/2268/229067

27. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care [Internet]. 22 mars 2013 [cité 4 févr 2019];13. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/

28. Instruction du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires et aux communautés professionnelles territoriales de santé. [Internet]. DGOS; 2016 [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: http://femasif.fr/wp-content/uploads/2017/03/DGOS-directive-ESP-CPTS.pdf

29. Devictor B. Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche populationnelle et territoriale en santé. [Internet]. 2014 mars [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

30. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS. [Internet]. 2018 août [cité 10 févr 2019]. Report No.: 2018-041R. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

31. Code de la santé publique - Article L1434-12.

32. Nolte E, Knai C, éditeurs. Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems: Country reports [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (European Observatory Health Policy Series). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458742/

33. Meads G, Wild A, Griffiths F, Iwami M, Moore P. The management of new primary care organizations: an international perspective. Health Serv Manage Res. août 2006;19(3):166‑73.

34. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract. nov 2013;63(616):e742‑50.

35. van Loenen T, van den Berg MJ, Heinemann S, Baker R, Faber MJ, Westert GP. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. BMC Fam Pract [Internet]. 28 mai 2016 [cité 8 mai 2019];17. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4884410/

36. Structure de la population | Statbel [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: http://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population

37. Population age structure by major age groups, 2007 and 2017 (% of the total population). [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2007_and_2017_(%25_of_the_total_population).png

38. Naissances et fécondité | Statbel [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: http://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite

39. PIB et dépenses - Produit intérieur brut (PIB) [Internet]. the OECD. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: http://data.oecd.org/fr/gdp/produit-interieur-brut-pib.htm

40. Espérance de vie à la naissance | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/esperance-de-vie-a-la-naissance_health_glance-2017-6-fr

41. Panorama de la santé : Europe 2018. [Internet]. OCDE; 2018 [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-Europe-2018-CHARTSET_FRAN%C3%87AIS.pdf

42. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. KCE; 2015 p. 88. Report No.: 259 B.

43. Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats. [Internet]. Institut scientifique de santé publique; [cité 7 mai 2019] p. 36. Report No.: PHS Report 2014-031. Disponible sur: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2013.pdf

44. Couverture des soins de santé | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/couverture-des-soins-de-sante_health_glance-2017-24-fr

45. Financement des dépenses de santé | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/financement-des-depenses-de-sante_health_glance-2017-46-fr

46. Dépenses de santé par type de service | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/depenses-de-sante-par-type-de-service_health_glance-2017-48-fr

47. Médecins (nombre total) | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/medecins-nombre-total_health_glance-2017-52-fr

48. Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/repartition-des-medecins-par-age-sexe-et-categorie_health_glance-2017-53-fr

49. Consultations de médecins | READ online [Internet]. OECD iLibrary. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017/consultations-de-medecins_health_glance-2017-60-fr

50. Boutsen M, Camilotti G, Di Zinno T, Pirson A-F, Van Cutsem P, Vervoort K. Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour. [Internet]. 2017 [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/etude_ima-mm-_resume-20171205_fr.pdf

51. Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. [Internet]. Institut scientifique de santé publique; 2013 [cité 17 déc 2018] p. 46. Report No.: PHS Report2015-003. Disponible sur: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_HC_FR_2013.pdf

52. Conférence sur les soins de première ligne, réorganisation de la première ligne en Flandres. Agentschap zorg gezondheid; 2017.

53. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Soins de santé de première ligne : maintenant plus que jamais ! [Internet]. 2014 [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: http://www.hapraktijkvoorbeelden.be/doc/together-we-change-fr.pdf

54. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description – the poor cousin of health research? BMC Med Res Methodol. 16 juill 2009;9:52.

55. Quelques chiffres [Internet]. CRéSaM. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://www.cresam.be/quelques-chiffres/

56. Service de santé mentale [Internet]. SPF Santé Publique. 2016 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-5

57. Projets d'introduction de la fonction psychologique de première ligne [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: /projecten-om-de-eerstelijnspsychologische-functie-in-te-voeren

58. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) - INAMI [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/consultation-oncologique-multidisciplinaire-com.aspx

59. Vrijens F, Kohn L, Dubois C, Leroy R, Vinck I, Stordeur S. Dix ans de concertations oncologiques multidisciplinaires : bilan et perspectives. [Internet]. 2015 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_239Bs_concertations_oncologiques__Synthese.pdf

60. Jongen P. Le Réseau Sante Wallon. Santé Conjug [Internet]. oct 2011 [cité 17 févr 2019];(58). Disponible sur: https://www.reseausantewallon.be/SiteCollectionDocuments/Presse/2011%2010_SanteConjuguee_Le%20Reseau%20Sante%20Wallon.pdf

61. Prime SUMEHR pour les médecins généralistes - INAMI [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/Pages/prime-sumehr-medecin-generaliste.aspx

62. Esanté : Le Réseau Santé wallon passe le cap du million d'inscrits [Internet]. 2017 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/esante-le-reseau-sante-wallon-passe-le-cap-du-million-d-inscrits/article-normal-28219.html

63. Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits de soins et de réseaux de soins [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: http://www.psy107.be/index.php/fr/#

64. Guide vers de meilleurs soins en santé mentale, Wallonie. [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: http://www.pfsmbw.be/images/pfsmbw/Wallonie.pdf

65. Réforme des soins en santé mentale : synthèse des candidatures [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: http://www.psy107.be/SiteFiles/Carto%20PSY107.juin2011.1a+1b+2%20new.pdf

66. Soins et aide à domicile | Portail SANTE [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/soins-aide-domicile

67. Décret relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions [Internet]. Moniteur Belge; 2009 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=14717-16974-1851

68. Lemaire G. Histoire des services et soins à domicile. Rev Nouv. :10.

69. Buret L, Duchesnes C, Giet D, Belche J-L. Coordination de soins en première ligne : et Mme Dupont ? Santé Conjug. mars 2016;(74):6.

70. Dubourg D. Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation. Wallonie Santé n°5. [Internet]. SPW Editions; 2014 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf

71. Zorgregiodecreet van 23 mei 2003 [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: /zorgregiodecreet-van-23-mei-2003-betreffende-de-indeling-in-zorgregios-en-betreffende-de

72. CPAS [Internet]. Belgium.be. 2013 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://www.belgium.be/fr/famille/aide_sociale/cpas

73. Quelles sont les aides fournies par le CPAS ? A qui s'adressent-elles ? Quelles sont les conditions ? [Internet]. Bruxelles-J. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://www.bruxelles-j.be/droits-sociaux/obtenir-de-laide-du-cpas/quelles-sont-les-aides-fournies-par-le-cpas-a-qui-sadressent-elles-quelles-sont-les-conditions/

74. Zamora D. Histoire de l'aide sociale en Belgique. POLITIQUE [Internet]. sept 2012 [cité 2 mars 2019];(76). Disponible sur: http://germe.ulb.ac.be/uploads/pdf/articles%20online/DZamora-HistoiredelaidesocenBelgique2012.pdf

75. OCMW to be scrapped after 2019 elections | Flanders Today [Internet]. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: /current-affairs/ocmw-be-scrapped-after-2019-elections

76. Integration of the Public Centres for Social Welfare in the municipality: the bipolar model under pressure [Internet]. Belgian Constitutional Law Blog. 2016 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://belconlawblog.com/2016/02/25/the-public-centres-for-social-welfare-from-bipolar-pressure-to-an-integrated-model/

77. Greimers D. Communes et CPAS, l'impossible fusion ? [Internet]. CPCP; 2016 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: http://www.cpcp.be/medias/pdfs/publications/fusion_cpas_communes.pdf

78. GDT Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging [Internet]. Vlaanderen.be. 2014 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/geintegreerde-diensten-voor-thuisverzorging

79. Buret L, Duchesnes C, Giet D. La Concertation Multidisciplinaire. Intérêt, facilitateurs et freins perçus par les professionnels d'aide et de soins. [Internet]. SISD-GLS; 2016 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/208050/1/La%20Concertation%20Multidisciplinaire%20pdf.pdf

80. Trajets de soins : rapport global d'évaluation [Internet]. INAMI; 2014 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: http://www.trajetdesoins.be/FR/Bibliotheque/pdf/rapport.pdf

81. Santé - La Wallonie pérennise les RML pour améliorer le suivi de tous les patients souffrant de maladies chroniques ! [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://gouvernement.cfwb.be/sant-la-wallonie-p-rennise-les-rml-pour-am-liorer-le-suivi-de-tous-les-patients-souffrant-de-maladies-chroniques

82. RML - Réseau Multidisciplinaire Local de Liège [Internet]. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: http://www.rml-liege.be/accueil/un-rml-cest-quoi

83. Trajets de soins, AR 21 janvier 2009.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2018]. Disponible sur: http://www.rml-liege.be/docs/AR-2009-01-21.pdf

84. Leys M, De Roeck G. Trajets de soins diabète et insuffisance rénale chronique : étude des expériences acquises lors de la mise en œuvre des RML. Vrije Universiteit Brussel; 2013 juin p. 114.

85. Financement RML | Portail SANTE [Internet]. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: http://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/reseaux-multidisciplinaires-locaux/financement

86. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium : development of a position paper. KCE; 2012 déc. Report No.: 190 C.

87. Van Der Vennet J. Une gestion coordonnée des lignes de soins : l'expérience du SyLoS de Mamledy [Internet]. Qualidom. 2015 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: https://www.qualidom.be/sylos/

88. Devresse J. SYstèmes LOcaux de Santé (SYLOS) : succès et promesses de l'expérience liégeoise. oct 2017;4‑7.

89. Unger M, Unger J, Vennet M. Les systèmes locaux de santé (SYLOS). Une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes. Santé Conjug. oct 2004;(30).

90. Darras C, De Paepe P, Van Der Vennet J, Unger J-P. Mise en place et renforcement de systèmes locaux de santé en Belgique. Etats des lieux et perspectives internationales. Face À Face Regards Sur Santé [Internet]. 21 oct 2013 [cité 25 mars 2018];(12). Disponible sur: http://journals.openedition.org/faceaface/777

91. Parada A. Healthcare Levels Cooperation, Action in Local Health System to Better Coordinate the Delivery of Healthcare. J Health Sci. 28 avr 2016;4.

92. Equipes de soutien de seconde ligne [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: http://www.soinspalliatifs.be/equipes-de-soutien-de-seconde-ligne.html

93. Structure et évolution des soins palliatifs en Belgique. [Internet]. Institut Européen de Bioéthique; 2017 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ieb-eib.org/en/pdf/20170425-structure-spoins-palliatifs.pdf

94. Rapport d'évaluation des soins palliatifs. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement; 2017 déc p. 135.

95. Legaye N. Les soins palliatifs à domicile en Belgique. 2015.

96. AR du 13 Octobre 1998 [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-13-octobre-1998_n1998022656.html

97. Verlinde E, Verdée T, Van de Walle M, Art B, De Maeseneer J, Willems S. Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent. BMC Health Serv Res. 19 août 2010;10:242.

98. Cercles des médecins généralistes, dispositifs | Portail SANTE [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/cercle-medecins-generalistes

99. Huisartsenkringen [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: /huisartsenkringen

100. Arrêté Royal du 08 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-08-juillet-2002_n2002022601.html

101. Arrêté Ministeriel du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://www.etaamb.be/fr/arrete-ministeriel-du-28-juin-2002_n2002022543.html

102. Arrêté Du Gouvernement Flamand du 26 juin 2015. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://www.etaamb.be/fr/arrete-du-gouvernement-flamand-du-26-juin-2015_n2015035893.html

103. Publication du cadastre des médecins généralistes réalisé par l'AVIQ : un indicateur d'offre de soins à la population. [Internet]. AVIQ; 2017 [cité 5 nov 2018]. Disponible sur: https://www.aviq.be/handicap/pdf/actualites/communiques_presse/2017-10-26-cadastre-medecins-generalistes.pdf

104. Arrêté Ministeriel du 17 octobre 2018 relatif aux zones de médecins généralistes. [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://www.etaamb.be/fr/arrete-ministeriel-du-17-octobre-2018_n2018032171.html

105. Cercles des médecins généralistes, agrément et subvention | Portail SANTE [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/agrements-subventions/cercle-medecins-generalistes

106. Office de la Naissance et de l'Enfance - Nos missions. [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: http://www.one.be/presentation/nos-missions/

107. CCR - Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ccref.org/pro/index.php

108. Bevolkingsonderzoek [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: /nl/welkom

109. Directives et procédures pour la composition des « conseils de soins » provisoires des zones de première ligne. [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: /richtlijnen-en-procedure-voor-de-samenstelling-van-voorlopige-zorgraden-van-de-eerstelijnszones

110. Qu'est-ce qu'une zone de première ligne ? [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: /wat-is-een-eerstelijnszone

111. Le Glem, groupe local d'évaluation médicale - INAMI [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/medecins-accreditation-glem-index.aspx

112. Chaussée J. L'accréditation des médecins. INAMI; 2015.

113. Financer les réunions de Glem - INAMI [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/medecins-accreditation-glem-financer-reunions.aspx

114. Willems S, Vanobbergen J, Martens L, De Maeseneer J. The independent impact of household- and neighborhood-based social determinants on early childhood caries: a cross-sectional study of inner-city children. Fam Community Health. juin 2005;28(2):168‑75.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

I. Cas complexes : *quelles sont les organisations locales ou services de support organisationnel qui collaborent avec l'équipe de soins primaires pour les patients en situation complexe ?*

1. **Une patiente schizophrène doit débuter une chimiothérapie pour un cancer du sein. Elle est socialement isolée. Elle est angoissée et ne peut pas se rendre seule aux séances de chimiothérapie prévues.** *(Coordination des soins, « navigation », gestion de cas…)*

   - ⇨ Quel rôle à jouer pour les soins primaires ? Pour le médecin généraliste ?
   - ⇨ Y a-t-il un service de support organisationnel pour aider l'équipe de soins primaires et/ou le patient ? Si oui : qui fournit ce service ?
   - ⇨ Comment communiquent les intervenants entre eux ? Y a-t-il un dossier partagé ?
   - ⇨ À qui la patiente peut-elle s'adresser en cas de complication aiguë ? (Exemple : fièvre…) Comment faire si la patiente n'a pas de médecin traitant ? (Expliquer si nécessaire « médecin traitant »)

2. **Un patient âgé de 88 ans vit seul, sans enfant, ne se déplace plus depuis une chute récente et ne peut plus se préparer de repas, il a très peu d'argent, il doit prendre un traitement de fond quotidien et souhaite vivre à son domicile.** *(Visite à domicile, coordination des soins, toilette, courses, repas, ménage, déplacements, solitude…)*

   - ⇨ Quel rôle à jouer pour les soins primaires ? Pour le médecin généraliste ?
   - ⇨ Y a-t-il un service de support organisationnel pour aider l'équipe de soins primaires et/ou le patient ? Si oui : qui fournit ce service ?
   - ⇨ Comment communiquent les différents intervenants entre eux ?

3. **Un patient de 50 ans, obèse et diabétique, doit passer sous Insuline. Il doit aussi améliorer sa nutrition et son activité physique.** (*Éducation thérapeutique, empowerment*)

   - ⇨ Quel rôle à jouer pour les soins primaires ? Pour le MG ?
   - ⇨ Y a-t-il un service de support organisationnel pour aider l'équipe de soins primaires et/ou le patient ? Si oui : qui fournit ce service ?
   - ⇨ Comment communiquent les professionnels de santé entre eux ? Y a-t-il un dossier partagé ?

4. **Un patient de 53 ans, atteint d'un cancer du pancréas métastatique pour lequel il y a une décision de prise en charge palliative devant une altération de l'état général. Il souhaite rester à domicile pour sa fin de vie, il est entouré par sa famille.** *(Soins palliatifs, réseau de soins…)*

   - ⇨ Quel rôle à jouer pour les soins primaires ? Pour le MG ?
   - ⇨ Y a-t-il un service de support organisationnel pour aider l'équipe de soins primaires et/ou le patient ? Si oui : qui fournit ce service ?
   - ⇨ Comment communiquent les professionnels de santé entre eux ?

