

Argumentaire

**Pour un système de santé fondé
sur des soins de santé primaires**

et

**Pour le soutien au développement
de centres de santé intégrés**

Sommaire

1. Brève définition des soins de santé primaires. 3

Comme entrée en matière, quelques précisions pour tous savoir de quoi l'on parle.

2. Un système de santé basé sur des soins de santé primaires est plus efficace, plus efficient et de meilleure qualité. 4

Des arguments venant tant des organisations internationales que de la littérature scientifique émettent des conclusions en faveur des soins de santé primaires: plus efficaces, plus efficients, plus de qualité, et plus de satisfaction des patients.

3. Mais alors, pourquoi ne développe-t-on pas plus les soins de santé primaires? 10

C'est un constat: malgré tous ces arguments, beaucoup de pays ne mettent pas la priorité sur les soins primaires. Et c'est le cas de ma Belgique. Pourquoi?

4. Les missions des soins primaires sont de plus en plus importantes. 11

Une description, tirée de plusieurs références importantes, de toutes les missions des soins primaires. C'est ambitieux!

5. Les centres de santé intégrés, un mode d'organisation qui répond aux missions des soins de santé primaires. 15

Les centres de santé intégrés sont un mode d'organisation des soins primaires mis en valeur par de nombreux auteurs comme un bon moyen de répondre aux missions des soins primaires, de même qu'aux besoins des dispensateurs. Mais avec certaines conditions d'organisation, de financement et de composition.

6. Conclusion : Pour le soutien du développement de centres de santé intégrés en Belgique 23

Les maisons médicales, à nos yeux, offrent en Belgique une bonne possibilité de répondre aux missions et exigences des soins de santé primaires. Notre demande est que ces initiatives soient soutenues.

7. Bibliographie 27

1. Brève définition des soins de santé primaires.

Par soins de santé primaires, nous entendons les soins de premier niveau, c'est-à-dire le niveau du système de soins qui est la porte d'entrée dans le système de soins, qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. (Macinko 2003).

Une définition plus complète des missions des soins de santé primaires est proposée plus loin.

Il nous paraît essentiel à ce stade de s'accorder sur les mots pour disposer d'un langage commun mais aussi pour sortir de jugements de valeur mal à propos. La confusion soins de première ligne / soins de santé primaires fait partie de ces difficultés.

Si l'on observe un système de santé à partir de l'offre de services, on doit pouvoir y relever des niveaux d'offre de soins : A sa base, le niveau primaire, non segmenté, ni par âge ni par sexe ni par type de problèmes ni par organe ni par capacité financière des usagers. Ce niveau primaire est censé pourvoir répondre à 90% des problèmes de santé d'une population non sélectionnée du tout venant. Ensuite le niveau secondaire, niveau de référence, et finalement le niveau tertiaire, celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires). Ces deux derniers niveaux sont par définition spécialisés et donc segmentés.

L'autre angle d'observation est celui de la demande, du lieu où le patient prend contact avec le système et dépose son problème. Ce lieu sera la première ligne. Particulièrement dans notre pays où l'accès aux différents niveaux n'est pas échelonné et donc libre, la première ligne pourra se situer à beaucoup d'endroits, y compris dans le niveau secondaire et même tertiaire : les services d'urgence en sont un exemple, mais un « Brussels menopause center » aussi.

Le rôle des soins de santé primaires ne doit pas être défini isolément, mais en relation avec les autres constituants du système de santé. Les soins primaires et secondaires, généralistes et spécialisés, ont tous des rôles importants. Ils ne sont pas mutuellement exclusifs mais nécessaires au système. Toutefois, les avancées technologiques, l'amélioration de l'éducation et la formation, les changements de besoins liés à la transition épidémiologique, les changements sociaux et de mode de vie, accroissent les besoins de soins de santé primaires, et appellent à une organisation telle que ces soins primaires soient dans la plus grande majorité des cas la première ligne.

2. Un système de santé basé sur des soins de santé primaires est plus efficace, plus efficient et de meilleure qualité.

2.1. Le point de vue des organisations internationales.

Les soins de santé primaires sont devenus en 1978 l'une des politiques clés de l'OMS lors de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata, et de la stratégie de la « santé pour tous en l'an 2000 ». (OMS 1978)

Ainsi, entre autres, l'OMS a émis dans la « Lubljana Charter on Reforming Health Care », parmi ses principes fondamentaux, la nécessité pour les systèmes de santé européens d'être orientés vers les soins de santé primaires, et de permettre à travers ces soins primaires, d'assurer la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité de vie, la prévention et le traitement des maladies, la réhabilitation, la prise en charge des douleurs et les soins palliatifs, la participation des patients dans la prise de décision concernant leur santé, l'intégration et la continuité des soins, en tenant compte du contexte culturel spécifique. (WHO 1996)

Dans son « Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir », l'OMS encourage fortement à une importante évolution vers le modèle de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Ce rapport fait état du fait que 25 ans après la Déclaration d'Alma Ata, nombreux sont ceux qui dans le monde de la santé, estiment essentiel de privilégier les soins de santé primaires pour une progression équitable de la santé. L'OMS considère que les soins de santé primaires couvrent des principes-clés, dont : l'accès universel aux soins, la couverture en fonction des besoins, l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé, l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

Citons : « Pour dispenser les soins complets vers lesquels tend un tel système, il faut intervenir à tous les stades de la lutte contre la maladie. Si l'on veut s'attaquer à la charge croissante de maladies chroniques, tant transmissibles que non transmissibles, il faut promouvoir la santé en amont et prévenir la maladie dans la communauté tout en traitant la maladie en aval au sein des services de santé. (...) L'expérience justifie l'utilisation de modèles intégrés pour mettre en œuvre les principes des soins de santé primaires, en montrant qu'ils réduisent les coûts des soins de santé, abaissent l'usage des services de soins et améliorent l'état général de santé. »

Et encore : « L'expérience montre que les meilleurs résultats sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de services de soins de santé primaires intégrés et efficaces, probablement parce qu'ils permettent d'assurer des services longitudinaux plus complets et coordonnés ».

L'« OECD Economic surveys - Belgium 2005 » (OECD 2005), après analyse de la situation belge en matière de santé, émet ces recommandations :

- “the government should strongly encourage patients to consult their general practitioner first as a general rule (except for emergencies) by not reimbursing medical expenses for patients not referred by their GP (gatekeeper)
- in order to arrive at a more integrated approach towards the treatment of patients with a chronic disease or need a long term care, the government should not only promote

the role of the general practitioner as a gate keeper, but also provide them with technical support in the form of a best practice guidelines for the treatment of specific chronic diseases.”

L’OCDE mentionne également l’absence d’échelonnement en Belgique, qui conduit à une utilisation inadéquate des ressources médicales par les patients. Il reconnaît une tentative actuelle d’augmenter les incitants à passer par le médecin généraliste, mais ne la trouve actuellement pas suffisamment forte. Il ajoute qu’une augmentation de la responsabilité des généralistes par l’ajout du rôle de « gate keeper », induit par l’échelonnement, doit être rétribué. La nécessité d’un système intégré de soins de santé est explicitée, avec un rôle pivot pour le généraliste. Outre ce rôle de gate keeper, le rôle de coordination des processus de soins à long terme, et le fait d’être la première source de contact pour le patient et sa famille, sont aussi reconnus. Par l’exemple de l’octroi de guidelines adéquats, l’OCDE cite la nécessité pour le système de donner aux généralistes les moyens nécessaires pour assurer leur rôle grandissant.

Au sujet du financement des soins de santé primaires, nous citerons encore ce rapport de l’OCDE (OECD 2005), qui offre un bon résumé de ce qui se passe en Belgique : « Physicians in Belgium are paid on fee-for-service basis. This payment system is known to give physicians an incentive to inflate volumes by providing unnecessary services and prescriptions.(...) A fee-for service payment system for providers, combined with no controls on the services actually delivered, may result in high rates of unnecessary service utilisation and rising expenditures. A capitation payment system may induce physicians to under-serve their patients, to increase the rates of referrals, or to select people with fewer health risks (“cream-skimming”). In response to the shortcomings of both payment systems, some countries have moved towards more complicated payment systems that combine a fixed component (either capitation payment or salary) with fee-for-service payments for specific interventions.”

Lors de la conférence informelle de l’**Union Européenne** “Shaping the EU Health community”, à Den Haag les 7-9 septembre 2004, pas moins de 440 experts en soins de santé, provenant des 25 états membres de l’union européenne, se sont réunis pour émettre ensemble des recommandations qui ont été exprimées aux ministres de la santé des pays concernés. Parmi ces recommandations, il était question de la haute priorité des soins de santé primaires et de la santé publique dans le développement des systèmes de santé. Il était aussi fait état de la nécessité de postposer le plus possible la dépendance des personnes âgées, par la promotion de la santé et le maintien autant que possible de la santé, ce qui nous semble bien être des missions qui peuvent le mieux, au sein du système de soins, être prises en charge par des soins de santé de premier niveau. (Van Bennekom 2004)

2.2. Les preuves dans la littérature scientifique.

Si l'on recherche de l'évidence dans la littérature scientifique internationale¹, on peut aussi trouver des arguments objectifs en faveur du développement des soins de santé primaires.