II. Accès aux soins, permanence des soins, prévention :

5. **Y a-t-il une organisation ou des services spécifiques pour la santé des sans-abris ; des réfugiés ; des migrants ; des personnes sans assurance maladie ?**
6. **Comment s'organise la permanence des soins ? (*Exemple d'urgence ressentie : enfant 4 ans sans antécédents, pleurs, fièvre, otalgie, 21 h, quelle prise en charge ?*)**
7. **Comment s'organise la prévention dont le suivi du nourrisson, les vaccinations et le suivi, les dépistages des cancers.**

III. Organisation des professionnels : *les professionnels de soins primaires (au-delà de l'équipe de soins primaires) font-ils partie d'une organisation commune ?*

8. **Pour organiser et coordonner certains services de soins en fonction des besoins ?**
9. **Pour se former en continu ? Pour les activités d'amélioration de la qualité ?**
10. **Pour partager des ressources humaines ? Des lieux de travail ? Du matériel médical ?**

IV. Données interviewé :

11. **Nom, prénom, nationalité, âge :**
12. **Activité professionnelle, lieu de travail :**
13. **Autres activités : enseignant, rôle représentatif local, acteur au sein d'une association…**

Annexe 2 : Verbatims

1. Santé mentale et oncologie

1.1. Verbatims des organisations

a. L'Hôpital

« On va avoir l'aspect "chimiothérapie" qui va être pris en charge au niveau hospitalier. Ils ont une sorte d'itinéraire clinique pour le cancer du sein, spécifique à chaque structure hospitalière. Ce sera centré sur la problématique du cancer et de l'accès aux soins (problématique du transport). Mais il n'y aura pas d'organisation qui va prendre le tout (…) Le cas du cancer et en particulier du cancer du sein c'est que les hôpitaux et les services sont fortement organisés et ont développé des structures d'accueil et de suivi des patients avec des infirmières de liaison qui vont jusqu'au domicile du patient, peuvent téléphoner directement au patient pour lui rappeler un rendez-vous, etc.. »

« Les grands centres de chimiothérapie ont des équipes pluridisciplinaires très efficaces avec des psychologues, des médecins de plusieurs spécialités et des professionnels paramédicaux qui travaillent ensemble, véritablement en équipe. Donc les patients pris en charge pour leur chimiothérapie, ils sont parallèlement pris en charge par les psychologues qui souvent prennent contact avec le médecin généraliste ou le psychiatre. »

« Il y a de plus en plus maintenant, d'expériences de chimiothérapies à domicile, mais on est dans des projets pilotes. Il y a des infirmières spécialisées de l'hôpital qui viennent faire couler les perfusions à domicile. Il y a de plus en plus d'initiatives dans ce sens-là pour amener au domicile des gens ce type de prise en charge. »

« Pour la cancéro-chimio, vous avez de plus en plus d'hospitalisations à domicile (…) Vous avez ce qu'on appelle des coordinateurs de soins oncologiques qui sont des fonctions infirmières de l'hôpital, mais qui établissent directement le lien avec la prise en charge du patient à domicile ».

La concertation oncologique multidisciplinaire, COM :

« Certains hôpitaux organisent des concertations multidisciplinaires et invitent les généralistes à y participer. Ce qui est probablement l'avenir et qui commence à se dessiner ce sont des réunions par Skype. Les contraintes horaires sont compliquées. Il s'agit souvent d'un hôpital spécialisé, qui se trouve parfois très loin. Si le médecin doit aller à une réunion de coordination à Bruxelles par exemple, cela peut très bien prendre une heure et demie à deux heures de voiture, avec le temps de la réunion cela fait très vite une demi-journée, ce qui dans l'emploi du temps d'un généraliste est très compliqué. »

« Dans ces situations complexes et en particulier les situations oncologiques, il y a aussi les concertations oncologiques multidisciplinaires, mais on remarque que c'est plutôt un entre-soi de spécialistes concernant les décisions thérapeutiques ou situations palliatives. Le médecin généraliste peut être invité par l'hôpital, mais en pratique ce n'est pas le cas, cependant le rapport de la COM est envoyé au généraliste (…) Oui, la participation à la COM est financée avec un maximum de 6 participants financés, dont un généraliste. »

« Ce qui est payé actuellement c'est la participation du médecin généraliste à la COM : concertation oncologique multidisciplinaire. Ils ont une entrevue oncologique au niveau de l'hôpital avec les différents spécialistes, y compris le médecin généraliste. »

« J'ai une patiente qui a été opérée d'un cancer du sein la semaine passée et demain je suis invité à l'hôpital pour débattre avec les médecins spécialistes du trajet qu'elle va suivre. Donc on est toujours

invité à des moments comme ça, mais disons qu'il n'y a qu'une minorité des médecins qui va y aller parce que ce n'est pas toujours facile de prendre le temps pour le faire. »

Les réseaux informatiques de partage des informations médicales :

« Il y a l'intégration de toutes ces informations médicales dans un dossier informatisé auprès du médecin généraliste, qui peut partager un certain nombre de données pertinentes via ce qu'on appelle le réseau santé wallon. C'est une centralisation des données principales en matière de santé du patient, qui peut être accessible via la carte d'identité du patient. Donc si la patiente dont tu me parles, se présente à un autre hôpital que celui habituel et qu'elle ne sait pas trop s'exprimer parce qu'elle est sous influence ou qu'elle est en délire, on peut prendre sa carte d'identité dans un lecteur et voir sur le réseau santé wallon, toutes les informations que moi, en tant que médecin généraliste, j'ai décidé de publier sur le réseau santé wallon. On va voir ses traitements, sa chimiothérapie, son problème de cancer et sa schizophrénie. Ce qui permet déjà d'orienter beaucoup plus facilement ce qu'il y a lieu de faire ou qui il faudrait contacter pour prendre en charge de façon optimale cette patiente qui débarque dans un nouvel hôpital. »

« Il y a une volonté de créer un réseau de partage des informations médicales entre l'hôpital et la première ligne, ça commence à venir, la médecine générale est en avance là-dessus, la médecine spécialisée utilise assez peu cette possibilité. On va vers un dossier partagé, on est plutôt actuellement dans une transmission de l'information, moins le partage. »

« On a le réseau santé wallon, les gens disent que cela fonctionne relativement bien même si certains médecins généralistes disent que c'est très difficile d'y avoir accès. En fait ça a été créé au niveau de l'hôpital au départ, mais de plus en plus de généralistes commencent à travailler avec. À Bruxelles vous avez Abrumet où les médecins généralistes ont un rôle de plus en plus important. »

« Il y a ce qu'on appelle les réseaux de santé, sous-entendu les réseaux numériques, le réseau wallon et le réseau bruxellois et trois autres réseaux en Flandre, qui sont tous interconnectés, qui fonctionnent très bien, mais qui fonctionnent uniquement entre médecins. Pour des questions de droit d'accès et de lancement du système, bien que cela fasse dix ans qu'ils ont été pensés, ils sont utilisés concrètement sur le terrain depuis deux ans. Comme tu peux l'imaginer, cela a fait grincer des dents à cause de problèmes de fonctionnement, avec des tas de choses à améliorer... »

b. Les Services de santé mentale

« Autrement on a effectivement des Centres de santé Mentale, où il n'y a pas nécessairement de psychiatre et pas nécessairement d'organisation territoriale, sur lesquels les patients peuvent compter. »

« Alors les centres de santé mentale ce sont des structures extrêmement intéressantes, surtout par le fait que financièrement cela permet à des patients psychiatriques d'être soignés sans devoir débourser des prix trop importants. Nous avons des patients qui sont pris en charge dans un CSM, mais la grande majorité à Bruxelles et autour de Bruxelles, ils sont pris en charge par les médecins généralistes. Alors ils restent en contact parfois avec un service de santé mentale, parfois avec certaines associations qui s'occupent de les aider dans leurs décisions par rapport aux patients psychiatriques. »

« Le système des centres de santé mentale organise actuellement les trajectoires spécialisées dans la santé mentale (...) Il y a la maison médicale d'une part et il y a le centre de santé mentale d'autre part. Ce qui est assez novateur à Trooz, c'est que les deux structures sont dans le même bâtiment. Il y a deux pièces qui sont réservées pour le centre de santé mentale et il y a d'autres pièces qui sont réservées pour la maison médicale et donc on avance petit à petit vers un modèle beaucoup plus intégré entre les différentes entités qui gardent quand même leur spécificité, mais qui collaborent beaucoup plus étroitement l'une avec l'autre en commençant par travailler sous le même toit. Cela aide entre autres au niveau de la communication informelle. »

« Il existe les centres de santé mentale. »

« À Bruxelles cela existe, ils suivent beaucoup de patients, mais il n'y a pas de médecins généralistes dans ces structures. Il y a des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, une aide juridique. Ils font le suivi non somatique. S'il y a un problème somatique, ils ne savent pas intervenir (…) Je les ai souvent au téléphone, on travaille ensemble (…) c'est une répartition informelle, il n'y en a pas assez en Belgique de toute façon. Il y en a principalement dans les grandes villes, mais même dans les villes, ils ne couvrent pas toute la population. Ils sont tout à fait débordés. C'est une offre de soins supplémentaire par rapport aux psychologues ou psychiatres de ville, une offre subsidiée qui ne coute pas cher, avec des consultations à prix réduit parce qu'elles sont subventionnées par la région qui finance les centres. »

« On communique plutôt bien, mais ça reste des entités séparées (la MM et le CSM), mais ce qui est novateur à Trooz c'est que les deux structures sont dans le même bâtiment [...] on avance petit à petit vers un modèle beaucoup plus intégré entre les différentes entités qui collaborent beaucoup plus étroitement l'une avec l'autre. Cela aide entre autres au niveau de la communication informelle. »

c. L'équipe mobile en santé mentale

« D'une part, par rapport à la pathologie psy, il existe des équipes d'intervention mobiles qui viennent de l'hôpital et qui suivent les patients dans leur milieu de vie. »

« Et effectivement le médecin généraliste pourrait s'aider des équipes mobiles en santé mentale. Leur but devrait être d'appuyer la première ligne de soins et quand la première ligne ne sait plus se débrouiller, d'organiser la prise en charge de ces personnes qui ont des pathologies psychiatriques sévères. »

d. Les autres organismes

« D'une part la psychiatrie où il y a des accompagnements, des associations existantes, avec un accompagnement social et individuel avec des assistantes sociales, des aides à domicile, etc.Par exemple Similes en Belgique, c'est une association qui s'occupe des patients schizophrènes, à Bruxelles beaucoup en tout cas. »

« … parfois avec certaines associations qui s'occupent d'aider les médecins généralistes dans leurs décisions par rapport aux patients psychiatriques. Il y a par exemple une association qui s'appelle Eole qui peut donner des conseils, particulièrement en cas de problème, à des MG qui sont face à des patients. »

« Il y a aussi des structures d'hôpital de jour qui peuvent être mobilisées pour l'aspect plus santé mentale. »

« Il y a aussi tout ce qui est appartement supervisé pour les patients psychiatriques qui offre des possibilités. »

« … viennent de s'ouvrir il y a très peu de temps des institutions qui sont des sortes de maisons d'accueil qui permettent de faire entre guillemets de la chimiothérapie au domicile. C'est-à-dire que ce n'est pas encore chez le patient lui-même à domicile, mais il obtient un petit appartement pour réaliser le traitement, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Il est pris en charge par son médecin généraliste directement qui est en contact permanent avec l'hôpital pour les protocoles. »

« Alors dans le cas de cette patiente qui a le cancer, ce sera évidemment le médecin généraliste qui est responsable, qui n'est pas toujours le coordinateur, ça peut aussi être l'oncologue ou aussi parfois une infirmière, mais dans le cas d'un cancer, il peut faire appel à une structure de support qui actuellement recouvre trois zones, ça s'appelle les soins palliatifs à domicile (ce n'est pas uniquement palliatif, ça peut aussi apporter une aide pour le traitement). Ces réseaux ont les compétences pour

aider le médecin généraliste à prendre en charge le patient et sa famille. C'est une équipe pluridisciplinaire, il a des infirmières, des kinés, des aides-soignants, des MG, des psychologues (…) Évidemment vous avez encore des organisations qui s'occupent des patients. Il y a la Vlaams Patiëntenplatform VZW, la plateforme flamande des patients, qui soutient chaque type de problématique au niveau du patient… »

« Par rapport au transport il existe un système d'ambulances, mais c'est fort variable d'une région à l'autre (…) on peut aussi avoir l'aide du centre public d'action sociale qui est attaché à la commune et qui donne un support au niveau social et au niveau de l'accompagnement administratif… Là il y a des assistantes sociales qui peuvent aider à organiser, pour aller au domicile des gens, etc. ».

« Alors chez nous il ne devrait pas y avoir trop de problèmes pour cette situation, car il existe un service d'ambulance pour accompagner les patients, c'est normalement gratuit pour les patients qui doivent avoir une radiothérapie ou une chimiothérapie. Donc la personne sera transportée de son domicile à l'hôpital et ce sera remboursé par l'INAMI. »

« … et d'autre part le cancer où il y a beaucoup d'aides mises en place au niveau social ou psychologique donc je ne pense pas qu'il y ait de problèmes pour trouver un transport pour aller aux séances de chimiothérapie. »

1.2 Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. La fragmentation et l'exclusion du médecin généraliste

« Il n'y a aucune organisation qui va tout prendre en compte (…) On est vraiment dans un constat de fragmentation, avec l'aspect santé mentale d'un côté, l'aspect oncologique de l'autre et l'aspect social qui sera pris en compte par qui veut bien s'y mouiller, c'est un peu le parent pauvre ».

« Là on est dans le cadre de deux pathologies, où il y a des systèmes par pathologie qui sont mis en place ».

« … Alors malheureusement dans ce cas-là bien précis je dirai que le médecin généraliste, la plupart du temps, joue très peu de rôles si ce n'est un rôle vis-à-vis de son propre patient en essayant de l'informer au mieux, de le rassurer, mais il y a peu d'éléments structurels qui relient les centres de chimiothérapie, le médecin généraliste et le patient, très peu de choses triangulaires ».

« À l'hôpital ils ont un dispositif de soins très développé qui fait que le médecin généraliste est rapidement mis de côté par l'armada hospitalière ».

« Pour le moment il y a toujours une place centrale qui est réservée au médecin généraliste qui est le gestionnaire du DMG (dossier médical global), donc quelque part la confluence des informations liées aux interventions de l'équipe mobile, liées aux hospitalisations au domicile, liées à la continuité des soins… »

b. La structuration des soins primaires pour une dynamique ambulatoire

« Vous avez un mouvement de sortie d'hôpital de toute une série de prise en charge de situations oncologiques ».

« Alors je dois vous expliquer comment en Flandre on vient d'organiser les soins de santé primaires. On vient de faire un changement fondamental cette année ici, le ministre de la santé responsable de la région, de la communauté flamande a décidé d'organiser 60 zones de soins de santé primaires. Une zone de soins de santé primaire recouvre environ 100 000 personnes, il y en a qui sont plus grandes, il y en a qui sont plus petites. Elles sont responsables vis-à-vis de toutes les personnes qui résident là (…). Ces zones sont responsables d'organiser les soins, il y a un conseil de soins qui doit s'en occuper et qui doit soutenir les acteurs des soins de santé primaires. Évidemment tous les acteurs sont

représentés dans les structures du conseil de soins pour réaliser les objectifs de la zone de soins de santé. »

« Madame la ministre vient de mobiliser 22 millions d'euros pour les psychologues du premier échelon, mais dans l'implémentation l'argent doit passer par les hôpitaux (…) On ne croit pas que ce soit une bonne idée. On pense plutôt que c'est au niveau des soins de santé primaires que le psychologue doit être intégré. (…) une proposition qu'on va faire au conseil d'avis pour la santé, le bien-être et la famille, dont je suis le président en Flandre, c'est que ces Centres de santé mentale aient aussi la responsabilité d'organiser les soins des psychologues au niveau du premier échelon, de sorte que l'on puisse intégrer cela un peu mieux. »

c. Les moyens de communication à améliorer

« … disons qu'il n'y a qu'une minorité des médecins qui va y aller parce que cela n'est pas toujours facile de prendre le temps pour le faire. »

« Je crois être le seul de la région à l'avoir demandée, c'est une possibilité que j'ai découverte à la suite d'une recherche, c'est assez triste… Donc c'est une possibilité théorique, mais qui est assez peu courante. »

« … ce qui dans l'emploi du temps d'un généraliste est très compliqué. Ce que certains hôpitaux commencent à faire c'est la réunion interdisciplinaire avec le médecin généraliste par Skype. »

« Il y a encore beaucoup de choses qui fonctionnent relativement peu, en tout cas ça ne permet pas d'interagir avec les autres équipes. »

« Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de communication entre les trois, mais rien de vraiment structurel. »

« On va vers un dossier partagé, on est plutôt actuellement dans une transmission de l'information, moins le partage. »

« Il s'agit d'une plateforme uniquement à destination des médecins et donc les assistantes sociales, les infirmiers, les kinésithérapeutes n'y ont pas accès. Au niveau pluridisciplinaire numérique, il n'y a rien d'existant (…) La multidisciplinarité nécessite une nouvelle façon de partager l'information et donc il faut que ce soit complètement formalisé au niveau des droits d'accès et de la confidentialité. C'est assez balbutiant comme type de pratique notamment avec la question de la manière d'envisager le secret partagé, cela n'est pas encore formalisé donc les informaticiens ne peuvent pas les mettre en numérique. »

2. Personne âgée, soins à domicile

2.1. Verbatims des organisations

a. Centre de coordination d'aides et de soins à domicile

« Donc tout ce qui concerne l'aide à domicile relève de structures différentes avec lesquelles on peut coordonner l'intervention par l'intermédiaire des Centres de coordination. Il s'agit d'assistants sociaux qui ont la fonction de coordination de l'aide et des soins. Ces organisations sont neutres ou associées ou mutuelles ou complètement neutres. Ces personnes ont pour objectif d'évaluer les besoins, de mettre en place les services en réponse à ces besoins (le coût est calculé au prorata de ce que les gens gagnent) et de les coordonner, elles ont un carnet d'adresses gros comme une maison, elles connaissent beaucoup de monde, avec la capacité de mettre en œuvre toute la partie aide. C'est une structure vraiment reconnue. »

« Je m'explique, vous avez des organisations d'aides et de soins à domicile, qui sont assez puissantes et assez bien organisées, au sein desquelles vous avez des coordinateurs de soins à domicile. Elles sont en partie financées par la Région wallonne ou région bruxelloise sauf pour les soins infirmiers. Elles offrent très souvent des soins infirmiers et aides-soignants, des aides familiales ; des ergo, certains services de garde malade, éventuellement les repas à domicile. Une fois qu'elles sont contactées, notamment par la famille, il y a toute une série de choses qui peut se mettre en place rapidement. Si la personne est seule, le MG va pouvoir lancer des choses et prendre contact avec le service d'aide et de soins. »

« Quand on est à Bruxelles, en particulier si on est en médecin solo, il y a des coordinations qui peuvent aider, il y a une ASBL qui s'appelle Dionysos qui s'occupe de coordonner les intervenants (une des associations, car il y en a deux ou trois) au domicile autour des patients isolés. Ils font des réunions d'intervenants et beaucoup de coordination par téléphone pour mettre en place un suivi dans ce genre de situation difficile. Voilà ça c'est la deuxième possibilité (…) La troisième possibilité qui est historiquement la plus fréquente c'est ce qu'on appelle les coordinations de soins au domicile qui sont tous les soins paramédicaux organisés autour d'une mutualité. En Belgique il y a deux grandes mutualités, la chrétienne et la socialiste. Elles ont toutes les deux leur coordination de soins à domicile qui prennent en charge tous les soins paramédicaux infirmiers, kinésithérapeutes, mais ça va jusqu'au transport, jusqu'au coiffeur, la télésurveillance… Tout cela est organisé par ces organisations de coordination de soins à domicile, initiatives mutualistes. »

« S'il n'y a pas moyen de faire bouger la personne, il y aura plus de passage à domicile et il va falloir voir avec la mutuelle pour la mise en place d'aide familiale par exemple ou d'aide-soignante (…) La mutuelle endosse quand même assez bien ses responsabilités par rapport à ça (…) Pour le retour à domicile des gens, il y a ce qu'on appelle les coordinations de soins qui mettent à disposition quelqu'un qui va venir faciliter le retour à domicile. »
« … il faut demander au service social des mutuelles. »

«(…),mais normalement on a besoin d'un coordinateur de soins et je pense qu'il faut quelqu'un de l'équipe soignante, que le patient choisit. Donc si le patient a une bonne relation avec son assistante sociale, il peut proposer qu'elle fasse la coordination, si c'est avec le toubib, c'est lui qui va la faire et ainsi de suite. Cela a deux grands avantages, premièrement c'est qu'il y a un lien de confiance et deuxièmement c'est que c'est une personne qui connaît le patient et qui connaît l'équipe donc le contexte de travail. »

b. L'équipe pluridisciplinaire de la MM

« Il y a des médecins qui travaillent dans des structures intégrées comme des maisons médicales qu'elles soient au forfait ou pas, où il existe un certain nombre de paramédicaux, je pense à des infirmiers, à des assistants sociaux, à des kiné etc. Et donc ils utilisent leur équipe pour s'occuper de leurs patients. Les assistants sociaux s'occupent des problèmes plus pratico-pratiques, les infirmiers passent à domicile, etc. Ça, c'est la première voie possible. »

« Là il faut distinguer 2 types de pratiques, la pratique forfaitaire pluridisciplinaire et la pratique à l'acte, soliste. Dans le premier cas, dans lequel je suis, en tant que généraliste, je suis le patient et je travaille avec les infirmiers et les kinésithérapeutes du cabinet (le patient inscrit ne peut venir voir que les professionnels de 1re ligne de ce cabinet qui travaillent nécessairement ensemble). C'est très facile à me coordonner, car on partage le même dossier médical, le même local, on partage des habitudes de soins, on se connaît, tous ces éléments-là. On met en place des outils à domicile, on a des ordinateurs où on a le logiciel informatisé au domicile. Le réseau est facile. Il est facile surtout pour le soin cependant il n'y a pas d'aide familiale, d'aide-ménagère, de repas (…) Par ailleurs on a aussi un travailleur social au sein de notre pratique pluridisciplinaire qui permet aussi de débroussailler certaines situations, mais on fait quand même souvent appel à eux. »

« Ou alors ils travaillent dans une maison médicale, et la maison médicale est tout à fait en position d'organiser l'ensemble des choses et là l'infirmier et le médecin collaborent parfaitement ensemble. »

« En ce qui concerne la mise en place, je vais voir avec l'équipe de la maison médicale. Mais ce n'est pas le modèle dominant en Belgique. Je parle vraiment de mon point de vue de médecin généraliste qui travaille en maison médicale. Je vais sans doute m'arranger pour faire la mise en place des différents intervenants avec un passage journalier ou hebdomadaire d'une infirmière, évaluer s'il y a des toilettes, s'il y a des piluliers, s'il y a des injections… Je vais essayer de mobiliser le kiné pour maintenir un minimum d'exercice physique à domicile et qu'on le stimule vers le fait de continuer à bouger, etc., pour ne pas risquer d'avoir des soins de plaie et ainsi de suite. »

« Voilà quand on est en maison médicale il y a un support organisationnel et un support financier partiel pour prendre en charge ce type de soins. »

c. Le CPAS

« Et la troisième voie qui est celle que personnellement j'utilise beaucoup, c'est la voie du CPAS. Pour chaque commune de Belgique, vous avez un CPAS qui est dirigé par un conseil d'administration. Ce sont des élus de la commune. (Les CPAS) ont toute une série de services à la disposition des habitants. Alors je vais prendre l'exemple de ma commune à Linkebeek, ils ont la possibilité d'organiser des repas à domicile, de l'aide-ménagère, ils peuvent aider pour transporter le patient à une consultation à l'hôpital, ils peuvent résoudre les problèmes financiers et sociaux autour de cela et nous en tant que médecin généraliste, nous pouvons collaborer de façon directe avec toute cette équipe et nous jouons un peu le rôle du chef d'orchestre dans ce cadre-là avec l'équipe du CPAS (…) »

« Si vous êtes vraiment dans une situation sociale démunie, vous pourrez faire appel au CPAS. L'accessibilité aux services dépend de vos revenus, mais grâce au CPAS vous pouvez avoir un revenu de remplacement. »

« … mais la plupart du temps moi je fais référence au centre social du village, c'est le point ou je demande, car ils connaissent bien la situation locale et ils connaissent beaucoup de gens et sont bien placés pour organiser cela. »

d. Le groupement des infirmiers à domicile

« La deuxième voie possible c'est celle des groupements infirmiers qui existent un peu partout en Belgique, qui élargissent très souvent leur offre à des choses qui vont au-delà des soins infirmiers avec des possibilités de repas, des possibilités d'aide-ménagères, etc. »

« Pour la pratique soliste à l'acte, il y a un réseau informel qui va se créer en fonction des choix du médecin ou des choix du patient… Il y a le libre choix des prestataires dans le système à l'acte qui fait que chaque situation va former une équipe presque originale dans le sens tout à fait spécifique, même si souvent dans les faits le médecin généraliste va travailler avec les cinq ou six infirmières du coin, mais ce n'est pas du tout figé. »

« Du côté des médecins généralistes, ils peuvent aussi travailler avec des services infirmiers indépendants qui vont pouvoir organiser les choses. »

« On peut aussi avoir à faire à des groupements d'infirmiers à domicile, même en maison médicale quand on est dépassé, qui sont très efficaces et sensibilisés à ce genre de problématique, et communique beaucoup avec le médecin généraliste par téléphone. Mais qui sont un peu limités au niveau des aides, car il n'y a pas d'aides-soignantes ou de kiné. Il y a aussi un cahier au domicile. »

e. Le case manager

« On parle aussi de case manager. C'est un gestionnaire de cas clinique, qui peut mettre les uns et les autres en contact et définir les rôles des différentes fonctions qui vont graviter autour de la personne. »

« (…) on peut faire appel à un case manager pour l'organiser, qui va à la maison et qui va évaluer les besoins. »

f. Le SISD et la COM

« S'il y a une situation qui nécessite une plus grande coordination, et qui nécessite que les différents intervenants au domicile se rencontrent, c'est possible de demander d'avoir une réunion multidisciplinaire et c'est remboursé. On peut organiser cela nous-mêmes en tant que MG, on peut faire appel à un case manager pour l'organiser, qui va à la maison et qui va évaluer les besoins, ça dépend un peu de la situation, on a le choix là. »

« Ce qui est prévu également ce sont des réunions au lit du malade avec l'ensemble de l'équipe (…) qui se font plutôt en début de problématique pour mettre en place et essayer de mieux juger de tous les besoins du patient. »

« Il y a un incitant financier pour que les professionnels du domicile se réunissent pour parler d'une situation compliquée en définissant un plan de soins à condition de constituer tout un dossier qui représente une énorme charge administrative qui fait que personne ne l'utilise, tout le monde dit que ça prend du temps, c'est la concertation pluridisciplinaire à domicile. »

« Et de temps en temps, ce qui est prévu également, ce sont des réunions au lit du malade, avec l'ensemble de l'équipe. Ce sont des réunions qui se font plutôt en début de problématique pour mettre en place et essayer de mieux juger de tous les besoins du patient (…) Il existe en fait des organismes qui s'occupent d'organiser spécifiquement ces réunions. C'est ce qu'on appelle les SISD, les services intégrés de soins à domicile dont on vous a peut-être déjà parlé (…) ils prennent tous les contacts et gardent je dirai ce rôle de transmission de l'information (…) Souvent, c'est comme cela que ça se passe. Le médecin est appelé par le patient ou la famille ou les deux en disant : voilà, on est dans une situation difficile, on ne sait pas trop comment s'en sortir... Et très souvent à ce moment-là, on passe soit par le SISD, soit le CPAS est d'accord pour s'occuper d'un peu toute la coordination et alors l'assistant social du CPAS joue ce rôle de coordinateur. »

« Non, si vous voulez c'est plutôt du meso organisationnel. Moi je fais cette distinction-là souvent, il y a le meso-professionnel comme les centres de coordination qui mettent les professionnels entre eux pour se coordonner, le SISD c'est du meso-organisationnel dans le sens où ceux qui les composent ce sont des représentants professionnels qui essaient plutôt de mettre en place des protocoles de collaboration entre grands services, euh, mais ils sont assez détachés du terrain. La plupart des professionnels du terrain ne savent pas ce qu'est un SISD. Ça c'est évident, c'est un bon indicateur de leur éloignement et de leur situation dans le paysage organisationnel. »

2.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. Le micro détermine les acteurs de la coordination

« En fait en Belgique francophone… ça dépend, si vous interrogez des médecins généralistes ils vont vous dire une chose, mais si vous en interrogez d'autres, ils vont vous dire autre chose… »

« Il faut distinguer deux types de pratiques, la pratique forfaitaire pluridisciplinaire et la pratique à l'acte, soliste ».

« Quand on est médecin généraliste solo, c'est beaucoup plus difficile même s'il y a des choses qui se sont mises en place et qui sont encore en train de se mettre en place. »

« Je dirai qu'il y a en gros trois voies possibles. »

« Travailler dans ce genre de structure là, ça facilite beaucoup ce type de prise en charge. »

« Dans la maison médicale nous avons un logiciel commun qui nous permet d'encoder les infos. »

« On a des concertations dans la maison médicale, une fois par semaine, multidisciplinaire, une heure par semaine pour communiquer sur le suivi des patients et sinon une communication informelle puisqu'on travaille sur le même lieu. »

« Je pense qu'il faut avoir des équipes qui ont l'habitude de travailler ensemble. Le problème des équipes organisées par les mutuelles c'est qu'elles exercent régulièrement avec des compositions différentes. »

b. Il manque un outil formel de communication pluriprofessionnelle

« Au domicile il y a peu d'échange entre les différents intervenants sauf parfois des supports papier qui sont mis en place ou pas. »

« Tout cela est organisé par ces organisations de coordination de soins à domicile, initiatives mutualistes. Silence. Mais qui je crois si je ne me trompe pas, que de par un certain corporatisme, elles communiquent assez peu avec le médecin généraliste… Bien que moi je les ai eus plusieurs fois en ligne, mais ils ne viennent pas toujours spontanément. »

« Avant le 25 avril, c'était souvent par mail, mais depuis le règlement européen sur le privacy ça va peut-être plutôt passer par le téléphone. »

« Les plateformes interprofessionnelles doivent faciliter les échanges entre les différentes professions, car actuellement chaque profession a son propre système et alors ce qu'on fait c'est qu'on s'envoie des messages. La plateforme permet d'avoir un support commun. »

c. La possibilité de mutualiser des ressources grâce au niveau meso

« Il y a des réflexions en cours à Bruxelles pour qu'il y ait des structures meso qui puissent employer des psychologues ou des compétences plus rares comme des ergothérapeutes ou des travailleurs sociaux spécialisés en santé mentale par exemple ou des accompagnateurs sociaux qui sont des gens qui accompagnent les patients sur leurs lieux de soins et qui pourraient être engagés sur plusieurs structures en même temps. »

3. Diabète, maladie chronique, éducation thérapeutique.

3.1. Verbatims des organisations

a. L'équipe pluriprofessionnelle de la MM

« Dans ma pratique de groupe, notre infirmière est spécialisée en soins diabétiques donc pas besoin de passer par l'hôpital… »

« Concrètement à la maison médicale on s'organise seuls. (…) Par rapport au diabète on est beaucoup plus proche des réalités du patient en pouvant discuter avec l'assistante sociale au niveau de la médecine générale et avec les kinésithérapeutes, on essaie de coordonner (…) Là pour mettre le patient sous insuline ce sont surtout les infirmiers qui vont intervenir… »

« (…) dans nos équipes, au niveau de la maison médicale, c'est en plus du trajet de soins, il existe toutes sortes de programmes plus ou moins spécifiques qui incitent les gens à mieux s'alimenter et à bouger plus. »

b. Le trajet de soins

« Le médecin soliste peut faire appel à une infirmière ou un éducateur spécialisé en diabète par l'intermédiaire du Trajet de soins (…) C'est un contrat qui officialise la création d'un réseau (MG, MS, éducateur spécialisé et patient) avec un incitant financier à le créer, avec 4 indicateurs de suivi et au MG de faire un rapport. (…) ils ont des meilleurs remboursements. (…) Il y a des critères d'éligibilité : antidiabétiques oraux à dose maximale, passage insuline, taux d'hémoglobine glyquée. Alors le patient doit suivre un certain nombre d'heures d'éducation thérapeutique. (…) Il y a des remboursements préférentiels de consultation diététique dans le cadre du trajet de soins. » (…) La gestion en première ligne est possible jusqu'à deux injections d'insuline par jour après on est exclu du trajet de soins et on doit faire référence au niveau hospitalier. »

« Il y a aussi tous ceux qui ont été mis en place par le système des "trajets de soins" (…) qui sont des éducateurs au diabète avec lesquels on travaille… (…) C'est en fait une nouvelle profession qui a été créée, il faut faire un an de formation, je pense, c'est ouvert au kiné, aux médecins, aux infirmiers, tout un tas de professions et ils deviennent éducateurs spécialisés. Ils ne font pas ça à temps plein. Ils sont à leur compte. »

« En ce qui concerne les patients diabétiques, depuis quelques années on a mis en place les "trajets de soins diabète". (…) Le trajet de soins diabète c'est un contrat entre la mutuelle, le médecin généraliste, le diabétologue, un éducateur diabète et le patient. Il permet d'avoir de l'argent pour coordonner la prise en charge des diabétiques dans la filière et qu'on sache qui fait quoi (…) Le trajet de soins est organisé dans le cadre du passage à l'insuline (…) Tout cela est aussi fortement lié au remboursement des tigettes pour contrôler les glycémies. »