Starfield et Shi (Starfield 2002) ont classifié 13 pays industrialisés de plus de 5 millions d'habitants, d'après le niveau d'importance accordé aux soins de santé primaires dans leur système de santé, et les ont comparés pour des indicateurs de la santé de la population, ainsi que pour le coût des services de santé. Les auteurs ont pu observer que plus le système a une forte orientation vers des soins primaires, plus les coûts de l'ensemble des services de soins de santé sont bas. L'impact d'une orientation en faveur des soins primaires est aussi positif sur divers indicateurs de santé de la population, et ce particulièrement dans les premières années de vie de la population. Un impact positif se marque également pour les personnes âgées, mais sera plus sensible à l'importance du financement global du système de santé et de la coordination entre première et deuxième ligne, qui doivent permettre des références efficaces aux services spécialisés et plus techniques en cas de besoin. Parmi les 15 caractéristiques utilisées pour donner un score aux pays étudiés, il ressort que 3 caractéristiques liées au système de santé et deux caractéristiques liées aux pratiques de soins primaires, distinguent plus particulièrement les pays les moins performants en termes de SSP des deux autres groupes de pays (moyennement performants ou très performants). Les caractéristiques liées au système sont : la distribution équitable des ressources, une couverture assurantielle universelle, et une participation financière personnelle directe faible ; les caractéristiques liées aux pratiques de soins primaires sont l'offre de services globaux et intégrés (« comprehensive primary care services »), et orientés sur les familles. D'après Starfield et Shi, une réforme du système de santé qui, en plus d'accorder une importance plus grande aux SSP, se pencherait en priorité sur ces caractéristiques, devrait contribuer à une meilleure santé globale, et à un moindre coût.

Une étude similaire réalisée sur 10 pays en 1991 (Starfield 1991), concluait également à un impact positif de soins primaires développés. Il y était en outre indiqué que les résultats des services de soins de santé sont aussi influencés par la présence et la performance d'autres services sociaux, et d'un système d'éducation publique adéquat.

D'après ces deux études, la Belgique se situe parmi les pays les moins bien cotés pour la place laissée aux soins de santé primaires.

Toujours d'après Starfield (Starfield 2005), le nombre de médecins généralistes en activité influence positivement les indicateurs de santé, alors qu'une fois dépassé un certain seuil, le nombre croissant de spécialistes a un effet négatif. Les soins de santé primaires améliorent aussi l'équité des services de santé. Un système de santé fondé sur des soins de santé primaires soutenus serait donc plus équitable, plus efficace et plus efficient.

D'après Mme Starfield, les acteurs de SSP permettent une prise en charge adéquate des demandes de première ligne, avec une référence après évaluation de la nécessité, par opposition aux spécialistes dont le métier est de rechercher « les zèbres parmi les chevaux ». Les acteurs de soins primaires permettent donc de limiter les examens techniques inutiles. Les soins de santé primaires permettent aussi une approche globale des différentes co-morbidités

¹ La recherche bibliographique dans la littérature internationale n'a pas été exhaustive. Vous trouverez ce type de revue systématique de littérature dans le rapport du Health Evidence Network (HEN 2004), ainsi que dans le rapport du Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad 2004).

présentées par les patients, en prenant en compte les particularités sociales, familiales, psychologiques, culturelles de la personne. Les spécialistes ont pour fonction de se focaliser sur des pathologies liées à des sphères précises de la médecine et de bien les maîtriser. Si les deux métiers sont complémentaires, les patients ont énormément besoin de la fonction de synthèse et de suivi des généralistes. Enfin, les soins de santé primaires sont les mieux placés pour être des observatoires de la santé globale de la population, et pour déterminer les besoins les plus fréquents et les plus importants.

Macinko et al. (Macinko 2003) ont également étudié les données de l'OCDE de 1980 à 1998 pour étudier la contribution des soins de santé primaires sur des indicateurs de santé. Ils ont donc comparé 18 pays membres de l'OCDE, et les ont classés selon une échelle spécifique, pour l'importance des soins de santé primaires dans leurs systèmes de santé respectifs.

Les auteurs se basent sur certains principes déjà démontrés dans la littérature. Ainsi, d'après eux, les pays caractérisés par un système plus orienté vers les soins primaires ont des résultats plus équitables en matière de santé que les systèmes plus orientés vers les soins spécialisés, parce que les soins primaires sont supposés être à la fois moins chers pour les individus et plus performants en termes de coûts-efficacité pour la société, et qu'ainsi, ils permettent la libération de moyens à réaffecter aux besoins des plus démunis. En outre, toujours en se basant sur d'autres auteurs, Macinko et al. posent le postulat que des soins de santé primaires soutenus vont améliorer les services préventifs, les références, la coordination, la continuité des soins, et réduire les effets des inégalités sociales sur la santé.

Leur étude leur permet d'observer que l'importance accordée aux soins de santé primaires est inversement associée à la mortalité toutes causes confondues, à la mortalité prématurée pour asthme, bronchite, emphysème, pneumonie, pathologie cardio-vasculaire et maladie cardiaque. L'auteur conclut qu'un système de soins primaires solide et des caractéristiques de pratique telles que la régulation géographique de l'offre, la continuité, la coordination, l'orientation vers la communauté, sont associés avec une meilleure santé de la population.

Les auteurs observent également que au fil de toutes ces années, peu de pays ont amélioré les bases essentielles de leur système de soins primaires, et cela s'avère vrai pour la Belgique, qui garde depuis 1980 le même score, parmi les plus bas.

Dans un éditorial de l'*American Family Physician*, **RL Phillips** (Phillips 2004) fait état de différentes études réalisées pour évaluer l'impact de soins de santé primaires soutenus. Il décrit, je cite:

“More than two decades of accumulated evidence reveals that having a primary care-based health system matters. People and countries with adequate access to primary care realize a number of health and economic benefits, including the following:

Evidence of Effectiveness

- *Reduced all-cause mortality and mortality caused by cardiovascular and pulmonary diseases*
- *Less use of emergency departments and hospitals*
- *Better preventive care*
- *Better detection of breast cancer, and reduced incidence and mortality caused by colon and cervical cancer*

Evidence of Efficiency

- *Fewer tests, higher patient satisfaction, less medication use, and lower care-related costs*

Evidence of Equity

- *Reduced health disparities, particularly for areas with the highest income inequality, including improved vision, more complete immunization, better blood pressure control, and better oral health.*”

Le **Health Evidence Network** (HEN), un service de l’OMS Europe, a publié un rapport de synthèse d’une recherche bibliographique étendue (plus de 100 références) au sujet des avantages et inconvénients d’une réforme du système de santé pour une meilleure orientation vers des services de santé primaire (HEN 2004). Entre autres informations, on peut y trouver que l’importance des soins de santé primaires dans un pays est corrélée avec de meilleurs résultats pour les indicateurs de santé (morbidité et mortalité). De plus, une plus grande disponibilité de soins de santé primaires est associée avec une plus grande satisfaction des patients, et des dépenses de santé globales réduites, un meilleur accès aux soins et une plus grande équité. Il est démontré qu’une orientation vers un système basé sur la médecine spécialisée renforce l’inéquité d’accès. Un meilleur accès aux soins primaires, et le fait qu’ils jouent un rôle de « gate keeping », résultent en une diminution des recours aux hospitalisations, aux services spécialisés et aux services d’urgence, et ont diminué les risques pour les patients d’être soumis à des interventions inappropriées. Par opposition, lorsque l’accès direct au spécialiste est possible sans mécanisme de contrôle par les soins primaires, la qualité des soins, mesurée comme l’offre de soins appropriés, diminue, et les coûts augmentent. Il semblerait même que l’augmentation de l’offre de services de soins primaires peut réduire la demande de soins hospitaliers, orientés vers la médecine spécialisée et coûteux. Au niveau opérationnel, le passage de certains services de la médecine spécialisée vers la médecine générale et des soins de deuxième ligne vers les soins primaires est possible, et il a été démontré que cela induit un meilleur rapport coût-efficacité, sans effets négatifs sur la qualité des soins ou au niveau des résultats pour la santé des patients. De plus, les généralistes ont plus tendance à offrir des soins continus et intégrés que les spécialistes, services qui améliorent les indicateurs de santé. La substitution de certains services de la deuxième ligne vers les services de soins primaires ne réduit pourtant pas toujours les coûts, parce que ce changement va permettre la réponse à des besoins non encore rencontrés, améliorer l’accès aux soins, et tend donc à augmenter l’utilisation de ces services.