« … il existe en Belgique une procédure particulière qui s'appelle le "trajet de soins diabétique". Ce trajet de soins définit l'ensemble des personnes qui peuvent ou qui doivent intervenir dans le cadre de la prise en charge du patient. Sont prévus un généraliste, un endocrinologue, un infirmier éducateur qui a un rôle d'éducation par rapport à la fois à la maladie, à l'insulinothérapie et à la prise en charge globale du diabète par le patient lui-même. Il peut y avoir dans l'équipe, prévu également, un ou une diététicienne (…) Quand ils sont d'accord il y a un contrat qui est fait, signé par eux et par nous et on leur explique que pour faire valider le contrat, ils doivent absolument avoir une première consultation chez un endocrinologue qui doit contresigner aussi. Le contrat part alors à leur mutuelle (…) Et le patient dans ce cadre-là a la possibilité d'avoir tous ses soins gratuits, mais lui s'engage en parallèle à respecter un certain nombre d'éléments du trajet de soins (…) Les infirmières éducatrices dans ce cadre-là ont dû faire une formation de 200 heures de cours… »

« … il y a toute une série de choses spécifiques pour les patients diabétiques dont le trajet de soins diabète. »

« Oui là il y a le système de trajet de soins que le gouvernement a organisé pour le diabète et l'insuffisance rénale. (…)… On a des animateurs qui vont voir le patient cinq fois par an pendant trois quarts d'heure, une heure pour lui expliquer comment on fait, que ce soit les injections d'insuline, les contrôles des glycémies, l'éducation concernant le contrôle des pieds, l'activité physique ou les conseils d'alimentation (…) Il faut voir l'endocrinologue une fois par an et le MG 4 fois par an. Si en

tant que patient tu ne respectes pas ces conditions, le système va s'arrêter. C'est vraiment un contrat entre le MG, l'endocrinologue et le patient. »

c. Le RML

« … dans le contexte de majorité de pratiques solistes en Belgique, ils ont mis en place une structure d'appui à la création du réseau de première ligne (le trajet de soins) c'est le RML (réseau multidisciplinaire local) avec un coordinateur… Le coordinateur du RML n'a pas de contact avec le patient, il n'a pas un rôle clinique, mais uniquement organisateur du réseau. »

« Le RML de Bruxelles fournit une liste des éducateurs en diabète (…) Le RML il s'occupe juste de la communication, grâce à lui ils (les éducateurs en diabète) *sont connus, ils sont remboursés, car il faut faire la prescription d'une certaine façon, etc. enfin voilà… »*

*« … le trajet de soins, quand le gouvernement a commencé, ils ont aussi mis en place une organisation régionale (*artefact sonore). *C'est une organisation multidisciplinaire avec des gens qui y travaillent et organisent la formation des animateurs, pour les infirmières, les MG, avec des formations mixtes avec les endocrinologues et tout ça… »* (le RML)

« Grâce aux RML et aux trajets de soins, le médecin généraliste devrait pouvoir avoir un lien avec un podologue, un infirmier éducateur (…) Le RML c'est une association qui est liée au départ au Cercle de Médecins généralistes. »

« Le RML, payé par l'INAMI initialement a été transféré vers les communautés, mais ça c'était surtout centré sur le diabète type 2 »

« Il y a des RML qui ont une fonction essentiellement administrative en support au MG pour la création des trajets de soins. Il y en a d'autres comme le RML de Bruxelles qui ont un champ d'action plus large. À Bruxelles le RML est impliqué dans les projets de soins integreo qui travaillent sur la collaboration entre les hôpitaux, les hospitalisations à domicile, et les soins à domicile organisés par les médecins généralistes. Donc les RML ont la possibilité de développer d'autres activités que celle des trajets de soins. »

« Le RML est une structure formelle initiée par les cercles et financée par les fonds des trajets de soins, ils ont identifié cette problématique de méconnaissance des acteurs, il faut une structure de quartier. Le bassin de soin en Belgique c'est 75 000 à 125 000 personnes. »

d. La plateforme de concertation MG-MS

« … on a créé des commissions mixtes MG et MS pour se connaître, parler et élaborer des processus de soins ensemble. Ces commissions sont les SYLOS (système local de santé), plateforme de concertation locale médecin généraliste-médecin spécialiste… On les a créés autour d'un hôpital, on a nécessairement parlé du diabète, les MG et MS se sont vus, ils ont échangé, ils se sont dit que ça pouvait être pas mal. Ils sont même allés un peu plus loin, il y a eu des consultations décentralisées de diabétologie au niveau d'un lieu commun en ville, géré par des généralistes. Ces plateformes pour l'instant n'ont pas de reconnaissance officielle, elles existent par la motivation de notre département. »

3.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. Le niveau micro détermine la prise en charge globale

« On est beaucoup plus proche des réalités du patient en pouvant discuter avec l'assistante sociale au niveau de la médecine générale et avec les kinés, on essaie de coordonner (…) Pour moi cela n'a aucun sens si on est diabétique et insuffisant cardiaque d'avoir un éducateur au diabète et d'avoir un kiné qui s'occupe de la revalidation cardiaque, qui ne parlent jamais entre eux parce qu'ils ne travaillent pas au même endroit et qu'ils ne sont pas financés de la même façon. Et pour le patient ce n'est juste pas efficace, car il va créer un lien avec l'un et pas avec l'autre, il va suivre ce que dit l'un et pas l'autre. Le lien que le patient peut créer avec une structure… plus ou moins centralisée… qui réunit tous les prestataires c'est important et fidéliser un patient à une structure plutôt qu'un prestataire c'est aussi important. »

« … dans nos équipes, au niveau de la maison médicale, il existe toute sorte de programmes plus ou moins spécifiques qui incitent les gens à mieux s'alimenter et à bouger plus. »

« Donc voilà c'est vraiment un package global (…) Et là le généraliste est quand même très clairement le chef d'orchestre (…) C'est plutôt un partage de dossier informatisé. »

« Donc c'est assez bien organisé, on a un soin global pour essayer d'améliorer le suivi (…) Je pense que chez nous, plus de 30 % des diabétiques sont inscrits dans un trajet de soins, c'est beaucoup. »

b. Un besoin de transdisciplinarité

« Mais tout est très fragmenté malheureusement (…) Quand on a une pathologie comme le cancer ou pour des patients jeunes, on peut comprendre encore que ce soit la pathologie qui centralise tout, mais pour des personnes qui ont des problématiques beaucoup plus pluridimensionnelles comme le diabète où ils continuent à travailler, il faut pouvoir avoir des structures multidisciplinaires. »

« On essaie de ne pas avoir des activités réservées uniquement pour le diabète ou d'autres maladies chroniques, mais on insère cela dans une approche plus globale vers l'augmentation de l'activité physique dans la communauté. »

c. Le rôle de la municipalité

« La ville de Gand est organisée en vingt-quatre quartiers et alors on fait des clusters de deux quartiers qui travaillent ensemble et qui font des programmes. C'est une structure qui est top-down mais les initiatives se réalisent bottom-up et ça, c'est un peu les dynamiques bidirectionnelles qu'on essaie de réaliser ».

d. La potentialité de structurer le niveau méso : les zones de soins primaires

« Il faut faire un projet de formation des médecins généralistes, des infirmiers, des diététiciens et des éducateurs, donc ça va s'organiser au niveau meso (…) Il faut aussi organiser des actions de prévention (…) faire des groupes de patients qui prennent le petit-déjeuner ensemble, on a aussi des jours de rencontres pour les diabétiques de la communauté où les mécanismes de self help ont été démontrés : ça va se faire au niveau meso car c'est là qu'on a la possibilité organisationnelle pour cela. »

« L'objectif c'est de créer une communauté qui améliore la qualité des soins de façon continue ».

« Il y a vraiment un très gros débat, en Flandre, les RML vont faire partie des zones de soins primaires, et vont être fusionnés. En Wallonie et à Bruxelles, il y a la question de savoir s'ils vont être fusionnés au niveau des SISD. La question est de savoir : est-ce que cela a du sens de financer un SISD et en même temps un RML ou est-ce qu'il ne faudrait pas qu'ils soient communs ? »

4. Les soins palliatifs à domicile

4.1. Verbatims des organisations

a. L'équipe de soutien en soins palliatifs.

« Il y a deux voies qui peuvent être utilisées (…) Le médecin peut faire appel à des équipes de soins palliatifs qui existent un petit peu partout aujourd'hui et qui sont formées de manière pluridisciplinaire. Ils mettent en place alors tous les éléments à la fois de soins infirmiers, de kiné, mais aussi le matériel nécessaire, les lits adaptés, etc. (…) La plupart du temps ces équipes viennent à domicile, elles aiment bien connaître le patient (…) Un carnet de liaison permet de communiquer, mais là très souvent, pour les patients palliatifs, il y a des contacts deux à trois fois par semaine, par téléphone avec l'équipe de soins palliatifs. Rien n'empêche et ça, c'est la deuxième voie, au médecin généraliste d'avoir sa propre équipe. Moi je travaille un peu des deux manières, ça dépend un peu de la volonté du patient. »

« Encore une fois ça dépend aussi du type de pratique dans laquelle on travaille. En pratique forfaitaire, je connais bien mon équipe, ça facilite les prises en charge palliative à domicile. Mais ce qui est intéressant, c'est qu'il y a des équipes de soutien en soins palliatifs disponibles sur tout le territoire avec une découpe territoriale claire et un numéro unique. L'équipe est composée de médecins, infirmiers, psychologues… En pratique je peux inscrire un suivi pour un soutien auprès d'une équipe de soutien et j'ai accès en permanence à cette équipe pour avis ou conseil ou matériel (…), mais a priori ils n'interviennent pas au niveau du patient, mais globalement ils sont en appui au personnel infirmier et médical. J'ai eu récemment un cas palliatif, on a mis un pousse seringue, c'est eux qui sont venus nous aider à le mettre en place au domicile (…) Non, l'équipe n'intervient pas au domicile, ça reste vraiment nous. Ils ont beaucoup trop de cas à gérer pour se rendre sur place. Le patient ne peut pas rentrer en contact avec cette équipe. Je ne connais pas de numéro disponible pour le patient. »

« On organise de plus en plus de soins palliatifs au domicile grâce à l'aide de toute l'équipe dont l'infirmière (qui a un rôle prépondérant), le médecin généraliste, le kiné, le psychologue. Et on a des plateformes de soins palliatifs au niveau des différentes régions (…) ce sont des plateformes de seconde ligne auxquelles peut se référer le médecin traitant s'il a des questions à poser par rapport à tel ou tel aspect. Si j'ai un problème concernant le dosage des antidouleurs, je peux téléphoner à celle qui est dans mon coin, ici c'est la plateforme "Delta", l'autre c'est "la plateforme de soins palliatifs de l'est francophone". Je leur téléphone et je leur pose des questions par rapport à telle aide, tel médicament, tel problème de nutrition… Ils peuvent aussi m'orienter concernant des questions de matériel, pour un pousse-seringue, pour une nutrition parentérale... »

« Pour la prise en charge palliative, le modèle en Belgique c'est celui du médecin généraliste qui intervient toujours, ça se fait très souvent à domicile. Il y a un infirmier de première ligne qui est un infirmier à domicile classique puis ensuite il va y avoir une équipe de soins palliatifs. Il y en a plusieurs en Belgique, elles viennent pour ajuster le traitement antidouleur sur les conseils du médecin généraliste et sur leur propre expérience qui est très grande en la matière. Elles vont faire intervenir éventuellement des psychologues, mais surtout des infirmiers de gestion la douleur en fait qui d'abord prennent contact par exemple toutes les 2 à 3 semaines puis qui vont intensifier les passages en fonction de la douleur et du type de dispositif qu'il y a à domicile (si c'est une pompe à morphine, ils vont passer tous les jours) (...) On se coordonne par téléphone et sur place aussi, on se débrouille pour aller ensemble chez le patient de temps en temps (…) ou par le biais d'un cahier partagé au domicile. Il y a un début de tentative de dossier électronique partagé qui serait sur le modèle du cahier à domicile. C'est une tentative qui est faite par les régions, car les soins palliatifs sont financés par la région. »

« Là on a déjà parlé des plateformes de soins palliatifs, c'est quelque chose qui existe depuis pas mal d'années et qui fonctionne très bien. »

« Donc là c'est surtout le réseau de soins palliatifs à domicile qui existe depuis longtemps en Flandre (...) il y a des infirmiers spécialisés, des médecins, des psychologues, des disponibilités de pompe a morphine…. La communication se fait soit par Ipad soit par un dossier écrit chez le patient. »

« Là aussi c'est très bien organisé, là il y a vraiment une équipe spécialisée. Normalement on fait appel à eux presque toujours, parfois un peu trop tard, c'est la critique la plus fréquente. Dans des situations palliatives, on peut les contacter et ils vont nous aider concernant tous les domaines dont on a besoin. Ce sont des infirmières spécialisées, qui vont chez le patient, regarder comment ça marche. Ils peuvent nous fournir du matériel, aider à organiser le service 24 h/24, il y a des aides qui peuvent aller au domicile s'il n'y a pas d'entourage et peuvent même y dormir. Il y a aussi des psychologues qui peuvent intervenir auprès du patient si besoin… Donc ce sont des équipes très bien organisées où il y a aussi des médecins généralistes spécialisés en soins palliatifs. Si vous avez des questions ou des problèmes auxquels vous ne pouvez pas répondre vous-mêmes, vous pouvez leur téléphoner et ils vont vous donner les informations nécessaires pour la continuité des soins…
Je connais très bien, car j'étais vraiment au commencement de l'équipe chez nous, ça doit être un peu plus de 20 ans, 25 ans, quelque chose comme ça. Chez nous cela a vraiment commencé avec les médecins généralistes et les gens de la première ligne, où on a pris l'initiative de l'organiser (...) Les médecins généralistes choisissent de travailler dans l'équipe de soins palliatifs. S'il y en a un qui s'arrête, alors le Cercle va chercher si quelqu'un d'autre peut le faire et se former. Mais pour commencer, c'est au moins une année de formation (...) Ce sont des organisations indépendantes qui ont leur propre personnel, mais c'est souvent le cercle qui est très proche de l'organisation (...) En Flandre c'est presque toujours comme ça. Mais à Bruges par exemple, à côté, c'était l'initiative d'un hôpital (...) ils travaillent avec des gens spécialisés à l'hôpital, où il y a des unités de soins palliatifs. Ça ne marche pas à domicile, mais dans une unité de soins palliatifs, rattachée à l'hôpital. Les gens y vont pour quelques jours ou sinon pour la fin de vie…
En fait au début c'était des projets pilotes dans quelques régions et comme ça marchait bien, petit à petit ça s'est étendu, et à un moment ça a existé sur tout le territoire, et alors c'est passé de projet pilote à une organisation financée dans le système, de manière continue. »

« En fait je travaille dans une équipe de soins palliatifs, comme médecin coordinateur, à Bruxelles, qui s'appelle Semiramis, je reçois souvent des coups de fil des gens de l'équipe, qui me demandent des conseils qu'ils répercutent alors vers le médecin généraliste (...) J'ai une réunion hebdomadaire avec toute l'équipe et on reprend toutes les patientes et tous les patients que l'on suit. À ce moment-là s'il y a des questions spécifiques, on les traite au fur et à mesure et puis je suis joignable à tous moments en cas de problèmes, mais je ne vais jamais au domicile. On laisse cette partie-là au MG qui suit le patient… »

« Ce sont des équipes très bien organisées où il y a aussi des médecins généralistes spécialisés en soins palliatifs (...) Ce sont vraiment des médecins généralistes comme les autres, mais qui ont suivi une formation et qui exercent dans cette équipe en général une journée par semaine (...) Les médecins généralistes choisissent de le faire (coordinateur de l'équipe de soutien), s'il y en a un qui s'arrête, alors le cercle va chercher si quelqu'un d'autre peut le faire et se former. »

« Tout cela est mis en place au départ de la plateforme, qui normalement n'intervient pas directement. Je dis bien normalement parce qu'un des effets secondaires de la mise en place de cette plateforme c'est qu'on se rend compte que les interventions sont de plus en plus nombreuses. Mais pour moi la prise en charge des soins palliatifs doit être un continuum avec le centre de santé qui s'est toujours occupé du patient. Il ne faut pas déléguer la fin de vie à une autre équipe. Il faut être vraiment dans la continuité des soins qu'on donne en médecine générale. »

« L'avantage de ces équipes hyper spécialisées, c'est qu'elles connaissent vraiment tout le travail qui va de la gestion des médicaments jusqu'à la gestion des escarres en passant par tous les aspects plus

psychosociaux. Par contre le désavantage c'est que parfois le patient a l'impression qu'il est dépossédé de l'équipe qui le soignait auparavant, même le médecin généraliste peut avoir cette impression (…) Parfois il y a des décisions qui sont prises en court-circuitant le médecin généraliste et il se retrouve devant le fait accompli, ce qui est parfois un petit peu plus compliqué, voilà. »

b. Autres

« On commence à réfléchir à l'organisation de toute une série d'alternatives, avec des structures de soins intermédiaires, qui ne seraient ni les hôpitaux ni le domicile… »