Le rapport « European Primary care », édité par le Gezondheidsraad néerlandais en 2004 (Gezondheidsraad 2004) fait aussi état d’une longue recherche bibliographique qui montre les plus grandes efficacité et efficience des systèmes de santé basés sur des soins primaires soutenus. Il souligne également que les coûts des services de santé sont moindres dans les pays où les soins de santé primaires sont financés au forfait à la capitation, par l’enregistrement de patients auprès des généralistes. De même la prévention et la santé communautaire ont de meilleures couvertures lorsque le paiement est à la capitation².

² D’après nous, ce qui explique cette meilleure couverture, c’est non seulement le financement particulier, mais aussi le fait qu’il induit l’inscription qui permet la détermination d’une population dont le service a la responsabilité pour ces activités. Cette détermination de la population permet également une plus grande autoévaluation des actions menées

2.3. La satisfaction des patients.

La même étude du Health Evidence Network (HEN 2004) rapporte que, excepté le Royaume Uni (exception probablement pour des raisons de trop faible budget global alloué au système de santé), le niveau de satisfaction est plus élevé dans les pays qui présentent des soins de santé primaires importants. Ainsi, le Danemark présente d'après une étude européenne le meilleur taux de satisfaction de la population au sujet des soins de santé, satisfaction attribuée à la grande accessibilité des soins de santé primaires délivrés dans ce pays. Mais la satisfaction des patients est aussi dépendante du type de services offerts par les soins de santé primaires : mode de délivrance des soins, accessibilité en dehors des heures de bureau, médecin traitant identifié, continuité, prévention.

Une enquête réalisée par Test santé (Test santé 2000) auprès d'un échantillon représentatif de la population belge, apporte comme informations, que

- 95% des personnes ont déjà un médecin traitant, et 75% le même depuis plus de 5 ans. Parmi les 5% sans généraliste attiré, plus de la moitié seraient prêts à se limiter à un seul généraliste, soit spontanément, soit s'il y a un incitant financier. Le fait de devoir signer un document officiel désignant ce généraliste fait moins l'unanimité, néanmoins 67% n'y voient pas d'oppositions majeure puisque 49,5% le feraient spontanément et 17,5% s'il y a un avantage financier.
- 90% des personnes interrogées sont favorables à un dossier médical centralisé, et parmi eux 92% trouvent que c'est le généraliste qui doit être le détenteur de cette tâche. 87% trouvent que les spécialistes devraient être obligé d'envoyer les résultats et rapports d'examen au généraliste détenteur du dossier. (à l'époque le DMG n'était pas encore généralisé)
- L'échelonnement, comme prévisible, obtient moins d'adhésion. Toutefois, un certain nombre de patients retourneraient chez le généraliste pour le premier contact s'il y avait un avantage financier à le faire. On doit remarquer dans les commentaires de cette enquête, le manque de connaissances de la population quant aux activités tant curatives que préventives qui peuvent être avantageusement réalisées en médecine générale.

Ces informations montrent bien que pour la population aussi, le généraliste, acteur central des soins de santé primaires, est très important. Ce n'est donc pas de là que doivent s'expliquer des résistances au développement de soins de santé primaires comme base et fondement du service à la population en matière de soins de santé.

D'après le même article faisant état d'une enquête auprès de généralistes, ceux-ci considèrent l'inscription de tous les patients chez un médecin de leur choix comme une priorité pour la réorganisation des soins de première ligne. Ce qui signifierait que l'opinion de beaucoup de généralistes ne correspond pas à ce que certaines voix dans la profession veulent laisser entendre.

3. Mais alors, pourquoi ne développe-t-on pas plus les soins de santé primaires?

C'est la question que se pose le Health Evidence Network (HEN 2004) : malgré l'amoncellement de preuves en faveur des soins de santé primaires, l'allocation des ressources, dans la majorité des pays, favorise toujours les hôpitaux et les soins spécialisés.

Cela s'expliquerait en partie, d'après ce rapport (HEN 2004), par la perception de ce que sont les soins de santé primaires, de ce qu'ils ont à offrir : les décideurs politiques, tout comme beaucoup de professionnels de la santé, les voient comme une activité de bas niveau, avec un effet faible sur la mortalité et la morbidité, et comme ayant surtout un rôle de triage pour l'accès aux hôpitaux, plutôt que de considérer leur contribution effective et positive au gain de santé.

Cette inefficience dans l'allocation des ressources a pourtant des implications pour l'équité et l'efficacité des services. Cela pourrait expliquer pourquoi la dépense publique croissante pour le système de soins n'améliore ni l'équité d'accès ni les résultats de façon proportionnelle, et a moins d'impact sur le statut moyen de santé que ce qui pourrait être attendu. Il semble donc que les politiques, les professionnels de la santé, et la population, doivent encore être mieux informés sur le concept de soins primaires et sur les bénéfices qu'ils peuvent apporter.

En Belgique, les soins de première ligne et la médecine générale qui en est le pivot sont en crise depuis plusieurs dizaines d'années. Ces métiers du social et de la santé, pourtant fondamentaux, font l'objet d'un désamour tant des professionnels que des pouvoirs publics : conditionnement de la formation, absorption de l'ensemble des soins par les deuxième et troisième niveaux, (hôpitaux et services universitaires), faible intérêt politique souligné dans plusieurs études internationales, attributions financières dérisoires pour les missions imparties théoriquement aux soins primaires.

Nous faisons le constat de l'existence en Belgique de modèles multiples de dispensation des soins primaires. Sans orientations clairement définies par la politique, les dispensateurs individuels ou collectifs poursuivront chacun, c'est logique et compréhensible, leurs propres objectifs. Ces modèles peuvent soit converger si on les organise dans ce sens, soit camper sur des positions inconciliables.

Faute de ces choix, nous craignons que le secteur « ambulatoire » général ne se trouve confiné à remplir par défaut les tâches abandonnées par le secteur hospitalier ; les services de proximité se tariront et les soins à domicile se structureront uniquement par rapport à la gestion des flux à l'hôpital. En terme quantitatif, sur le plan financier, on assisterait à l'accroissement de la tendance inflatoire actuelle, et en terme qualitatif, sur le plan humain, on hypothèquerait la prise en compte des individus dans leur globalité et l'humanisation des structures de soins.

L'OMS, dans son Rapport sur la santé dans le monde 2003, déclare que si la qualité des soins dépend dans une certaine mesure des caractéristiques individuelles du personnel soignant, les niveaux de performance sont bien davantage fonction de l'organisation du système de soins de santé où s'effectue le travail. Pour l'OMS, reconnaître que la qualité des soins de santé est essentiellement liée au système est le premier pas vers l'amélioration tant du déroulement que des issues des soins de santé.

4. Les missions des soins primaires sont de plus en plus importantes.

Le nombre et la richesse des fonctions à réaliser par les soins de santé primaires n'ont fait qu'augmenter avec les années. Nous citerons les ambitions de plusieurs auteurs ou instances internationales.

Le **Health Evidence Network** (HEN 2004) propose, sur base de la littérature, une définition des soins de santé à multiples facettes très intéressante. Ainsi, les soins de santé primaires sont considérés comme « une stratégie pour intégrer tous les aspects des services de santé ».

Les soins primaires sont vus comme faisant partie intégrante, permanente, omniprésente du système de soins de santé, ou comme le moyen par lequel les deux objectifs d'un système de soins de santé, c'est-à-dire l'optimisation de la santé et l'équité dans la distribution des ressources, sont mis en équilibre. Les soins primaires prennent en charge les problèmes les plus fréquents rencontrés dans la communauté, en proposant des services préventifs, curatifs, et de réhabilitation, pour maximaliser la santé et le bien-être. Ils intègrent les soins quand plusieurs problèmes de santé se présentent, tiennent compte du contexte dans lequel la maladie se développe, et influencent les réactions des populations face à leurs problèmes de santé. Ils organisent et rationalisent le déploiement des ressources, tant de base que spécialisées, orientées vers la promotion, le maintien et l'amélioration de la santé.

Les soins de santé primaires, en tant que niveau dans le système de soins de santé, sont le lieu de premier contact des individus avec le système de santé, et le lieu où 90% de leurs problèmes pourront être résolus ou pris en charge. Comme stratégie, les soins de santé primaires comprennent les notions d'accessibilité aux soins, sont pertinents pour les besoins de la population, fonctionnellement intégrés, basés sur la participation communautaire, ont un bon rapport coût-efficacité, et sont caractérisés par une collaboration entre différents secteurs de la société. Comme philosophie, les soins primaires soutiennent une offre équitable des soins, avec une référence particulière à la collaboration intersectorielle.

Toujours d'après ce rapport, il s'agit bien de parler de soins de santé primaires globaux et intégrés (par opposition à des soins de santé primaires sélectifs, qui se sont vus principalement dans les pays en développement, et qui sont fortement critiqués), comprenant un large panel d'activités telles que l'éducation à la santé, la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs et de réhabilitation, et les soins palliatifs. Les soins de santé primaires sont souvent considérés comme réduits à un rôle de « gate keeping ». Pourtant, ils jouent un rôle plus fondamental : il s'agit d'un processus-clé dans le système de soins. C'est le premier contact, la ligne de front, les soins globaux, continus et coordonnés. Les soins de premier contact sont accessibles au moment où ils sont nécessaires, les soins continus s'adressent à la santé à long terme des individus et non au court terme de leur maladie, les soins globaux et intégrés proposent une série de services appropriés pour les problèmes fréquents dans la population au niveau de la première ligne, et la coordination est le rôle par lequel les niveau primaires peut se coordonner avec d'autres services et les niveau de soins spécialisés dont le patient a besoin.

Macinko et al. (Macinko 2003) utilisent 10 critères pour déterminer l'importance accordée aux soins de santé primaires dans les systèmes de santé des pays étudiés. Parmi ces 10 critères, 6 caractéristiques leur paraissent, après l'analyse, être particulièrement importantes pour un système de soins primaires: le premier contact de soins (« first contact ») indique si les SSP sont la porte d'entrée des patients dans le système de soins, la coordination (« coordination ») indique la capacité pour les acteurs des soins primaires de coordonner l'utilisation des autres niveaux de soins, des soins intégrés (« comprehensive care ») qui

intègrent les services curatif, préventif et de réhabilitation, la continuité (« longitudinality ») qui permet la prise en charge centrée sur le patient en continuité dans le temps, et enfin les soins orientés sur la famille et la communauté (« community-based care »), avec prise en compte du contexte social et familial, nécessaire pour tenir compte des multiples causes de problèmes de santé. Les 4 autres critères utilisés étaient la régulation géographique de l'offre des services, la source de financement du système de santé, la spécialité des médecins de première ligne (généralistes ou spécialistes) et l'accessibilité aux soins.

Le « **Rapport sur la santé dans le Monde 2003 - Façonner l'avenir** » de l'OMS (OMS 2003) décrit ceci :

« Un système de santé basé sur les soins de santé primaires:

- s'appuie sur les principes d'équité, d'accès universel, de participation communautaire et d'approches intersectorielles exposés à Alma-Ata;
- tient compte de questions générales en rapport avec la santé des populations, en prenant en compte et en renforçant les fonctions liées à la santé publique;
- crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes de déshérités et d'exclus;
- organise des soins intégrés et homogènes qui associent la prévention, les soins aigus et les soins chroniques à tous les niveaux du système de santé;
- évolue en permanence et cherche constamment à améliorer la performance. »

Ce rapport ajoute que le système doit également créer un environnement favorable à un apprentissage efficace en équipe pour l'amélioration de la qualité.

La déclaration d'Alma-Ata, quant à elle, insiste aussi sur l'importance d'une participation communautaire pour la définition des objectifs de santé et l'exécution des stratégies.

A la lecture du **rapport « European Primary care »** (Gezondheidsraad 2004), qui se base, lui aussi sur une solide recherche bibliographique, on peut trouver, comme caractéristiques des soins de santé primaires :

- un service généraliste,
- multidisciplinaire, et en coordination, avec médecine générale, soins infirmiers, service de soutien, santé mentale non spécialisée, aide sociale, kinésithérapie, pharmacie,
- orienté vers les patients à leur domicile, le plus proche possible du lieu de vie des patients, et si nécessaire, à domicile,
- offrant des soins curatifs, préventifs, de promotion de la santé, palliatifs, de santé occupationnelle, et urgents,
- en coordination avec la deuxième ligne,
- avec et en encourageant la participation du patient (en termes d'autonomisation, « self care »),
- offrant une grande accessibilité, en termes de types de pathologies, de populations, d'horaires, et financière,
- en assurant la permanence des soins, avec une capacité à gérer les urgences,
- en continuité, avec un regard sur la santé à long terme, la guidance et les initiatives préventives,
- assumant des activités de prévention et promotion de la santé proactives et orientées tant sur les individus que sur des groupes de population, (santé communautaire)
- avec responsabilité et transparence

- capable de recevoir, diagnostiquer, référer et traiter la plupart des problèmes de santé qui se présentent. Ainsi, le nombre de patients susceptibles d'avoir besoin d'un recours à la médecine spécialisée devrait rester assez limité,
- assumant un rôle de gate keeping, qui semble être un déterminant clé de l'efficacité du système de soins,
- un rôle de coordination et de guidance des patients dans un système de soins de plus en plus complexe,
- un rôle d'observatoire de la santé, par le recueil électronique de données de santé, tant en médecine que dans les autres disciplines,
- avec une prise en charge intégrée et globale des patients dans leur milieu de vie sociale et familiale,
- développant la médecine basée sur les preuves (tant pour les professions médicales que paramédicales), avec l'aide de guidelines multidisciplinaires, centrés sur le patient, intégrant plusieurs niveaux de soins,
- développant un lien avec la santé publique et avec la santé au travail

Les fonctions citées par le rapport du Gezondheidsraad comme communément retrouvées à réaliser au niveau des soins primaires sont :

- la clarification de la demande des patients
- la gestion des demandes : identification de la demande et de la pertinence d'y répondre par des soins de santé,
- l'information et le support à l'autonomisation du patient pour sa santé
- le diagnostic
- le traitement
- la gestion de pathologies chroniques ou liées à l'âge
- la reconnaissance de ses limites de compétences et utilisation de l'expertise des spécialistes
- la fonction de nursing
- la prévention
- la navigation, coordination, continuité, à travers un système de soins complexe

Le Health Evidence Network, (HEN) quant à lui, ajoute que si la médecine générale fait partie intégrante des soins primaires, les termes ne sont pas synonymes. Le rôle du généraliste donne une indication de l'étendue des services de soins primaires. Le généraliste est, dans les pays occidentaux, le seul clinicien qui prend en charge les 9 aspects des soins ; prévention, détection, diagnostic précoce, diagnostic, suivi de la maladie, prise en charge des complications de la maladie, réhabilitation, soins palliatifs et conseil. Nous ajouterions promotion de la santé.

En fait, la capacité des soins primaires en Europe devra prendre en compte le nombre grandissant de personnes âgées, de pathologies chroniques, de personnes nécessitant des soins complexes et des soins à domicile, ainsi que les besoins en prévention et promotion de la santé. La prise en charge de patients complexes nécessite une approche programmatique, multidisciplinaire, intégrée, sur base de guidelines evidence-based, où les soins primaires gardent un rôle important. De plus, il est fondamental, et de plus en plus souvent évoqué, d'encourager l'autonomie des patients et de soutenir leur capacité à résoudre ou prendre en charge leurs problèmes eux-mêmes, de même que de permettre le développement du soutien par les proches. Une planification des missions des services de soins primaires doit être

établie, sur plusieurs années, avec une allocation de ressources en adéquation avec les missions assignées.

Pour finir, la recherche est encore très nécessaire, et notamment (c'est ce qui nous occupe ici), sur les déterminants d'un succès opérationnel des soins de santé primaires et des équipes.

Car il nous semble de plus en plus évident que toutes ces missions ne peuvent pas être rencontrées par des individus seuls, même coordonnés de façon plus ou moins formelle avec d'autres acteurs. Pour le Gezondheidsraad néerlandais comme pour d'autres auteurs, le travail en équipe semble devenir incontournable.

5. Les centres de santé intégrés, un mode d'organisation qui répond aux missions des soins de santé primaires.

Peu de publications se penchent sur la question de la meilleure organisation des soins de santé primaires : solo ou groupe ? Mono, en réseau, multidisciplinaires ?

On peut toutefois constater que les pays cités par **Starfield** (Starfield 2005, Starfield 2002) comme étant de « highest primary care » (Danemark, Finlande, Pays-Bas, Espagne, UK) sont tous organisés en pratiques de groupe. Par contre, les pays cités comme « lowest primary care » (Belgique, France, Allemagne, USA) le sont tous majoritairement en pratique solo.

D'après **Roland et al.** (Roland 2002), il n'y a sans doute pas un type de pratique qui garantit de manière univoque la qualité des soins. Pourtant, certaines publications soulignent l'importance du travail en équipe comme facteur favorisant le développement continu de la qualité. (Schattner 2001 ; Hall 1999). Il est également évoqué par certains auteurs (Baker 1995, Stevenson 2001), que le travail en petites équipes fonctionnelles pluridisciplinaires structurées est en corrélation avec certains indicateurs de qualité des résultats, comme la satisfaction des patients, ou l'amélioration de la qualité dans le suivi des patients diabétiques. Certaines conditions de structures ou de processus au niveau même des pratiques peuvent sans doute favoriser la réalisation de critères de qualité spécifiques aux soins primaires. Plusieurs études ont abordé la question de ces conditions de la pratique, nous ne les citerons pas toutes ici, mais notamment : la mise sur pied de plans de soins systématiques, une attitude positive pour l'évaluation, la remise aux patients de documents de conseil santé, la compétence d'un accueil/secrétariat, un petit nombre de patients par médecin, l'amélioration des procédures au travers d'un responsable coordinateur, la mise en place de petits projets d'assurance de qualité, etc. Nous pensons que plusieurs de ces situations ou changements de pratiques évoqués par ces nombreuses études sont plus faciles à réaliser dans une pratique de groupe que dans une pratique solo. De plus, la pratique de groupe est probablement plus vulnérable à l'amélioration des services et de la qualité par des mesures d'incitation positive.