« Si difficulté il y a aussi les services de soins palliatifs hospitaliers, mais là nous on n'intervient plus. »

4.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. Un paysage organisationnel évident

« C'est la plus belle deuxième ligne qui existe. Ils nous aident à penser à des choses, ils viennent vraiment en appui, quand on travaille avec eux on est renforcés. »

« C'est quelque chose qui existe depuis pas mal d'années et qui fonctionne très bien. »

« Là aussi c'est très bien organisé, là il y a vraiment une équipe spécialisée… »

« En fait je travaille dans une équipe de soins palliatifs, comme médecin coordinateur, à Bruxelles, qui s'appelle Semiramis, je reçois souvent des coups de fil des gens de l'équipe, qui me demandent des conseils qu'ils répercutent alors vers le médecin généraliste (…) J'ai une réunion hebdomadaire avec toute l'équipe et on reprend toutes les patientes et tous les patients que l'on suit. À ce moment-là s'il y a des questions spécifiques, on les traite au fur et à mesure et puis je suis joignable à tous moments en cas de problèmes, mais je ne vais jamais au domicile. On laisse cette partie-là au MG qui suit le patient… »

« Ce sont des équipes très bien organisées où il y a aussi des médecins généralistes spécialisés en soins palliatifs (…) Ce sont vraiment des médecins généralistes comme les autres, mais qui ont suivi une formation et qui exercent dans cette équipe en général une journée par semaine (…) Les médecins généralistes choisissent de le faire (coordinateur de l'équipe de soutien), s'il y en a un qui s'arrête, alors le cercle va chercher si quelqu'un d'autre peut le faire et se former. »

b. Un besoin de clarifier le rôle de chaque équipe

« Tout cela est mis en place au départ de la plateforme, qui normalement n'intervient pas directement. Je dis bien normalement parce qu'un des effets secondaires de la mise en place de cette plateforme c'est qu'on se rend compte que les interventions sont de plus en plus nombreuses. Mais pour moi la prise en charge des soins palliatifs doit être un continuum avec le centre de santé qui s'est toujours occupé du patient. Il ne faut pas déléguer la fin de vie à une autre équipe. Il faut être vraiment dans la continuité des soins qu'on donne en médecine générale. »

« L'avantage de ces équipes hyper spécialisées, c'est qu'elles connaissent vraiment tout le travail qui va de la gestion des médicaments jusqu'à la gestion des escarres en passant par tous les aspects plus psychosociaux. Par contre le désavantage c'est que parfois le patient a l'impression qu'il est dépossédé de l'équipe qui le soignait auparavant, même le médecin généraliste peut avoir cette impression (…) Parfois il y a des décisions qui sont prises en court-circuitant le médecin généraliste et il se retrouve devant le fait accompli, ce qui est parfois un petit peu plus compliqué, voilà. »

c. La perspective des zones de 1ere ligne

« Je peux téléphoner à celle qui est dans mon coin, ici c'est la plateforme delta, l'autre c'est la plateforme de soins palliatifs de l'est francophone. »

« Il y a des équipes de soutien en soins palliatifs disponibles sur tout le territoire avec une découpe territoriale claire. »

« Le problème actuel en Flandre c'est qu'il n'y a que 27 % de la population qui meurt à domicile et donc ça veut dire qu'actuellement il n'y a pas suffisamment de cas pour organiser cela au niveau des "zones de premier échelon". Une équipe actuellement est disponible sur deux voire trois zones de premier échelon. Dans le futur ce qui doit se faire, si la moitié de la population meurt à domicile, c'est qu'on aura besoin d'une équipe interprofessionnelle de support par zone de premier échelon. »

5. L'accès aux soins des plus démunis

5.1 Verbatims des organisations

a. ONG et œuvres caritatives

« En ce qui concerne les gens les plus précarisés, il y a une série d'associations de terrain. À Bruxelles la principale c'est Médecins du monde. Ils prennent en charge ces personnes-là, en consultation ou dans la rue, en allant chercher les gens. Ils travaillent eux-mêmes en collaboration directe avec des associations qui sont amenées à être en contact avec les gens les plus précarisés par exemple le Samu social qui s'occupe essentiellement des sans-abris. »

« … certaines équipes de Samu social dans les grandes villes, qui ont des infirmières de rue, mais ce sont des initiatives privées ou dépendant d'ONG comme Caritas ou La Croix rouge. »

« Mais il y a toute une série d'organisations qui démarchent sur le terrain. À Bruxelles vous avez les infirmiers de rue, des associations pour le logement, vous avez aussi médecins du monde qui fait un travail important actuellement. »

« Il y a toutes sortes d'organisations. La croix rouge accueille beaucoup de population de migrants (…) Il y a des équipes comme médecins du monde qui offrent une certaine accessibilité, presque meilleure que celle des maisons médicales. Médecins sans frontières aussi à un moment donné avait des antennes à Bruxelles, à Liège, etc. pour aider à l'accès aux soins pour ces publics désocialisés. »

« En Belgique à Bruxelles il y a Médecins du monde, il y a Fedasile pour les migrants… Il y a…. Les infirmiers de rue… Ouais… j'en oublie surement, mais il y a toute une série de structures qui ne bénéficient pas de financement de l'assurance, mais qui sont en fait plus apparentées à des ONG ou à des structures financées par l'état, qui donnent des soins gratuits à ces personnes… »

« Vous mettez le doigt sur quelque chose, effectivement ce sont les gens qui doivent demander de l'aide, sauf certaines équipes de SAMU social dans les grandes villes qui ont des infirmières de rue, mais ce sont des initiatives privées ou dépendant d'ONG (…) Mais globalement il faut que les gens se bougent. Il n'y a pas de structure publique qui aille chercher les gens pour s'assurer qu'ils aient accès aux soins. La responsabilité populationnelle des médecins généralistes n'est pas inscrite dans la loi. Elle peut relever d'une démarche personnelle du cabinet de groupe. »

« Ce que fait Médecins du Monde c'est que pour toute personne qui a la possibilité de faire des démarches permettant de rentrer dans le système, ils ont une équipe qui va essayer de régulariser la situation de ces personnes. Par exemple pour beaucoup de personnes sans-abris, il y a des moyens de leur obtenir une mutuelle sans qu'ils payent quoi que ce soit ce qui leur permet après d'avoir droit à

tous les soins et d'être remboursés pour tous les soins. Donc ils ne vont pas seulement les soigner et puis ne plus s'en occuper, mais c'est une prise en charge beaucoup plus large que l'association Médecins du Monde effectue sur le terrain. »

b. Le CPAS

« Il y a une loi en Belgique, qui existe depuis très longtemps, qui s'appelle l'Aide Médicale Urgente qui garantit à toute personne qui se trouve sur le territoire belge quel que soit son statut, d'être traitée pour les pathologies urgentes. »

« Il y a l'aide médicale urgente, c'est dans le cadre administratif, l'état s'organise pour fournir les soins médicaux essentiels à la survie pour ces gens-là. Il y a le Centre Public d'Action Sociale, il y en a un par commune, qui est tenu de rembourser les soins médicaux dans le cadre de l'AMU. Tout médecin est amené à rencontrer ces patients auxquels on fournit une facture qu'ils apportent au CPAS. »

« Bon il y a les CPAS bien sûr, qui peuvent varier en fonction des communes et qui sont parfois considérés comme les policiers du social. »

« … soit au CPAS qui peut régler l'accès à l'aide médicale urgente pour les personnes sans papiers selon l'arrêté royal du 12 décembre 1999. Évidemment à Gand les soins d'urgence pour les sans-papiers ce sont tous les soins, y compris la prévention. »

« Ben normalement le premier service vers lequel les gens vont aller c'est plutôt le CPAS. On va se tourner vers le centre public d'aide sociale qui va d'abord regarder si la personne est bien sur le territoire, étant donné que le CPAS est organisé sur une base territoriale. Dans ce cas-là, va pouvoir introduire des notes de frais par exemple au SPF asile immigration, si c'est une personne en demande d'asile. »

« En Belgique ça s'appelle le CPAS, c'est communal, les centres publics d'aide sociale qui ont un budget communal, appelé le dernier filet de sécurité, qui permet d'avoir accès à l'aide sociale et médicale. On l'appelle aussi l'aide médicale urgente qui n'est pas urgente au sens premier, mais indispensable et nécessaire. »

« Chez nous il y a de nouveau l'OCMW (CPAS) qui va les prendre en charge et qui va essayer de leur rendre un accès aux soins de base (un MG, un pharmacien) que tout est bien pris en charge, etc. ça, c'est dans les petits villages, où ils ne sont pas beaucoup. »

c. Les maisons médicales

« Ils (médecins du monde) ont un réseau qui est à très grande majorité un réseau de maisons médicales et encore plus de maisons médicales au forfait… »

« C'est de notoriété publique que les maisons médicales ou les pratiques de groupe au forfait acceptent plus facilement ces patients. Mais sinon c'est plutôt de l'ordre de l'informel. »

« Ça va être très souvent les maisons médicales. »

« Il existe aussi des centres de santé intégrée ou maison médicale, qui donnent aussi beaucoup de soins aux réfugiés. Donc la réponse est mixte, ça dépend où on est. »

5.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

« Dans les grandes villes, par exemple à Bruxelles, j'ai une amie qui est médecin généraliste et qui travaille à Médecins du Monde où ils ont vraiment établi un système parallèle pour donner des soins à ces groupes-là, qui changent tout le temps. Par exemple l'hiver, ils vont ouvrir des abris pour ces gens-là, il y a aussi des médecins généralistes qui vont aller à leur rencontre… »

« … en général ils ont un réseau qui est à très grande majorité un réseau de maisons médicales et encore plus de maisons médicales au forfait. Elles ne sont pas payées à l'acte et donc elles acceptent entre guillemets un certain pourcentage de patients qui ne rentrent pas dans les conventions c'est-à-dire qui ne vont pas rapporter de l'argent de l'état vers la maison médicale et elles les englobent dans l'ensemble de leurs frais. Donc souvent lorsque Médecins du Monde va retransférer ces patients, c'est souvent vers des maisons médicales à travers tout Bruxelles. »

« Notre structure (Liège) a signé des conventions de collaboration avec la croix rouge ou autre, et on a des employés qui gèrent les difficultés administratives. »

« … cela m'étonnerait que Médecins du Monde ait fait des accords avec les cercles de médecine générale, je m'imaginerai beaucoup plus qu'ils aient des accords avec les maisons médicales. »

« … qui essayent de remettre ces personnes dans le système en les référant le plus vite possible vers le système classique dès qu'elles ont accès à l'assurance. »

« Théoriquement les Maisons Médicales doivent pouvoir prendre en charge ce public-là, mais en pratique on se rend compte que même si on a un seuil d'accessibilité fort élevé, ça ne suffit pas par rapport à toute une frange de la population qu'il faut à la limite aller chercher et qui est désinsérée par rapport au reste de la société. Le problème est particulièrement criant dans des villes comme Bruxelles par exemple. »

« … à Gand, il n'y a pas besoin du modèle de Médecins du Monde où il faut organiser des soins spécifiques pour les pauvres, les défavorisés. Parce que les services pour les pauvres, ce sont souvent des pauvres services, on ne peut pas réaliser la qualité des soins nécessaires. À Gand on a fait une étude sur les sans-abris, on a constaté qu'ils ont accès aux soins grâce au fait que les Centres de Santé Intégrés sont disponibles et accessibles aux sans-papiers. Il y en a 250 dans le centre dans lequel je travaille à part de 6200 inscrits dans le cadre de leur mutuelle… À Gand il y a dix Centres de Santé Intégrés où la consultation est non payante pour ces patients et chez les autres MG, les gens qui ont peu de moyens ont droit à un tarif préférentiel et ne paient qu'un euro. »

« Voilà, alors je vais te référer à des études faîtes a Gand, de Jan de Maeseneer sur la collaboration entre les maisons médicales et les structures qui suivent les sans — abris (…) En Belgique c'est très classique, c'est énormément d'initiatives de terrain et quand ça marche c'est repris au niveau national, mais parfois après 20 ou 30 ans plus tard, ou parfois jamais (…) En Belgique, si il y a plusieurs initiatives de terrain bottom-up avec chacune des financements différents (régional ou communal ou fédéral), elles ne vont pas forcément se connaitre, elles ne vont pas collaborer et finalement on va avoir deux réseaux parallèles et puis ça va pas non plus être efficace… ou bien elles se rejoindront par la suite. »

« Le CPAS a ce rôle-là d'accompagnement, mais il y a de plus en plus de demandeurs donc les services sont extrêmement saturés par rapport à ça »

6. La permanence des soins

6.1. Verbatims des organisations

a. Le Cercle de médecins généralistes

« Les cercles, ils sont responsables, devant la loi, et ils sont payés pour ça, pour organiser le système de garde par les médecins généralistes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. »

« Donc en Belgique, tout le système de la première ligne de soins est organisé autour des Cercles de médecins généralistes. La Belgique est quadrillée géographiquement en Cercles (…)et tous les médecins qui travaillent dans cette zone, font partie du Cercle. Un des rôles officiels du Cercle par la loi c'est l'organisation précisément de la continuité des soins et des gardes. En théorie, tous les médecins sont obligés par la loi de participer. Alors il existe des règles un peu différentes d'une région à l'autre. Dans une région où il y a peu de généralistes, il y a une obligation formelle que la loi prévoit d'ailleurs, de participer de manière active, c'est-à-dire de prendre un certain nombre de gardes par mois (…) Cependant il y a d'autres régions par exemple où le nombre de médecins qui souhaitent faire des gardes est beaucoup plus important que le nombre de médecins installés et donc on laisse la place à ceux qui veulent. »

« La permanence des soins se fait grâce à la garde de médecine générale organisée par le Cercle de médecins généralistes, sur un territoire défini, souvent une commune. Le cercle comprend tous les médecins généralistes actifs, c'est une obligation du médecin généraliste conventionné d'être inscrit au Cercle. »

« Alors il y a la garde de médecine générale. Toute la Belgique avait été divisée en Cercles de garde. Le cercle c'est une zone sur laquelle les médecins généralistes constitués en ASBL doivent se mettre d'accord pour qu'à tour de rôle il y en ait un qui soit joignable tous les soirs de la semaine et le week-end. On a une obligation d'assurer la continuité des soins, mais il y a parfois des dérogations, pour des médecins qui sont malades ou invalides ou quoi que ce soit. Si on n'y participe pas soi-même, on doit justifier de sa non-participation par rapport au rôle de garde. La taille des Cercles est très variable. À Bruxelles ça peut aller à des centaines de médecins, et puis il y a des très petits Cercles où il y a 10 médecins. On se rend compte qu'il y a des inégalités en matière de travail à fournir pour organiser la garde d'un Cercle à l'autre. »

« Historiquement c'étaient les Cercles de médecins généralistes qui existent toujours d'ailleurs, qui organisaient la garde, mais c'est un mode de garde qui n'existe presque plus en fait. Maintenant on a ce qu'on appelle des Postes médicaux de garde, initiative des médecins généralistes surtout en ville, mais maintenant il y en a partout en Belgique, à la campagne aussi et parfois sur une très grande zone de soins. »

« Le poste de garde est mis en place par le Cercle de médecins généralistes. Il y en a un grand Cercle à Gand, avec un très grand support par la politique locale (…) C'est environ 320 médecins (…) En 2007, il y a eu la réunion historique où on a décidé à la majorité de 2/3 pour instaurer le Poste de garde. On était un des premiers en Belgique après Anvers, et donc ça a été voté. Maintenant il n'y a personne qui veut revenir en arrière. C'est toujours difficile de mettre en place un changement, les médecins ont un réflexe un peu conservateur, mais une fois qu'on a fait le changement, en général ils voient l'avantage (...) Les infrastructures des postes de garde de Gand ont été mises à disposition par les autorités locales. »

b. La garde patientèle et le Poste de garde

« Dans les villes, il y aura de plus en plus de Postes de garde qui sont ouverts de temps en temps la journée et surtout la nuit. Il y en a avec un chauffeur qui conduit le médecin pour les visites à domicile et il y en a où le médecin généraliste doit se rendre lui-même chez le patient… Donc ça dépend un peu, mais là c'est très clair il y a toujours un médecin généraliste de garde… comme moi pour le moment ! Actuellement la semaine, je fais les gardes à mon cabinet. Je dois y rester et dormir même ici. En fonction de l'appel, le patient vient ou bien j'y vais. Il y a un standard où le patient appelle et ensuite on me le transfère. Et là le gouvernement est en train d'organiser ce système téléphonique pour tout le pays, je pense que ce sera 17… artefacts sonores. »