Dans leur livre « Pour une politique de la santé » (**Germ** 1971), Galand, Mercenier et Vandebussche évoquent le centre de santé intégré comme intégrant les différentes fonctions primaires dans une structure de base unique. La structure interdisciplinaire et les possibilités d'action du centre garantiraient au patient que son problème de santé soit pris en charge in toto, qu'un accent prioritaire soit mis sur l'aspect d'information, d'éducation, de participation du patient à sa guérison. Ces centres permettraient un maximum de souplesse pour s'adapter à la diversité des situations locales, et diminuerait la dispersion, l'incoordination, la confusion des malades dans le labyrinthe des services médico-sociaux de tout bord. Des conditions de réalisation seraient le dossier médical global et unique, et l'implantation dans une zone géographique définie, permettant une stabilité de la relation avec les patients et avec la population. Ce système permettrait à l'équipe de connaître ceux dont elle a la responsabilité. Tant les travailleurs que la population concernée, devraient être associés à la gestion du centre, parce que concernés et 'experts', dans le service à offrir, les besoins et les demandes. Les activités de ces centres sont bien sûr intégrées : curatives, préventives, éducatives, de réhabilitation. Ces recommandations ont été appliquées par la mise en place, volontariste et associative, des maisons médicales en Belgique.

Le **Health Evidence Network** (HEN 2004), dans sa définition des soins de santé primaires, réserve une rubrique à la définition des équipes de soins primaires. Pour eux, dans les pays

industrialisés, l'équipe de base de soins primaires est composée de médecins généralistes, acteurs de santé communautaire, infirmières, assistants sociaux, kinésithérapeutes et staff administratif. Peuvent s'ajouter : dentiste, service de santé mentale, gériatre, médecine scolaire, sage-femme, diététicien, ophtalmologue, opticien, coordinateur de la pratique, accueillant, secrétaire, visiteur, aide à domicile, pharmacien.

Dans son **rapport « European primary care »** (Gezondheidsraad 2004), le Conseil de la santé néerlandais émet entre autres recommandations, que les services de santé primaires soient organisés en équipes pluridisciplinaires, composées (si on s'adapte à la dénomination des professions en Belgique) de médecins généralistes, d'infirmières, d'aides soignantes, d'aides familiales, de kinésithérapeutes, de pharmaciens, de sages-femmes, de dentistes, d'un service de santé mentale (infirmière psychiatrique, psychologue), d'assistants sociaux. Ils rappellent aussi la nécessité de subsidiarité et de définition des tâches de chacun, ainsi que l'importance de désigner un thérapeute de référence pour chaque patient, selon le problème qu'il présente.

D'après les auteurs, les fonctions de base devraient être la médecine générale, les soins infirmiers et de soutien, la kinésithérapie, la pharmacie, puis l'aide sociale et la santé mentale, ainsi que des fonctions de prévention et éducation à la santé, en lien avec la santé publique. La façon dont ces fonctions sont remplies pourrait varier en fonction de besoins et spécificités locales. Des procédures de prise en charge peuvent être mises en place, l'accent doit être mis sur l'intégration des différentes fonctions autour de patients complexes.

Il recommandent encore la détermination d'une population dont l'équipe de soins primaires a la responsabilité, ce qui permet des démarches proactives de prévention et de promotion de la santé, une prise en charge particulière de problèmes communs à une population locale, la continuité des soins, une meilleure coordination, le rôle d'observatoire de la santé, et l'évaluation scientifique. Les auteurs mentionnent également le droit à la liberté de choix du patient, en termes de choix de l'équipe et de choix des thérapeutes au sein de l'équipe, qui devrait comporter plusieurs personnes pour chaque discipline.

Ils ajoutent encore que plus des professionnels des soins sont libérés des charges administratives, plus ils peuvent se concentrer sur leurs tâches fondamentales. Il sera donc important de distinguer les activités de gestion (administrative) de celles de l'offre de soins.

Enfin, ils s'expriment en faveur du développement d'un système de financement qui permette aux soins de santé primaires de rencontrer les besoins dans le futur. D'après eux, dans un contexte où la tendance est à la régulation par le marché, il est important de considérer à quel point des initiatives planifiées pourront promouvoir des soins de santé accessibles, centrés sur le patient, basés sur l'évidence, efficaces et efficients. Des incitants financiers pour les professionnels de soins en fonction de la prise en compte de ces critères, sont plus efficaces et médicalement préférables à des incitants financiers visant les patients. Un « targeted funding » devrait être envisagé pour la recherche scientifique directement en lien avec les soins primaires et la promotion de la qualité, avec accent mis sur la coopération internationale. Une recherche prospective comparative devrait être conduite pour évaluer l'efficacité de différentes méthodes de financement et de rémunération des travailleurs pour la promotion de la qualité, la cohérence, l'accessibilité, l'efficience et le maintien des soins primaires.

Selon **Roland et al.** (Roland 2002), un avantage assez évident de la pratique de groupe est la satisfaction qu'y voient les dispensateurs qui appartiennent à une équipe, qui y trouvent

matière à réflexion, à confrontation et à discussion, ainsi qu'une prévention reconnue efficace du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) au travers du plus grand support social et des plus grandes facilités de formation continue. (Roland 2002)

Ces avantages sont repris par **une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes par le CUMG de l'UCL** (Cerexhe 2004) au sujet de leur conception du travail pluridisciplinaire. Cette étude a permis d'observer qu'une pratique de médecine générale en milieu pluridisciplinaire (non maisons médicales) est déclarée par un nombre non négligeable de praticiens interrogés, et particulièrement des femmes. Les motivations exprimées sont : l'amélioration de la qualité des soins, l'enrichissement des compétences du médecin généraliste au contact d'autres confrères ou professionnels différents, un bénéfice pour la qualité de vie personnelle et familiale, l'intérêt de se trouver moins angoissé, moins stressé et en situation permanente plus confortable, la convivialité, la valorisation d'autres professions, et la diminution de coûts.

Les projets de nombreux de ces généralistes sont de renforcer les collaborations déjà existantes en augmentant les projets communs. Les souhaits émis par les généralistes interrogés ont notamment été le renforcement ou l'élargissement de la collaboration privilégiée, (notamment par des réunions formalisées) reconnue et soutenue par des moyens logistiques et financiers. On peut remarquer que si ces collaborations sont soit en un lieu géographique unique, soit en réseau, les demandes convergent vers le partage de projets communs, les rencontres formalisées organisées, les liens étroits, caractéristiques de l'interdisciplinarité favorisée par le travail en centre de santé pluridisciplinaire.

Les auteurs de cette étude font également remarquer que « lorsque les médecins généralistes, et particulièrement (mais pas seulement) les femmes, évoquent leurs projets, leurs motivations, les avantages à travailler en groupe, c'est en tenant compte des obligations multiples liées à la vie privée, familiale et professionnelle et parce qu'ils pressentent que les tâches de santé réalisées ensemble sont plus larges, partagées en terme de liberté, de responsabilités personnelles et scientifiques, au meilleur profit du patient. L'interdisciplinarité permet d'augmenter la qualité des soins aux patients et d'asseoir, valoriser, confronter les compétences professionnelles prestées par divers professionnels en fonction du patient ».

Si **un témoignage** ne permet aucune généralisation, nous nous permettrons pourtant d'en citer un, récemment paru dans le quotidien 'le Généraliste', qui exprime on ne peut mieux le souhait, connu aujourd'hui comme grandissant en médecine générale, de travailler en groupe. Le témoignage vient d'une jeune généraliste (7 ans de pratique), travaillant en solo en milieu semi-rural, et d'après ses activités, soucieuse de la qualité des soins. « Mon rêve, dit-elle, serait de fonder un petit dispensaire, avec plusieurs MG, des kinés, un psychologue et une secrétaire. Nous serions disponibles 24 h sur 24, à tour de rôle. Pendant que l'un ferait les domiciles, l'autre assurerait le cabinet. Les dossiers seraient au même endroit. Ainsi, même si ce n'est pas leur médecin, les patients sauraient que leur dossier peut être consulté. Un garde du corps accompagnerait le MG durant toutes les visites. On ne serait pas tout seul, mais sécurisé. (...) Dans mon rêve, je vois une association hommes-femmes, car les hommes et les femmes se complètent bien, tant au plan des horaires que du feeling avec les gens. Un très chouette projet ! Si ça marche, on demanderait à l'INAMI d'intervenir. » (Généraliste 2005)

Il est interpellant de voir à quel point le « rêve » de cette généraliste correspond... à ce que les centres de santé intégrés mettent en place. Et il y a fort à parier, aujourd'hui, que beaucoup d'autres généralistes ont le même rêve qu'elle. Or, en Belgique, les soins de première ligne et la médecine générale qui en est le pivot sont en crise croissante. Ces métiers du social et de la santé, pourtant fondamentaux, sont l'objet d'un désamour des professionnels. Dans ce

contexte où l'on prévoit la raréfaction des choix professionnels des individus en faveur des soins de santé primaires, alors que le besoin, lui, en sera grandissant, il est temps de rechercher des moyens réels de répondre aux demandes et besoins des professionnels pour les encourager à continuer, ou commencer à pratiquer. Il n'y a pas de doute que ces professions et en particulier la médecine générale, doivent être profondément réformée pour redevenir attrayantes et performantes.