« Il y a une organisation par les Cercles, des gardes, en assurant à tour de rôle, ces gardes de nuit et de week-end et avec soit un système de médecins qui vont à domicile soit ce qui est de plus en plus fréquent, c'est d'avoir un double système avec des centres d'urgences primaires, qu'on appelle les Postes de garde. Les patients ont l'occasion d'aller dans ces Postes directement. Le week-end par exemple dans la plupart des Postes, il y a plusieurs médecins qui se relaient, il y a un accueillant, parfois des infirmières et il y a des équipes volantes qui vont avec des voitures, de plus en plus souvent, une voiture banalisée avec chauffeur, et qui vont chez le patient si cela est nécessaire ce qui quadrille l'ensemble du territoire belge. »

« Soit par accès au téléphone personnel du médecin généraliste, c'est plutôt le cas des médecins généralistes anciens, soit la permanence des soins se fait grâce à la garde de médecine générale (…) La garde décidera de faire venir le patient au Poste de garde, d'aller au domicile, de lui dire d'aller aux urgences. »

« J'imagine que vous avez entendu parler des Postes de garde. Vous en avez dans les grandes villes et aussi en zones rurales (…) L'intérêt est double, permettre aux médecins généralistes d'avoir de meilleures conditions, un chauffeur, un autre médecin qui reste au poste avec l'idée qu'il faut désengorger les urgences. Il y a pas mal de poste de garde à côté des hôpitaux avec des flux entre les deux… »

« Concrètement la personne a de la fièvre, il est 3 h du matin, elle est vraiment inquiète, elle téléphone (soit elle a le téléphone du cercle de garde locale, soit le téléphone de son médecin habituel ou le répondeur la redirige vers la garde), alors le médecin de garde répond. Il doit pouvoir effectuer une visite à domicile ou alors donner un conseil par téléphone, mais ce n'est pas ce qui a de plus sûr. Et de plus en plus en Belgique, on s'organise de deux façons, il y a aussi de plus en plus de Postes de garde. C'est un endroit où il y a une salle de consultation et un accueil aussi parfois, où les gens peuvent venir, essentiellement le week-end, pas toujours la nuit, mais ça les horaires peuvent varier d'un endroit à l'autre, mais ils peuvent venir pour consulter… Il existe aussi une option pour ce qu'on appelle la nuit profonde, entre 22 h et 8 h du matin, qui consiste à ce que la déviation soit faite par un infirmier trieur. »

« Les patients viennent sur place pour les horaires de nuit, de 19-20 h jusqu'à 8 h du matin. La permanence est réalisée par des médecins généralistes qui viennent faire la consultation là. Voilà c'est de plus en plus comme ça que ça fonctionne et il y un central téléphonique maintenant unique en Belgique, de plus en plus unifié, ça s'est fait progressivement c'est le 1733. À Bruxelles c'est un autre numéro, mais bref c'est le même principe. En fait c'est des gens qui ont été formés pour trier les appels qui choisissent entre le Samu, le Poste de garde de MG, la visite à domicile, les urgences et en fonction des disponibilités des équipes, ils conseillent les patients. Souvent le Poste de garde finance une voiture et un chauffeur pour les visites à domicile (…) Le financement c'est fédéral, ça prend en charge presque toujours plusieurs communes en même temps. Je n'ai pas les chiffres en tête, je ne connais pas assez bien cette problématique-là. Mais ça doit être à peu près 100 à 200 000 habitants (…) Sauf quelques-uns qui font des gardes patientèles, mais de moins en moins. Par exemple nous à la maison médicale on fait encore une garde patientèle jusqu'à 23 h, mais pas le week-end. Mais la garde du soir de 19 à 23 h, on ne va pas la garder, car il n'a presque plus de patients qui viennent ou même qui appellent. La plupart vont aux urgences ou au poste médical de garde. »

« Du matin 8 h jusqu'au soir 7 h pendant les 5 jours de la semaine, c'est le médecin traitant qui est responsable, il doit s'organiser pour assurer la continuité (…) En dehors de ce temps-là, c'est le Poste de garde. Il y a trois Postes de garde à Gand, qui sont responsables de 100 000 personnes (par poste), donc un peu plus large que Gand, de 19 h à 8 h du matin et tout le week-end. Ces postes de garde servent comme point d'accès. Il y a une continuité informationnelle des soins, car ils ont accès au SUMEHR, SUMmary Electronic Health Record de la médecine de 1er échelon. »

6.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. La place incontournable des Cercles

« Le cercle, c'est la première fois que les MG se mettent ensemble, la première réalisation a été le poste de garde. Il faut noter que le RML doit être soutenu et hébergé par les cercles de MG. Le bâtiment abrite le Poste de Garde et le RML. Les postes de garde couvrent tout le territoire, les RML pas encore. On a tendance à avoir un bâtiment qui serait un peu le point de chute de la MG locale. C'est la première fois où des MG solo doivent s'asseoir et collaborer de manière un peu plus constructive, ça a pas mal changé les mentalités. »

« Son rôle (au cercle) théoriquement c'est avant tout d'organiser la garde. Maintenant il y a des réflexions qui se font de plus en plus à l'intérieur d'un cercle pour voir comment on organiserait au mieux les soins. On parlait tout à l'heure de perte d'autonomie, de patients chronique, etc., il y a des endroits, où on ouvre un poste, qui est là pour résoudre les cas aigus et que les cas chroniques soient gérés par les médecins… »

« Ce qu'on a déjà fait c'est une carte pour la prise en charge des publics qui n'ont pas accès à la sécurité sociale. Pour se répartir entre nous ces personnes-là, de manière qu'elles n'aillent pas toutes chez les mêmes médecins ou maisons médicales (…) Et on a aussi un projet dans cette association par rapport à la psychiatrie qui est des intervisions sur des cas de patients psychiatriques et la manière de pouvoir mieux les prendre en charge à domicile ».

b. La place de la politique locale

« Il y a un grand Cercle à Gand, avec un très grand support par la politique locale. Nous avons un échevin responsable de la santé à Gand, très actif. C'est rare, il n'y en a que trois ou quatre dans toute la Flandre. Les infrastructures des postes de garde de Gand ont été mises à disposition par les autorités locales. Les autorités locales deviennent de plus en plus importantes dans l'organisation des soins de santé primaires. Cela on le voit partout en Europe. Par exemple en Finlande, toute la responsabilité y compris celle des hôpitaux, relève de la compétence des villes et des autorités locales. »

c. Les freins au développement des postes de garde.

« Cela a répondu à plusieurs enjeux pas seulement la permanence de soins, mais aussi la raréfaction des médecins et la pénibilité des gardes. C'est un système qui coûte un peu plus cher que le système précédent, mais beaucoup plus centralisé et qui repose moins sur les bonnes volontés des médecins. »

« Ils sont une réponse au manque de disponibilité de médecins après les heures (…) »

« Les postes de garde eux sont en général organisés entre plusieurs Cercles donc on tend à une rationalisation de ce qui se passe en garde. Il faut bien imaginer qu'on vient d'une situation de pléthore médicale dans les années 80, où chacun effectuait sa garde tout seul de peur que le patient préfère aller chez un autre médecin qui aurait été de garde à ce moment-là. Donc tous les médecins assuraient la garde pour leurs propres patients 24 h/24. Maintenant on n'est plus du tout dans un modèle comme celui-là, on est dans un modèle où la santé publique organise la garde et où les médecins ne sont plus obligés de faire la garde eux-mêmes pour leurs patients… »

« Disons que de plus en plus, au fur et à mesure des années, il y a des Postes de garde qui s'ouvrent. Alors ce qui a un peu freiné cela récemment c'est que les Postes de garde sont subsidiés, et l'année passée, le ministère de la Santé a commencé à freiner en disant : "bon maintenant on va faire un peu le bilan, car tous les mois on a des demandes pour ouvrir des Postes de garde et on n'arrive pas à suivre financièrement pour trouver les bâtiments, couvrir les frais, etc." ».

« Depuis peu les postes de garde sont implémentés sur presque tout le territoire, au moins les week-ends (…) Les locaux sont financés publiquement au prorata de la population couverte, financement qui est actuellement réduit par le gouvernement. »

« La majorité des médecins généralistes souhaitent organiser la garde donc ça donne pas mal de discussion dans les Cercles. Si vous voulez vraiment être payé par le gouvernement il faut faire une demande, mais pour l'instant le gouvernement s'est arrêté de reconnaître de nouveaux postes de garde (...) Ils ont dit pour l'instant il y en a assez, on n'a plus de budget pour en avoir plus (...) Il y a une tension du fait que ce soit aux médecins généralistes s'ils le souhaitent d'organiser le poste de garde et de le financer… »

« Mais il y a la situation historique qui compte aussi. Par exemple à Gand il y a une partie des communes limitrophes de Gand qui vont maintenant appartenir à une autre zone de premier échelon et où c'est encore le poste de garde de Gand qui les sert. Pour cela il y aura une période de transition, mais l'idée est d'avoir un poste de garde pour 100 000 habitants et 100 000 personnes par zone de premier échelon donc il faut coordonner cela. C'est l'idée, mais ça prendra un peu de temps. »

d. Le risque de perdre la continuité des soins

« Une des grandes questions c'est de savoir dans quelle mesure ils sont animés par des MG qui travaillent dans la localité ou s'ils sont gérés par des médecins de l'extérieur et leur métier c'est de travailler dans les Postes de garde ? Et donc ce ne sont plus les médecins généralistes d'une région donnée qui s'organisent entre eux, mais ce sont des mercenaires, d'une certaine manière, qui travaillent dans les postes de garde. J'ai entendu ce discours par exemple à Charleroi, où les gens qui vivent à Charleroi disent, ceux qui travaillent dans les Postes de garde, ce ne sont pas les médecins généralistes de Charleroi, ce sont des médecins du Poste de garde point. Je sais qu'ici à côté de l'université à l'UCL, notre hôpital universitaire, les gens qui travaillent au poste de garde ce ne sont pas les médecins généralistes… Donc là on perd un peu cette connexion entre médecine générale et permanence des soins… »

7. La prévention : vaccination, suivi du nourrisson, dépistage des cancers

7.1. Verbatims des organisations

a. L'ONE

« La première voie c'est celle de l'ONE, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, qui ont des consultations partout en Belgique, avec une partie flamande et une partie francophone, totalement gratuites, où les parents peuvent aller pour un suivi régulier du nourrisson et qui prennent en charge toutes les vaccinations au fur et à mesure de la petite enfance (…) Il y a pratiquement un centre dans chaque commune (…) Ce sont des médecins qui ont leur pratique propre et qui font quelques heures par semaine à l'ONE, soit en consultation à l'ONE, soit en supervisant des crèches. Chaque crèche en Belgique qui accueille des enfants de 0 à 3 ans, est obligée d'avoir un médecin attitré qui est reconnu par l'ONE (…) Ça dépend souvent du choix des parents. Il y a là des différences sociales non négligeables, les niveaux sociaux les plus favorisés sont souvent des gens qui prennent un pédiatre dès la naissance. Dans les milieux plus défavorisés, les parents iront plutôt aux consultations de l'ONE ou celles du médecin généraliste. »

« Pour la périnatalité, il y a l'Office de la Naissance et de l'Enfance puis il y a les centres de médecine scolaire pour les enfants de 6 à 17 ans. Pour les vaccins il y a un service pour les nourrissons, un autre à l'école, un autre au travail, le médecin généraliste peut les faire s'il le veut… C'est un peu n'importe quoi. »

« En Belgique on a l'ONE. Il joue un rôle concernant la vaccination, consultation dans les crèches, etc., mais ces médecins sont aussi des médecins généralistes, mais au sens de l'ONE ces consultations sont très mal payées (…) L'ONE est considérée en peu comme une structure bureaucratique vieillissante et poussiéreuse, à l'opposé du médecin généraliste qui est libéral, avec une politique de l'entrepreneuriat et la liberté de travailler. »

« L'ONE (Kind e gezin) appartenant à des zones de premier échelon, il y une responsabilité pour la population. Je suis moi-même président de l'ONE local au bureau des consultations. On a une couverture de presque 100 %, on contacte tous les enfants. Et donc notre terrain d'action coïncide avec quelques quartiers de Gand et il y a un autre centre qui sert d'autres quartiers (…) Il y a tout un programme pour les trois premières années. À Gand on fait aussi à 30 mois une évaluation de la situation dentaire. C'est quelque chose qu'on a instauré il y a vingt ans dans notre quartier et maintenant cela a été repris comme mesure générale pour toute la Flandre. »

« En pratique il existe en Belgique un service qui s'appelle l'ONE qui s'occupe de tout ce qui est schéma et carnet de vaccinations avec des médecins qui viennent, mais ne s'occupent que du côté préventif... »

« Alors effectivement tout ce qui est compétence de prévention, historiquement en Belgique c'est pris en charge par les régions. Elles ont mis en place des structures spécifiques pour toute cette prévention. La périnatalité c'est l'ONE avec des consultations du nourrisson, la vaccination et des conseils de prévention, il y a une répartition sur tout le territoire. »

« Il y a des organisations qui font les vaccinations chez les enfants, les mères vont là-bas avec leurs enfants. C'est seulement si les familles ne sont pas suivies là que le médecin généraliste peut prendre l'initiative de les vacciner. Disons que les soins préventifs chez les enfants, ça se fait au sein d'une organisation à part qui ne travaille pas vraiment avec les médecins généralistes (…) Eux ils sont vraiment responsables pour atteindre un niveau de vaccination de la population. C'est à eux de prendre les initiatives pour réaliser ça. Ils sont très effectifs. Et c'est les mêmes pour les soins préventifs pour les nourrissons (…) Si votre enfant est malade, ils doivent les adresser vers le médecin généraliste. »

b. Les professionnels : pédiatres et médecins généralistes

« La deuxième catégorie ce sont les parents qui choisissent tout de suite un pédiatre privé et qui vont chez ce pédiatre privé pour le suivi du nourrisson, y compris la vaccination. Et puis la troisième voie possible c'est celle du médecin généraliste qui a aussi la possibilité de réaliser la vaccination et de suivre les enfants depuis leur naissance (…) Par ailleurs le médecin généraliste, lorsqu'il a une problématique qui concerne ce domaine, il peut travailler en collaboration avec l'ONE, en téléphonant au médecin, ou en envoyant directement l'enfant vers l'ONE. »

« Il y a aussi les pédiatres qui s'occupent de cela dans les milieux plus aisés. »

c. Les autres

« Au niveau de Gand il y a "La maison de l'enfant" qui est formellement un partenaire structurel dans la zone de premier échelon. »

d. Le dépistage organisé des cancers

« Ici la politique en Belgique, c'est d'essayer de donner ce rôle-là de manière tout à fait privilégiée au médecin généraliste (…) En Belgique il y a trois dépistages de cancers qui sont reconnus officiellement comme étant valable de manière systématique, ce sont le cancer du col de l'utérus, le

cancer du sein et le cancer du côlon (…) Pour les cancers du sein et les cancers du côlon, les patients reçoivent lorsqu'ils sont dans les âges et que les délais sont les bons, une information comme quoi il serait bon qu'ils fassent le dépistage, on leur propose de passer chez le médecin généraliste et sinon il y a des centres qui pratiquent la mammographie totalement gratuitement, où ils peuvent aller directement. Dans certaines régions du pays, il y a les "Mammobiles" qui sont des bus qui permettent de faire une mammographie, qui restent quelques jours dans une commune et qui changent ensuite (…) C'est au niveau régional qu'est traitée l'information et l'incitation pour les cancers du sein et du côlon (…) Dans les milieux favorisés, toutes les femmes ont un gynécologue qui les suit, qui les accouche, qui gère les dépistages… Dans les milieux défavorisés, les patients n'ont généralement pas de gynécologue attitré et donc là le médecin généraliste fait le dépistage. »

« Pour les dépistages des cancers, c'est aussi organisé de manière verticale (sein, colon...), au niveau régional. Il y a les CCR (Centre Communautaire de Référence) pour le dépistage des cancers. Pour le sein et le colon, ils envoient directement des courriers aux patients éligibles, il y a une bonne communication avec le médecin généraliste. »

« Il n'y a pas un seul lieu qui s'occupe de cela. C'est assez disparate pour le moment même s'il y a des initiatives comme au niveau de la communauté française qui centralise le cancer colorectal et le mammo test, mais c'est assez faible. »

« Pour le dépistage des cancers ou les vaccins des plus de 2 ans, c'est la région qui finance les vaccins et dépistages, mais c'est réalisé sur le terrain c'est-à-dire concrètement les médecins généralistes qui s'approvisionnent auprès des centres régionaux et les proposent à leurs patients. Pour la Belgique francophone, c'est le CCR (Centre communautaire de référence) (…) Les patients sont maintenant enrôlés directement par courrier par les centres de dépistage, mais le rôle du généraliste est très important, car il y a plusieurs études qui ont montré que sans l'intervention du MG le dépistage ne se fait pas, notamment pour le cancer du côlon. »