La rapport « European primary care » (Gezondheidsraad 2004) renchérit : D'après ses auteurs, pour assurer la charge de travail grandissante, vu l'âge grandissant de la population et le nombre de pathologies complexes, la composition de la force de travail en soins primaires doit être suffisamment solide, les compétences disponibles doivent être correctement utilisées, des perspectives de carrières intéressantes doivent être proposées, et il doit être pris en compte la compatibilité d'une carrière professionnelle en soins primaires avec les attentes de la vie privée. Une considération importante est que des équipes bien organisées permettent le travail à temps partiel sans altérer la continuité des soins.

Puisque nous considérons que **les patients** doivent avoir leur place dans la réflexion concernant les soins de santé, nous évoquerons une enquête de satisfaction par interviews de groupe réalisée auprès des patients d'une maison médicale bruxelloise en 1999. Dans cette enquête, les patients soulignent spontanément les avantages de l'équipe pluridisciplinaire. Le travail en équipe n'est pas perçu comme une simple juxtaposition de soignants, mais bien comme une réelle dynamique. Il apparaît comme un élément positif pour diverses raisons : la diversité des personnes en terme de rapport humain, qui permet plus de dynamisme, une meilleure qualité des soins grâce à la discussion entre membres de l'équipe, une plus grande disponibilité que dans une pratique solo, la continuité des soins et la globalité. La globalité de la prise en charge ressort comme étant un élément très important pour les patients. Pour eux, c'est une manière d'aborder les différents aspects de la personne, la capacité de répondre à des besoins qui ne sont pas strictement médicaux. Et cela est notamment possible grâce au travail en équipe. L'accueil est vécu comme un élément très important, mais aussi les autres services, et notamment des services sociaux, psychologiques, et même juridiques de première ligne au sein de la maison médicale semblent être pour eux des atouts joints aux services de soins proprement dits. La seule crainte par rapport au travail en équipe concerne la protection de la confidentialité.

Les patients ont également une demande de plus participer à l'organisation du centre de santé, par exemple en participant à des réunions d'équipe, à l'assemblée générale, comme porteurs d'un message. Cette demande signe d'une grande autonomisation des patients, et d'un rapport de dialogue déjà instauré qui leur permet d'envisager d'avoir institutionnellement leur mot à dire face à leurs soignants.

Rappelons pour finir que certaines publications scientifiques évoquent le travail en petites équipes pluridisciplinaires comme un facteur de satisfaction des patients (Baker 1995)

Une recherche a été réalisée par la **Fondation Canadienne pour la recherche sur les systèmes de santé** (Lamarche 2003) pour proposer aux politiques des pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne canadiens. Cette recherche a étudié divers modèles de soins de santé primaires existant au Canada et ailleurs dans le monde. Le rapport de la recherche propose un taxonomie de modèles de structuration des soins de santé primaires et distingue 4 modèles différents : les modèles professionnels de contact et de coordination, et les modèles communautaires intégré et non intégré. En voici quelques détails pour vous éclairer.

Si l'on fait l'exercice de situer le mode d'organisation des soins de premier niveau en Belgique, on peut considérer que le modèle dominant en Belgique est le modèle professionnel de contact : services offerts uniquement à la demande, médecins souvent solo, rarement associés à d'autres professionnels de la santé, essentiellement rémunérés à l'acte, pas de mécanisme formel permettant de garantir la continuité des soins (outre la fidélisation du patient à son médecin), aucun mécanisme formel garantissant l'intégration des services aux autres composantes du système, mis à part certains mécanismes informels qui permettent une certaine forme de coordination comme l'aiguillage des patients vers d'autres sources de soins ou l'affiliation des médecins à plusieurs sources de soins.

Les maisons médicales telles que développées en Belgique, quant à elles, se situent plus ou moins au carrefour entre le modèle professionnel de coordination et le modèle communautaire intégré, qui ont en commun : une équipe de soins multidisciplinaire, regroupant au moins médecins et infirmières, mais aussi les disciplines nécessaires à l'offre de services médicaux, sociaux, de santé mentale et communautaires, équipe dans laquelle un professionnel (généralement le médecin mais parfois une infirmière), est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services pour chacun des patients (thérapeute référent), dont une infirmière (ou un travailleur de l'équipe) assure la liaison avec les autres composantes du système et l'intégration clinique des services, qui remplit les fonctions de promotion de la santé, prévention, dépistage, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, réadaptation, services sociaux, (santé mentale), santé communautaire, qui organise formellement la continuité longitudinale des services ainsi que la disponibilité 7jour /7, 24 heures/24, et dont les technologies de l'information transmettent des informations à l'échelle du système³.

Ce qui différencie les systèmes professionnel de coordination et communautaire intégré, ce sont :

- Un service par rapport à une population adhérente dans le modèle professionnel de coordination et par rapport à une communauté de base sur un territoire défini dans le modèle communautaire intégré. Les maisons médicales se situent à cheval sur les deux modèles : d'une part elles offrent un service médical à la population adhérente (les patients inscrits) mais avec une limitation de type géographique à la possibilité d'inscription, et d'autre part certains services sont développés vers une communauté : santé communautaire, constitution de réseaux sur un territoire géographique, éducation à la santé, éducation permanente.
- Une gestion par des représentants de la population, dans le modèle communautaire, et par les professionnels de soins (on suppose, essentiellement les médecins) dans le modèle professionnel de coordination. Les maisons médicales quant à elles, sont autogestionnaires, la gestion est donc démocratiquement organisée par les travailleurs dans leur ensemble, et il est prévu qu'une place importante soit laissée à des personnes extérieures, comme des représentants de la communauté dans laquelle la maison médicale offre ses services.
- Un financement à la capitation ou mixte dans le modèle professionnel de coordination, un financement à la fonction pour le modèle communautaire, avec en plus un système de financement pour l'entièreté des soins (y compris les autres échelons) lequel est à gérer par le service communautaire. Les maisons médicales sont financées essentiellement à la capitation, mais souhaitent et tendent vers un financement mixte, plus adapté aux services rendus : la capitation répond mieux aux besoins lorsqu'il s'agit

³ (Tous ces critères ne sont pas encore entièrement remplis, comme par exemple la transmission d'information à l'échelle du système, mais les maisons médicales font des efforts reconnus pour évoluer dans ce sens).

d'une patientèle d'adhérents. Par contre les services rendus à une communauté sont financés (en partie et à Bruxelles) à la fonction, et certaines prestations devraient se voir attribuer un financement à l'acte. Mais c'est un autre débat.

- Le modèle communautaire intégré demande, comme son nom l'indique, d'être intégré au reste du système de santé. C'est une condition pour la qualité du service. Ici, les maisons médicales font un effort continu pour répondre à cette nécessité d'intégration : quand les moyens le permettent, un travailleur (souvent un assistant social ou un acteur de santé communautaire) tisse la toile du réseau avec les autres acteurs de la première ligne, des coordinations sont tentées avec la deuxième ligne, des modes d'information sont encouragés, l'informatisation fait son chemin. Les MM sont toutefois handicapées dans cette mission, par le manque de moyens technologiques, de transmission d'information, et de moyens financiers que ce type de travail de réseau demande. De plus, le manque d'organisation formelle des relations entre les différents niveaux du système de santé, et le déficit de trajectoires de soins définis, rendent bien souvent ardue la cohérence de la prise en charge des patients en coordination avec les 2^{ème} et 3^{ème} niveaux.

Cette étude a analysé, sur base d'études de qualité publiées et d'avis d'experts, les avantages et défauts des systèmes théoriques proposés. Les critères repris sont : la productivité (pour les coûts et l'utilisation), l'efficacité, la continuité, l'accessibilité, l'équité d'accès, la réactivité et la qualité.

Sur base de ces analyses, les auteurs arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de système parfait, mais que le système qui répond bien au plus grand nombre de ces critères est le système communautaire intégré, suivi par le système professionnel de coordination. Le système le moins performant étant le modèle professionnel de contact (même s'il a certaines qualités : bons résultats en termes d'accessibilité et de réactivité envers les patients). Les points faibles du système communautaire intégré sont un risque pour l'accessibilité et la réactivité. Points pour lesquels le modèle professionnel de coordination montre un bon résultat.

Or les maisons médicales proposent un système à cheval sur ces deux modèles, combinant certains aspects de l'un avec des aspects de l'autre, et font (sans trop de difficultés) le grand écart entre ces deux logiques différentes.

Les recommandations émises dans ce rapport sont de favoriser des systèmes d'organisation inspirés du modèle communautaire intégré, ou, au moins, du modèle professionnel de coordination, tout en veillant à des mécanismes pour améliorer leurs lacunes ; de mettre en place des financements adaptés aux missions des services et aux besoins des populations, et notamment la capitation ; de favoriser le travail en équipe multidisciplinaire, pour un service de première ligne le plus global possible ; et de permettre un soutien technologique pour la transmission d'informations entre les différentes structure du systèmes, ainsi que pour des technologies qui favorisent le bon diagnostic et traitement en première ligne de soins.

Nous voudrions faire ici un petit détour par certaines fonctions particulières citées comme faisant partie du modèle communautaire intégré, et déjà reprises aujourd'hui par les maisons médicales. Il s'agit de l'orientation de l'offre de services dans un sens de santé communautaire, ou « community-oriented primary care », telle qu'évoquée par **Rhyne et al.** (Rhyne 1998). L'offre quotidienne de soins dans une équipe pluridisciplinaire de soins primaires permet souvent de réaliser des « diagnostics communautaires » : des problèmes de santé rencontrés peuvent être recadrés dans leur contexte plus large, social et de communauté.

Pour cela, des informations tant sociologiques que épidémiologiques sont utilisées, telles que rassemblées à un niveau local. Il est aussi important que la communauté locale elle-même soit partie prenante dans le processus de collecte d'information et de diagnostic. Suite à ce diagnostic communautaire, une série de propositions d'intervention sont formulées et les priorités sont dégagées, toujours avec la participation de la population concernée. Ces interventions peuvent alors être mises en place et doivent être régulièrement évaluées. La particularité de cette option est que le travail basé sur et avec la communauté, et le diagnostic peut mener à des interventions très diverses, mais dont le bénéfice à court, moyen ou long terme, sera lié à la santé.

Un exemple issu de la pratique d'un Wijkgezondheidscentrum : l'observation d'une régression globale de la condition physique des enfants soignés dans une maison médicale, a abouti, après enquête et avec la participation active de la population du quartier, à l'installation d'une pleine de jeux, comme solution au fait que les enfants passaient trop de temps devant la télévision. Des activités y sont également organisées pendant les vacances scolaires, avec succès. La police locale a très rapidement constaté une réduction de la petite délinquance, et la condition physique des enfants s'est améliorée. Un autre exemple a été l'intégration d'une action pour l'hygiène dentaire chez les enfants auprès de toutes les familles d'un quartier, en partenariat avec d'autres acteurs du terrain. Ici, cette action a abouti non seulement à une sensibilisation de la population, mais aussi à une décision du centre de santé d'intégrer des soins dentaires dans leur offre de services, en réponse à un besoin observé.

Cette tâche de diagnostic élargi à la communauté en prenant en compte différents facteurs, de travail en collaboration avec les communautés concernées, de proposition et de mise en place d'interventions aussi diverses, ne peut se faire que par des centres multidisciplinaires, ancrés dans une population définie ainsi que dans un réseau de partenariat local.

Ce travail communautaire est un exemple important du lien existant en maison médicale entre le travail de santé et le travail social. Ces deux réponses à des besoins fortement intriqués, doivent rester généralistes, contextualisées, et en lien l'une avec l'autre. Encore une fois c'est en associant des travailleurs de ces domaines divers dans des équipes pluridisciplinaires qu'on peut le mieux assurer cette globalité.

L'interculturalité est encore une caractéristique croissante des populations, surtout en milieu urbain. Certaines maisons médicales rencontrent dans leur clientèle plus de 50 nationalités différentes. Cette rencontre multiculturelle a poussé les centres de santé à développer une approche plus ethno-sensible des problèmes de santé dans leurs aspects somatique, social, culturel.

Enfin, nous sommes convaincus qu'une offre de soins accessible, globale, généraliste, orientée vers la communauté, contribue à la reconstruction d'une cohésion sociale et communautaire, laquelle est un facteur de bien-être et donc de santé, mais aussi un facteur favorable pour diminuer tant les évolutions vers la petite délinquance que les tendances à des choix politiques orientés vers des alternatives non démocratiques.

Pour terminer ce chapitre, nous évoquerons le fait que des réformes en faveur des soins de santé primaires et des pratiques de groupe pluridisciplinaires sont effectivement possibles. Pour preuve, des pays européens ont récemment fait des choix dans ce sens. Nous citerons pour exemple l'Espagne, qui a réorganisé son offre de soins primaires en faveur de centres de santé intégrés attachés à des zones géographiques déterminées. Ou l'Italie qui depuis quelques

années rembourse de façon plus importante des soins prodigués par un médecin généraliste pratiquant en groupe plutôt qu'en solo.

La **Fondation Canadienne pour la recherche sur les systèmes de santé** (Lamarche 2003) recommande, si une réforme du système est choisie par les décideurs, que cette transformation soit progressive et laisse aux acteurs le temps et la liberté d'adapter les orientations proposées et de travailler à l'émergence de modèles appropriés à leur contexte. Les modèles professionnel de contact et communautaire peuvent très bien cohabiter. Mais une condition à ces évolutions est que le politique adopte une orientation claire quant à la direction visée.

C'est aussi notre demande : permettre aux maisons médicales de continuer à tester leur mode d'organisation original, et prévoir une évaluation progressive des initiatives prises, à la recherche d'un modèle d'organisation et de financement qui soit le plus favorable possible à l'adéquation entre l'offre des services et les besoins de la population. Mais surtout, Qu'il soit permis aux acteurs de terrain en général, de progressivement évoluer dans leur mode de pratique, par la reconnaissance de différents modes de structuration avec une gradation de l'intégration.

6. Conclusion : Pour le soutien du développement de centres de santé intégrés en Belgique.

Si l'on relit la définition des missions des soins de santé primaires, on peut rapidement observer que les maisons médicales ont depuis longtemps développé des stratégies pour tenter de répondre à tous ces critères, et ce dans un processus de développement continu de la qualité.

Les maisons médicales, avec le soutien de leur Fédération, testent, développent, évaluent, la majorité des critères décrits comme étant spécifiques aux soins de santé primaires, depuis bien avant que des directives légales ne les y obligent.

Ainsi, les définitions de soins globaux, continus, intégrés, permanents, accessibles, pluridisciplinaires, sont cités dans la Charte à laquelle adhèrent toutes les maisons médicales membres de la fédération francophone (FMM 1996), ou dans le « Beginseltekst » pour les Wijkgezondheidscentra membres de la Fédération néerlandophone (VWGC beginseltekst).

Plusieurs études, externes ou internes à la Fédération des maisons médicales et à la Vereniging van wijkgezondheidscentra, ont déjà pu montrer les spécificités et performances des maisons médicales. En termes de spécificités, nous pouvons arguer que les maisons médicales soignent actuellement une population sensiblement plus défavorisée que la moyenne belge tant pour des caractéristiques socio-démographiques (Denis 2005, Kesteloot 2003) que pour des éléments de morbidité, à statut social égal (Antheunis 2001, Colpaert 2005). Pour ce qui est des critères de qualité, nous n'en citerons que quelques exemples : moindres références au deuxième échelon pour la biologie médicale, la radiologie et les hospitalisations (analyses réalisées par l'INAMI), prescriptions d'une plus grande proportion de génériques (Boutsen 2004), choix plus adéquat d'antibiotiques (Drielsma 2005), meilleure couverture pour certaines activités de prévention comme le dépistage du cancer du col par frottis et le dépistage du cancer du sein par mammographies, etc.

De plus, tant au niveau de la région wallonne que de la Cocof, la reconnaissance et la subsidiation partielle des Associations de santé intégrées, permettent au politique, par le biais de commissions ad hoc, d'émettre une série d'exigences qui entrent en corrélation avec les missions proposées ici. Par exemple : fonction de coordination de l'accueil, santé communautaire, observatoire de la santé, évaluation, interdisciplinarité, collaboration avec le réseau environnant, accessibilité, permanence des soins, etc. En Flandre, des critères minimaux pour la définition des wijkgezondheidscentra ont pu être émis dans le cadre de la réglementation du VIPA (« Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden »).

Les maisons médicales membres de la Fédération ont été et sont toujours les premières à avoir testé et à continuer à tester des modes de financement pour les rendre les plus cohérents possibles par rapport aux missions des services de santé de première ligne. Cette recherche est toujours d'actualité. Face aux dérives de l'acte, la majorité d'entre elles ont opté pour un financement à la capitation (art 52 § 1 loi de 14/07/94), qui a permis l'identification d'une population de responsabilité et des activités de prévention et promotion de la santé plus structurées. Sans entrer dans la dérive de la sélection de patientèle (au contraire d'après des analyses récentes (Denis 2005)) elles ont testé les limites de leur mode de financement actuel, au point de demander un financement plus adéquat, selon des preuves trouvées dans la littérature internationale et moyennant une recherche préalable dans le contexte belge.