« Pour ces trois-là, ça se fait par la Région flamande, où les patients reçoivent une invitation par courrier. Disons qu'en tant que médecin généraliste on reçoit les résultats, mais ce n'est pas vraiment nous qui l'organisons, c'est une organisation à part. »

7.2. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. L'intégration variable entre l'ONE et les soins

« Là on est dans le monde de la fragmentation (…) Ces services ne communiquent pas. Si on ajoute la planification familiale, on rajoute une couche à la lasagne, c'est plutôt efficace, mais très peu intégré à la première ligne, il n'y a pas de partage des données, c'est un peu triste. »

« On se retrouve devant parfois certaines absurdités où ce médecin reçoit un enfant pour prendre le poids et la taille, se rend compte qu'il a une otite ou une angine ou autre et qui dit "voilà je constate qu'il y a tel ou tel problème, mais je ne peux pas par ma fonction, prendre cela en charge, allez revoir votre MG". Je trouve cela aussi un peu frustrant parce que les deux devraient être liés au même endroit dans le cadre de la prise en charge en médecine générale. En pratique beaucoup de parents font appel à l'ONE qui va aussi dans les crèches, etc., mais ça devrait être plus intégré. »

« Par ailleurs le médecin généraliste, lorsqu'il a une problématique qui concerne ce domaine, il peut travailler en collaboration avec l'ONE, en téléphonant au médecin, ou en envoyant directement l'enfant vers l'ONE. »

« On a aussi intégré l'information de l'ONE de sorte que l'état des vaccinations de l'enfant est aussi visible pour le médecin généraliste dans son dossier. Si le médecin généraliste effectue un vaccin, il l'introduit aussi dans la base de données et comme ça tout le monde peut voir quel est l'état

d'immunisation (…) Les médecins qui travaillent dans l'ONE ce sont des médecins généralistes avec leur propre pratique. Ils font la combinaison entre la médecine générale et la prévention. »

b. La prévention peu favorisée en 1ere ligne

« Encore une fois je pense que tout cela devrait être intégré dans la prise en charge auprès du cabinet du médecin généraliste. Il n'y a pas de sens de faire ça a plein d'endroits différents (…) Il y a aussi le financement qui rentre en ligne de compte. Quelque part, vu que les financements sont parfois au fédéral, parfois à la communauté, à la région pour quelques trucs, etc., et que toutes ces politiques-là sont divisées à différents niveaux, chacun se renvoie la responsabilité et défend ses budgets. Cela pose un problème. Quelque part, de façon inconsciente, on ne va pas faire de la prévention, faire de la prévention ça veut dire diminuer les maladies. Si d'un autre côté on est rémunéré à l'acte et qu'on est dépendant du nombre de malades qu'on voit pour assurer sa subsistance, ça n'a pas de logique. Donc il faut un paquet de financement beaucoup plus forfaitaire qui lie et la prévention et le curatif. Là ça a une certaine logique. »

« Comme en France, les médecins généralistes n'ont pas une grande culture de santé publique, il n'y a pas beaucoup de soutien. Il y a encore un hiatus entre le réseau santé publique et le réseau des médecins généralistes de terrain qui ne sont pas encore très bien intégrés, mais ça vient de plus en plus. »

« Pour les vaccins il y a un service pour les nourrissons, un autre à l'école, un autre au travail, le médecin généraliste peut les faire s'il le veut (…) Si on ajoute la planification familiale, on rajoute une couche à la lasagne (…) Il y a la Plateforme E-vax, mais l'accès informatique est hyper compliqué donc cela n'est pas très utilisé. »

c. L'exception de la ville de Gand

« La politique crée le contexte parce qu'il y a un Conseil de santé au niveau de la ville qui a maintenant un statut de conseil d'avis formel. C'est-à-dire qu'en matière de santé, l'échevin et le bourgmestre doivent demander un avis à ce conseil. Là sont représentés les médecins, les infirmières, l'ONE, le CPAS, les hôpitaux… tout le monde est là dans ce conseil et comme ça on peut donner des avis bien fondés (…) Et il y a aussi le mécanisme (…) que tout professionnel de santé peut envoyer un "signal" quand il y a quelque chose qui ne marche pas. Il y a une personne qui travaille pour la ville et qui regroupe tout ça. Les problèmes qui doivent être résolus au niveau des quartiers, ils sont mis à l'agenda de la réunion de quartier. Les problèmes qui peuvent être résolus au niveau de la ville, sont discutés au conseil de santé de la ville et les problèmes qui doivent être résolus au niveau de la région ou du fédéral sont renvoyés au ministre responsable et c'est joli de le dire, mais le ministre répond ! Il y a un mécanisme bottom-up et on sait immédiatement s'il y a quelque chose qui ne marche pas. Cela peut être très simple, par exemple : il n'y a pas de possibilité de parking pour les infirmières à domicile. C'est un problème typiquement qu'on résout au niveau de la ville. La solution a été que les gens qui ont un garage peuvent mettre sur leur garage un signe qui dit que les professionnels de santé peuvent garer leur voiture en face de leur garage et alors cela crée des places. »

8. La communauté des professionnels

8.1. Verbatims des organisations pour l'analyse des besoins

a. Les Cercles

« Donc de plus en plus ce sont les Cercles de médecins généralistes dont je parlais tout à l'heure qui prennent en charge ces trois fonctions (…) Alors je pense que là où vous trouverez le plus d'éléments d'innovation c'est peut-être dans les Cercles de provinces, je pense notamment au Cercle de Mons,

qui a été un des premiers à se structurer de manière assez forte. Vous allez trouver ça sur Liège également (…) Bon Bruxelles c'est un million d'habitants, sur le papier il y a un seul cercle de MG, donc ça c'est théorique, vous avez une grosse association qui est responsable globalement de la garde, mais il y a des sous-zones (…) plus vous avez des Cercles très gros, plus c'est difficile d'initier des choses particulières. Dans des Cercles plus petits où les gens se connaissent bien parce qu'ils travaillent dans le même village ou la même commune, souvent il y a plus d'éléments d'initiative, d'échange et de collaboration. »

« Oui ce sont les Cercles (…) Les Cercles de médecins généralistes dans leur statut doivent développer une politique de santé locale, mais les médecins généralistes n'ont pas les outils parce qu'ils ne sont pas formés à la santé publique. »

« Il y a une organisation uniprofessionnelle par profession, comme le Cercle de médecins généralistes. C'est bien organisé par discipline (pharmaciens, kiné, diététiciens…), dans le futur on va faire une plateforme interdisciplinaire. »

« Pour le moment la plupart des professions ont leur Cercle d'organisation. »

« Alors pour le soutien par exemple de la mise en place des trajets de soins diabétiques, avait été mis en place, et c'était plutôt dirigé par les Cercles de médecine générale, des RML. »

*« Pas assez à mon goût, mais ce serait vraiment l'objectif d'une structure meso**.** Donc il y a l'association qui prend en charge la garde (Le Cercle) sur la commune où je travaille, là c'est une structure qui réfléchit à cela, mais c'est une association purement médicale. Je leur ai demandé de se "pluri-disciplinariser", eux ils m'ont dit qu'ils n'étaient pas mandatés pour... Pourtant ils travaillent presque tous en maison médicale, je ne sais pas, ils n'en ressentent peut-être pas le besoin. Ce qu'on a déjà fait c'est une carte pour la prise en charge des publics qui n'ont pas accès à la sécurité sociale**.** Pour se répartir entre nous ces personnes-là, de manière qu'elles n'aillent pas toutes chez les mêmes médecins ou maisons médicales. On a aussi fait un annuaire de tous les professionnels paramédicaux avec qui on travaille et avec qui on s'entend bien et qui permettent de faire des prises en charge pluridisciplinaires (…). Notre association c'est l'AMGQN : association des médecins généralistes des quartiers nords. Et on a aussi un projet dans cette association par rapport à la psychiatrie qui est des intervisions sur des cas de patients psychiatriques et la manière de pouvoir mieux les prendre en charge à domicile. Donc ça, c'est les trois projets qu'on a. Cette association n'a aucun financement, tout est bénévole. Euh, il y a eu un appel à * pour les pathologies chroniques en Belgique. On a remis un projet qui n'a pas été retenu donc pas de financement, probablement car il n'y avait pas de financement suffisant pour soutenir tous les projets proposés. Il n'y a aucun secrétaire ni coordinateur, aucun employé… Il y a un comité administratif qui est élu tous les ans et en fait ce sont les membres du comité administratif qui sont les membres actifs, mais bénévoles. Il y a trois réunions par an et une assemblée générale*. **»**

b. Les maisons médicales

« Dans ma pratique forfaitaire, tout est encodé (VIH, diabète, grippe) je peux faire un diagnostic de santé au niveau d'une patientèle (2500 patients). Notre mouvement maison médicale s'est inscrit dans un mouvement plus large de diagnostic général de la patientèle. »

« Oui, dans les maisons médicales »

c. La fédération des MM

« Il y a aussi l'Intergroupe bruxellois des maisons médicales qui est une autre association loi 1901, et ils mettent en place des projets sur le terrain, mais qui sont beaucoup plus centrés sur les déterminants non médicaux de la santé, déterminants sociaux. Et c'est beaucoup d'informations des professionnels et non de la prise en charge directe des patients, des invitations à des formations sur telle ou telle thématique et aussi sur la coordination sur les gardes, les processus de travail… »

« Notre mouvement maison médicale s'est inscrit dans un mouvement plus large de diagnostic général de la patientèle. »

d. Le conseil de soin de la zone de première ligne

« Mais ça commence à se développer et alors le "care council" serait le niveau de plateforme où tous les professionnels vont se rencontrer pour faire le diagnostic communautaire, pour voir quelles sont les contributions qu'ils peuvent faire et aussi pour évaluer quels sont les besoins et pour traduire ça en changement de la politique locale. Donc maintenant le care council doit faire ça ! Et alors probablement le care council sera une commission permanente du conseil de santé. Comme ça s'est intégré avec le travail préventif et tout ça. »

« C'est là qu'en ce moment il y a une très grande réforme, qui va se mettre en place dans les 2 ans qui vont venir où on va vers des zones de première ligne qui sont assez claires territorialement et où toutes les autres organisations doivent se réunir pour avoir je dirai un système compréhensif et pas des initiatives qui sont de temps en temps à part et qui ne se connaissent pas. Ça va quand même donner une assez grande différence je pense, dans 5 ans. »

e. Les autres

« À l'acte, il y a un observatoire de la santé qui depuis 5 ans fournit des diagnostics de santé au niveau communal, il y a possibilité d'avoir accès, mais assez peu utilisé dans la première ligne ou dans le Cercle. »

« Et je pense à une initiative en Wallonie, c'est la Plateforme des soins primaires. Il y a la Fondation du Roi Beaudoin qui va financer dans les 5 ans qui viennent une chair de soins primaires, avec 500 000 euros par an… »

« Il existe des niveaux encore plus larges, comme les SISD, Système Intégré de Soins à Domicile, qui regroupent toutes sortes d'organisations de professionnels sous un même territoire et qui essaient de mettre en place des politiques communes par rapport à tous ces acteurs, pour coordonner tous les infirmiers, tous les médecins… Tout ça est assez saucissonné à l'heure actuelle en Belgique, avec des niveaux de compétences et de pouvoirs différents et donc les gens ont tendance à s'accrocher à leurs prérogatives par rapport à tout ça, ce qui ne favorise pas la coordination (…) Un des travaux notables, qui n'est pas le seul, mais qui est remarquable, qui a été fait par le SISD de Liège, ça regroupe je dirai 250 000 à 300 000 patients, c'est la mise en place d'un cahier de coordination unique, on retrouve ça au domicile de tous les patients, qu'on soit dans une maison médicale ou un autre médecin ou une infirmière, ou une coordination de soins… On connaît ce carnet, on sait comment il est organisé, c'est le genre d'outil pratique qu'on peut retrouver un peu partout sur la région au départ de ces initiatives-là. »

8.2. Verbatims pour la formation continue et l'amélioration de la qualité

a. Les Cercles, l'université, la SSMG, les GLEMs

« La formation continue est nécessaire, on doit accumuler 20 unités par an (dont 6 en éthique et économie) et minimum 2 participations au GLEM Groupe Local d'Évaluation Médicale. En général ça reste des gens qui se regroupent par région, mais c'est très peu orienté assurance qualité. Il y a certains GLEM qui font des merveilles et d'autres qui vont au resto et qui invitent un délégué… Ça dépend des GLEM de choisir leur orientation. »

« Ah oui, il y a le Cercle qui organise des cours, mais il y a aussi l'Université, il y a les GLEMs (…) D'ailleurs une des idées aussi est d'avoir des GLEMs interprofessionnel. Ça prendra du temps. »

« C'est très disparate aussi, il y a la SSMG société scientifique de médecine générale qui dispense des formations, il y a des universités, des organismes privés… »

« Il y a le RML, mais aussi les universités et les associations de scientifiques c'est encore des formations purement médicales sur les pathologies, mais pas du tout orientées vers des prises en charge fonctionnelles comme les patients âgés, les patients sans domicile, la coordination des soins. C'est une problématique qui est assez peu réfléchie au niveau universitaire et professionnel (…) Il faut faire 3 GLEM par an pour être accrédité et c'est pouvoir avoir un meilleur remboursement de ses consultations. Ils sont centrés sur des pathologies et monodisciplinaires. Dans mon GLEM on va faire une séance sur le coaching des patients parce qu'il y a une ASBL qui s'occupent des patients qui ont subi des ESPT (états de stress post-traumatique) et des dépressions et on va parler de cet aspect fonctionnel là et les différents moyens qu'on a pour les aider ; mais c'est assez rare pour les GLEM. On parle même de reformer les GLEM, car c'est une formation continue qui a été initiée dans les années 90 et qui continue, mais qui ne fonctionne pas de manière très efficiente. »

« Oui, ce sont les Cercles qui le font. Mais ça peut aussi être fait par des hôpitaux ou d'autres organismes de formation. Mais il y a aussi un système obligatoire de peer review où un MG doit assister à au moins 2 meetings de Prview, dans un groupe fixe auquel il appartient, et ça c'est pas vraiment inclus dans les Cercles, ce sont des organisations à part d'environ 15 médecins. »

b. La fédération des MM

« Maintenant mon impression c'est que la plupart de ces formations sont un peu bidons. Ça peut consister à des soirées où une firme pharmaceutique paie le restaurant, discute de deux à trois cas puis on continue à manger au restaurant ensemble. La formation amélioration de la qualité .. PFFF ça reste encore un peu théorique même si je crois que ça a progressé ces derniers temps… De nouveau les seuls qui sont pour moi sérieux dans le développement de l'amélioration de la qualité c'est la fédération des maisons médicales. Les MM financent une fédération qui comprend un bureau d'études et différents départements dont un département qui travaille beaucoup sur tout ce qui est amélioration de la qualité. Ils ont mis en place différents projets, dont un qui s'appelle le tableau de bord, qui permet de monitorer les choses. En tant qu'ASI (Association de soins Intégrés), ils reçoivent un financement que s'ils proposent un plan d'évaluation de la qualité. »

« Mais la FMM est en réalité une fédération de services pour ses membres. Ce sont les membres qui se sont fédérés autour d'un projet de changement de société, etc., et qui ont un retour de la fédération par rapport à leur demande de se fédérer. Ce n'est pas une fédération qui a créé des maisons médicales partout. C'est une fédération qui est une mutualisation de moyens de façon à organiser la défense des maisons médicales auprès des pouvoirs publics, etc. C'est pour aller aussi vers une amélioration de la qualité au sein des MM, et ce sont les MM qui ont décidé de se fédérer et de mettre une partie de leurs moyens en commun, dans cette structure qui emploie quand même pas mal de monde et qui permet de structurer l'action politique de représentation de lobbying pour le secteur. »

8.3. Verbatims pour la mutualisation des ressources

a. L'absence d'organisation spécifique

« Alors il n'y a pas d'organisation vraiment spécifique. Soit dans certains cas les Cercles tentent d'organiser cela, en disant : "bon voilà, est-ce qu'on va acquérir tous ensemble l'un ou l'autre appareillage qui est utilisé de manière ponctuelle…" Mais ça se fait aussi de manière beaucoup plus informelle que cela. »

« Mais de manière formalisée à large échelle, je n'en connais pas… Sinon je crois que les médecins partagent des ressources quand ils se mettent en groupe, c'est monodisciplinaire… On va acheter un bâtiment en commun, on va avoir une infirmière en commun. Ce n'est pas vraiment un travail de

groupe, mais plutôt on partage les mêmes ressources pour que ça revienne moins cher, mais chacun travaille de son côté. »

« Cela n'existe pas encore, il y en aurait fortement besoin, par exemple pour les BPCO ou IC qui ont besoin de beaucoup de prévention ou d'exercice physique, pour éviter les hospitalisations, ce qu'on appelle la revalidation en Belgique et c'est pris en charge pour l'instant uniquement à l'hôpital ou en centre de jour, mais très peu financé. Il y a une volonté de la part des cercles et de la fédération des MM de créer ces types de structures là, mais il n'y a pas de financement (…) Comme je le disais au moment où cela a coupé tout à l'heure, il y a une volonté de créer un employeur meso dans les MM pour partager des aides familiales, des ergothérapeutes, des éducateurs… Il faudrait s'unir à plusieurs pour engager ces compétences. »

b. Le partage des compétences infirmier-médecin

« Il y a assez peu de partages et au niveau du rapprochement médecin-infirmier, c'est très embryonnaire. Par contre là où je travaille ce sont les infirmières qui font les vaccins, les ECG, le suivi INR, les soins de plaie, les ECG, les spiro, on a ce champ du possible qu'on utilise et qu'on valorise. Ça bouillonne ! »

« Oui, de plus en plus, la pratique de groupe multidisciplinaire est avantagée ; mais il y a des grands problèmes pour l'intégration d'une infirmière dans la pratique c'est pas facile, car il n'y a pas de nomenclature… Là ça pose vraiment un problème dans la médecine à l'acte, dans la médecine forfaitaire c'est simple parce qu'il y a un budget intégré pour les différentes disciplines… Actuellement la nomenclature d'une infirmière c'est fait pour les soins à domicile, mais pas pour les soins dans une pratique… »

« Cela commence un tout petit peu, ce n'est pas systématique et pas dans toutes les régions. Il y a une grande organisation flamande d'infirmières qui donnent des soins à domicile, qui pour le moment emploie des infirmières et offre aux MG une infirmière dans leur cabinet. Wit Gele Kruis. C'est plutôt un projet pilote. Ils font cela aussi pour des diététiciens. »

c. Les avantages du dispositif Impulseo

« Alors il y a des impulseo qui existent. C'étaient des bourses d'impulsion qui servaient à subsidier par exemple du personnel type administratif, secrétariat, etc., donc là il y avait des subsides par équivalent temps plein médecin. Trois médecins qui se mettaient ensemble pouvaient bénéficier d'un subside impulseo pour engager un secrétaire médical. »

« On a des incitants pour s'installer en zone de pénurie, ou pour avoir un secrétariat si regroupement, les fonds d'impulsion, impulseo. C'est un soutien à l'installation et à l'organisation des professionnels. »

8.4. Verbatims concernant le paysage organisationnel

a. L'analyse des besoins par les Cercles : une volonté, mais peu de moyens

« Ouais… Pas assez à mon goût, mais ce serait vraiment l'objectif d'une structure meso (…) Je leur ai demandé de se "pluri-disciplinariser", eux ils m'ont dit qu'ils n'étaient pas mandatés pour (…) Cette association n'a aucun financement, tout est bénévole. »

« Les cercles de MG dans leur statut doivent développer une politique de santé locale, mais les médecins généralistes n'ont pas les outils, parce qu'ils ne sont pas formés à la santé publique. »

b. La formation continue : un besoin d'adaptation

« C'est très disparate aussi (…) C'est encore des formations purement médicales sur les pathologies, mais pas du tout orientées vers des prises en charge fonctionnelles comme les patients âgés, les patients sans domicile, la coordination des soins. C'est une problématique qui est assez peu réfléchie au niveau universitaire et professionnel. »

« En pratique on est noyé d'offres de formation (par les hôpitaux, en ligne). Il n'y a pas de structure unique sur le territoire qui gère la formation continue. »

« En général ça reste des gens qui se regroupent par région, mais c'est très peu orienté assurance qualité. Il y a certains GLEM qui font des merveilles et d'autres qui vont au resto et qui invitent un délégué »

« Maintenant mon impression c'est que la plupart de ces formations sont un peu bidons. »

« D'ailleurs une des idées aussi est d'avoir des GLEMs interprofessionnel. Ça prendra du temps. »

c. Les missions des zones de première ligne

« … au niveau de l'organisation, je pense que ça fait entre 75 000 et 125 000 habitants, c'est à ce niveau-là que les zones de soins de première ligne vont s'organiser. Elles sont en train de démarrer. Disons qu'on est en train de négocier, que la législation est là, et maintenant les régions sont bien établies, c'est très clair comment ça va s'organiser, les gens sont en train de se mettre ensemble pour organiser et sont en train de monter des projets ensemble. Quand se sera définitif ça je ne sais pas, mais je dirai l'année prochaine quelque chose comme ça… c'est le ministre qui a vraiment décidé. Les gens qui sont sur le terrain sont invités à regarder ce dont on a besoin et comment on peut organiser ça (…) Il y aura aussi une participation des hôpitaux, qui vont être en soutien, et on va établir plus de lien pour participer avec l'hôpital local. Donc les zones de 1ere ligne, c'est plus grand, c'est plus compréhensif que les SIT…. Artefact sonore… et le trajet de soins et le RML, tout va entrer là-dedans. »

« Il existe pas mal de formations uniprofessionnelles. Un des défis sera d'organiser la formation continue interprofessionnelle, et le niveau meso va nous aider. Parce qu'évidemment c'est ça qu'il faut faire dans le futur, mais ça prendra du temps. Mais autre chose dans la formation continue, c'est qu'il faut que cela soit organisé au niveau local, car les contextes locaux sont assez différents… faire la formation continue dans le quartier de Molenbeek est un peu différent que la formation continue dans le Limburg ou la Flandre-Occidentale… C'est tout un autre contexte. Le mieux est de faire ça au niveau local, au niveau des zones de premier échelon parce que comme ça aussi, les gens qui travaillent vont apprendre à se connaître les uns les autres. Cela va améliorer la cohésion dans le secteur soignant. »

Annexe 3 : Tableaux récapitulatifs

Santé mentale et Oncologie		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils**
1 PV	Service hospitalier de chimiothérapie/**1**	Concertation Oncologique Multidisciplinaire COM / **1** Téléphone/ **1** Service d'ambulances/ **1** Association locale de transport/ **1**
2 JDM	Centre de Santé Mentale CSM/ **1** Psychologues de 1er échelon/ **1** Plateforme flamande des patients, VZW/ **1** Equipe de soins palliatifs / **1**	COM/ **2** La réforme des zones de première ligne/ **1**
3 BF	Associations d'accompagnement des patients avec pathologies psychiatriques/ **1** Les appartements supervisés/ **1**	Téléphone/ **2** Réseau informatique de partage/ **1** Ehealthbox/ **1**
4 JLB	CSM/ **2** Hôpital de jour en santé mental/ **1** Service spécialisé hospitalier : infirmière de liaison/ **2**	Téléphone/ **3** COM/ **3** Réseau informatique de partage/ **2**
5 HJ	CSM/ **3** Equipe mobile en santé mentale/ **1** Centre Public d'Action Sociale CPAS/ **1** Hospitalisation A Domicile HAD pour chimiothérapie/ **1**	Cahier de coordination au domicile/ **1** Téléphone/ **4** Réseau informatique de partage/ **3** Service d'ambulances / **2**
6 JM	Equipe mobile en santé mentale/ **2** Service spécialisé hospitalier : coordination de soins/ **3** HAD pour chimiothérapie/ **2**	Réseau informatique de partage/ **4**
7 MS	Association Eole/ **1** CSM/ **4** Service spécialisé de chimiothérapie/ **4** Maison d'accueil pour chimiothérapie/ **1**	Téléphone/ **5** COM/ **4**

Personnes âgées, aides et soins à domicile		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils**
1 PV	Centre Public d'Action Sociale/ **1** Les infirmières à domicile/ **1** La coordination de la mutualité/**1** Le case manager/ **1**	Concertation multidisciplinaire à domicile/ **1** Mail/ **1** Téléphone/ **1** Contact direct/ **1**
2 JDM	Coordinateur de soins/**2**	
3 BF	L'équipe de la maison médicale MM/ **1** La coordination de soins /**3** Les Infirmiers à domicile/ **2**	Téléphone/ **2** Contact direct/ **2**
4 JLB	L'équipe de la MM/ **2** La coordination de soins/ **4** Les Infirmiers à domicile/ **3**	Support papier au domicile/ **1** Concertation multidisciplinaire au domicile/ **2**
5 HJ	L'équipe de la MM/ **3** Coordination de soins de la mutualité/ **5** Le case manager/ **2**	Cahier de coordination au domicile/ **2**
6 JM	L'équipe de la MM/ **3** Le CPAS/ **2** La coordination de soins / **6**	
7 MS	Le CPAS/ **3** L'équipe de la MM/ **4** Les infirmiers à domicile/ **4** Le Service Intégré des Soins à Domicile/ **1**	Téléphone/ **3** Carnet de liaison/ **3** Concertation multidisciplinaire/ **3**

Diabète, maladie chronique, éducation thérapeutique		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils**
1 PV	Professionnels de santé : endocrinologue, éducateur diabète **/1** RML**/1**	Trajet de soins/1
2 JDM	La municipalité**/1** RML**/2**	
3 BF	Professionnels de la MM**/1** RML**/3**	Trajet de soins**/2**
4 JLB	Professionnels de la MM**/2** RML**/4** Plateforme de concertation MG-MS**/1**	Trajet de soins**/3**
5 HJ	Professionnels de la MM**/3** Les Services de prévention et de promotion à la santé**/1**	Trajet de soins**/4**
6 JM	Professionnels de santé : podologue, éducateur diabète **/2** RML**/5** Réseau Diabète de Bruxelles**/1**	Trajet de soins**/5**
7 MS	Professionnels de santé**/3**	Trajet de soins**/6**

Soins palliatifs à domicile		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils**
1 PV	Equipe de soutien en SP/ **1**	Téléphone / **1**
2 JDM	Le réseau de SP à domicile/ **2**	Ipad / **1** Dossier écrit à domicile/**1**
3 BF	L'infirmier au domicile et le MG/ **1** L'équipe de soutien en SP/ **3**	Téléphone/**2** Rencontre à domicile/ **1** Tentative de dossier électronique partagé/ **2**
4 JLB	L'équipe de la maison médicale/ **2** L'équipe de soutien en SP/ **4**	Téléphone/**3**
5 HJ	L'équipe de la maison médicale/ **3** La plateforme de soutien en SP/ **5**	Téléphone**/4**
6 JM	La plateforme de SP/ **6**	
7 MS	L'équipe de soins habituelle **/4** L'équipe de soutien en SP/ **7**	Carnet de liaison au domicile**/2** Téléphone**/5**

Accès aux soins		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils**
1 PV	CPAS/ **1** ONG/**1** Maison Médicale/**1**	
2 JDM	CPAS/**2** Centre de santé Intégré/**2**	AMU/ **1**
3 BF	ONG/ **2** CPAS/ **3**	AMU/ **2**
4 JLB	ONG/ **3** Maison Médicale/ **3** CPAS/ 4	AMU/ **2**
5 HJ	ONG/ **4** CPAS/ **5** Maison Médicale/ **4**	
6 JM	ONG/ **5** CPAS/ **6**	
7 MS	ONG/ **6** Maison Médicale/ **5** CPAS/ **7**	AMU/ **4**

La permanence des soins		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils/Dispositifs**
1 PV	Cercle de MG/ **1**	Garde classique/ **1** Poste de garde/ **1**
2 JDM	Cercle de MG/ **2**	Poste de garde/ **2**
3 BF	Cercle de MG/ **2**	Poste de garde/ **3** Garde classique/ **2**
4 JLB	Cercle de MG/ **4**	Poste de garde/ **4** Garde classique/ **3**
5 HJ	Cercle de MG/ **5**	Garde classique/ **4** Poste de garde/ **5**
6 JM		Poste de garde / **6**
7 MS	Cercle de MG/ **6**	Garde classique/ **5** Poste de garde/ **7**

Prévention : vaccination, suivi du nourrisson, dépistage des cancers		
Informateur	**Partenaires/Organisations**	**Outils/Dispositifs**
1 PV	Office de la Naissance et de l'Enfance/ **1** Médecins Généralistes/1 Organisation régionale de dépistage/**1**	
2 JDM	ONE/ **2** Maison de l'enfant/1	Conseil de santé
3 BF	ONE/ **3** MG/ **1** Centre Communautaire de référence/ **2** MG/ **1**	
4 JLB	ONE/ **4** MG/ **2** La médecine scolaire, le planning familial, la médecine du travail… / **1** Centre communautaire de Référence/ **3**	Plateforme E-vax
5 HJ	ONE/ **5** MG/ **3** Communauté française/ **4** MG/ **2**	Carnet de suivi du nourrsisson
6 JM	ONE/ **6** Pédiatres ou MG/ **4**	
7 MS	ONE/ **7** Pédiatres ou MG/ **5** Organisation régionale du dépistage organisé/ **5** MG/ **3**	La mammobile

La communauté des professionnels			
Informateur	**Organisations Analyse des besoins**	**Organisations Formation continue**	**Organisations Mutualisation des ressources**
1 PV	Les zones de 1ere ligne/**1** Les Cercles de MG/**1**	Les Cercles/**1** Les Hôpitaux/**1** Autres organismes/**1** Les GLEM/**1**	Wit Gele Kruis/**1**
2 JDM	Les Cercles/**2** Le care council de la zone de 1ere ligne/**2**	Les Cercles/**2** Les Universités/**1** Les GLEM/**2**	La pratique forfaitaire/**1**
3 BF	Les Cercles/**3** La fédération des MM/**1**	Le RML/**1** Les Universités/**2** Les associations scientifiques/**1** Les GLEM/**3**	Absence/**1**
4 JLB	Les Cercles/**4** La MM/**1** La fédération des MM/**2** L'observatoire de la santé/**1**	Les GLEM/**4**	Absence/**2** MM/**2** Impulseo/**1**
5 HJ	Les Cercles/**5** Les SISD/**1**	Société scientifique de MG/**2** Les Universités/**3** Les organismes privés/**2**	Impulseo/**2** MM/**3**
6 JM	La MM/**2** La Plateforme des soins primaires/**1**	Organismes de FC/**3** La FMM pour la qualité/**1**	Absence/**3**
7 MS	Les Cercles/**6**	Les Cercles/**3** Les Universités/**4** La SSMG/**3**	Absence ou informel/**4**

The meso level of outpatient care in Belgium: a qualitative descriptive approach.

Context: Meso level organizations are intended to link different actors to organize care for a defined population. They act between the macro level of care policies and the micro level of interaction with the patient. The establishment of Territorial Professionnal Health Communities (CPTS) in France is an opportunity for health professionals to participate in structuring primary care (PC) delivery.

Objective: To query the Belgian health system to identify meso level organizations and describe them by completing data with a documentary search.

Method: Qualitative descriptive study conducted by semi-structured videoconference interviews with Belgian professionals considered as experts. The interview guide covered 4 clinical vignettes and 6 PC themes. Data were analyzed and discussed collectively within the research group.

Results: 7 interviews were conducted. 5 main organizations illustrate the two "meso-clinical" and "meso-organizational" levels of the meso level. The Circle of General Practitioners (GPs) represent the GPs of a geographical area to organize out of hours care, health promotion, multidisciplinary collaboration, partnerships with hospitals, meeting with local politics. The reform of the Flemish front-line areas offer support to professionals and gives them a responsibility towards the population.

Conclusion: the projects of CPTS could be based on some experiences led in Belgium.

Delivery of health care; primary care; Belgium.

Le niveau meso des soins ambulatoires en Belgique : une approche qualitative descriptive.

Contexte : Les organisations de niveau meso sont destinées à mettre en lien différents acteurs afin d'organiser les soins pour une population définie. Elles se situent entre le niveau macro des politiques de santé et le niveau micro d'interaction avec le patient. L'instauration des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en France est l'occasion pour les professionnels de santé de participer à la structuration de l'offre en soins primaires (SP).

Objectif : Interroger le système de santé belge pour identifier des organisations de niveau meso et les décrire en complétant les données par une recherche documentaire.

Méthode : Étude qualitative descriptive menée par entretiens semi-structurés en visioconférence auprès de professionnels belges, experts. Le guide d'entretien abordait 4 vignettes cliniques et 6 thèmes des SP. Les données ont été analysées puis discutées collectivement au sein du groupe de recherche.

Résultats : 7 entretiens ont été réalisés, 5 organisations principales illustrent les deux strates « meso-clinique » et « meso-organisationnelle » du niveau meso. Le Cercle des médecins généralistes (MG) représente les MG d'une aire géographique pour organiser la garde et favoriser la promotion de la santé, la collaboration multidisciplinaire, les partenariats avec l'hôpital, la rencontre avec la politique locale. La réforme des zones de première ligne en Flandre offre un support aux professionnels et leur confère une responsabilité vis-à-vis de la population.

Conclusion : Les projets de CPTS pourraient s'appuyer sur certaines expériences menées en Belgique.

Prestations des soins de santé ; soins primaires ; Belgique

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06