Aujourd'hui, on peut affirmer sans crainte que les Associations de santé intégrées et Wijkgezondheidscentra, par leur démarche volontariste de développement des diverses missions des soins de santé primaire, sont précurseurs en Belgique en matière d'évolution des services de soins de santé primaires.

Pourtant, des difficultés permanentes se présentent sans trouver de solution au fil des législatures qui se suivent. Ainsi, aucun moyen de soutien au développement de nouvelles structures n'existe, malgré la démonstration depuis plus de 30 ans de la viabilité et de la réponse offerte par ces structures à des besoins existants dans la population. Aucun financement suffisant ne permet de prendre en charge les fonctions « non-inami »⁴, ce qui oblige les professions « inami » à répartir leurs propres financements pour avoir la possibilité de travailler de façon interdisciplinaire, globale et intégrée, et de réaliser, presque de façon bénévole, une série de missions assignées par les recommandations internationales aux services de soins primaires. Mais surtout, aucune reconnaissance officielle de ces structures comme partie intégrante du paysage des soins de santé primaires belges n'existe au niveau fédéral. Ces diverses problématiques dépendent des compétences de divers niveaux de pouvoir, certes, signant alors au minimum la nécessité d'une plus grande concertation entre ces niveaux pour une politique cohérente et effective de soutien à nos structures.

Pour preuve, nous en profitons pour nous étonner de l'absence de mention de l'existence des centres de santé intégrés dans le système de santé belge tel que décrit dans le plus récent rapport de l'OCDE. Ce rapport a été réalisé avec la collaboration de responsables belges, ont-ils omis d'expliquer notre existence ? Si ce système est aujourd'hui encore très minoritaire, on ne peut plus le considérer comme négligeable, compte tenu de la proportion de la population soignée aujourd'hui dans ce type de pratique (pas moins de 1% de la population globale belge est soignée dans une maison médicale au forfait, ce nombre va sans cesse croissant, et cette proportion est bien plus importante si on se réfère uniquement aux zones d'implantation de ces maisons médicales. De plus, cela ne concerne même pas encore toutes les maisons médicales, puisque un tiers fonctionne encore à l'acte)

On peut d'ailleurs se demander jusqu'où les centres de santé intégrés doivent se développer dans le paysage belge. Selon l'OMS, l'approche globale et qualitative des soins primaires doit s'adresser à l'ensemble de la population. Elle ne peut pas se concevoir comme un paradigme confiné aux seuls milieux défavorisés, même s'il convient d'accorder une priorité aux populations précarisées. Il nous paraît peu imaginable dans le contexte belge d'exiger que tous les soins de santé primaires soient à moyen terme offerts uniquement pas des centres de santé intégrés. Il nous paraît pourtant important qu'une politique active de développement de ces centres de santé intégrés, permette à l'avenir à un nombre croissant de nos concitoyens d'avoir accès à ce type de pratique. L'idéal étant, à moyen terme, que tout citoyen belge puisse avoir le choix d'être soigné dans un centre de santé intégré proche de son lieu de vie. Et cela, au minimum en milieu urbain, en attendant que des pistes d'organisation soient dégagées pour répondre aux spécificités du milieu rural.

Au vu de ce qu'elles ont déjà pu démontrer en termes de qualité et de capacité à perdurer, ainsi que du développement permanent et spontané de nouvelles structures, il est temps de donner aux maisons médicales les moyens de pousser plus loin l'application des critères de qualité de services de soins primaires.

⁴ Les régions wallonne et bruxelloise couvrent en partie certaines fonctions non inami comme l'accueil, la santé communautaire. Mais largement pas à la hauteur de ce que ces fonctions coûtent, même pour réaliser les fonctions qui leur sont exigées par les mêmes régions.

Plus que du soutien aux Centres de santé intégrés dans leur mode d'organisation le plus développé actuellement, nous pensons que le système de santé belge mérite une organisation efficiente, avec une place prépondérante attribuée aux soins de santé primaires (et en cela notamment l'ensemble du secteur de la médecine générale), avec tout ce qu'ils peuvent apporter de bénéfique à la population, directement ou indirectement. Les services de soins primaires doivent être mieux mis en valeur, mieux financés et mieux organisés. A court terme, le Dossier Médical Global doit être renforcé, comme forme d'inscription des individus auprès d'une pratique de médecine générale de leur choix et comme mode de financement alternatif au financement par prestation. De plus, un système d'échelonnement doit être instauré par l'incitation des patients (et des médecins) à passer par une visite chez le généraliste responsable de leur DMG avant d'envisager un contact avec un spécialiste. Enfin tant l'organisation du travail que le financement des prestataires de soins de première ligne, doivent être considérablement repensés dans le cadre d'une perte croissante de candidats pour ce type de service.

Nous savons, si réforme il y a, qu'elle doit être progressive. Mais une évolution ne peut se passer d'une prise de position volontariste et claire du politique et de la société, en faveur du développement de soins de santé primaires multidisciplinaires.

C'est pourquoi nous demandons :

Pour ce qui concerne les soins de santé primaires en général :

- Des décisions et répartitions des budgets permettant de plus et mieux développer les soins de santé primaires, comme un moyen réel d'apporter plus santé, plus de satisfaction à la population, et plus d'efficience.
- A court terme, le renforcement de projets tels que le Dossier médical global et l'échelonnement par incitation positive.
- Une revalorisation importante, tant en terme financier que de reconnaissance de leur rôle, des prestataires des soins de santé primaires.

Pour ce qui concerne les maisons médicales :

- Dans le cadre d'une organisation effective des soins de santé primaires, une reconnaissance des pratiques en association et en groupe, selon un modèle progressif d'intégration des activités et de pluridisciplinarité.
- Un financement de soutien aux structures qui démarrent.
- Un financement adéquat des fonctions reconnues comme nécessaires à un service global et intégré de soins primaires, non financées actuellement par l'INAMI. Certaines de ces fonctions sont déjà financées par le niveau fédéral dans les hôpitaux (accueil, recueil de données, service social,...).
- Le financement de projets de recueil de données adapté aux soins de santé primaires (orientés sur l'épisode de maladie, codé selon les codes ICPC II). Cette collecte de données permettrait le recueil d'informations épidémiologiques, mais aussi d'avancer

dans le débat sur les modes d'organisation des soins primaires, par l'observation des soins offerts et de la qualité des processus de soins dans différents types d'organisation.

- Enfin, une meilleure concertation du fédéral avec les communautés et les régions pour une politique intégrée de soutien aux centres de santé intégrés pluridisciplinaires. (Intégration des fonctions de soin avec celles de bien-être, du travail social et communautaire, des fonctions de prévention et promotion de la santé).

7. Bibliographie.

1. Antheunis N. *Is dit leven gezond? Resultaten en toelichting van een gezondheidsenquête bij patiënten van het wijkgezondheidscentrum "De Ridderbuurt"* (Leuven). Leuven, Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt, 2001.
2. Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Health Evidence Network (HEN) Synthesis report. Copenhagen, Who regional Office for Europe, 2004, 18p.
3. Baker R, Streatfield J. "What type of practice do patients prefer. Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction". *Br J Gen Pract* 1995;45(401):654-9.
4. Boutsen M, Lucet C. « Reflet d'une prescription générique contrastée. Le cas des généralistes rémunérés au forfait ». *RENOUER* N° 62- mai-juin 2004.
5. Cerexhe F, Paulus D, Pestiaux D. *La pratique de groupe des médecins généralistes francophones*. Projet financé par le ministère des Affaires sociales, la Santé publique et l'Environnement. Rapport final du projet, octobre 2004.
6. Colpaert F. *Vergelijking van het zorgbehoefte-morbiditeitsprofiel van de patiëntenpopulatie van het wijkgezondheidscentrum "Botermarkt" (Ledeberg) met het profiel van de Belgische populatie*. Universiteit Gent, scriptie lic. in de medisch-sociale wetenschappen, optie beheer en beleid van verzorgingsinstellingen, 2005.
7. Denis B, Drielsma P et al. *Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait? Quelle est sa consommation de soins médicaux ? Données 2003*. Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, mai 2005, 68p.
8. Drielsma P, Denis B, De Rouck N. *Coût de la prescription de médicaments dans les maisons médicales au forfait*. Bruxelles, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, février 2000, 15p.
9. Drielsma P. *Prescription des antibiotiques : comparaison des chiffres des feedbacks des maisons médicales au forfait avec la moyenne nationale de prescription en médecine générale*. Fédération des maisons médicales, 2005. Rapport non encore publié.
10. Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. *Charte des maisons médicales*. Fédération des maisons médicales, 1996. (en cours de réactualisation)
11. GERM. *Pour une politique de la Santé*. Bruxelles, Editions Vie ouvrière, 1971.
12. Gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands). *European Primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands*, 2004, publication n° 2004/20E, 120p. <http://www.healthcouncil.nl/pdf.php?ID=1119&p=1> (08/07/2005).
13. Kesteloot K, Gillet P, Gillain D, Filée D, De Groof S. *Financiering van de wijkgezondheidscentra : Beschrijving van de activiteiten en financieel-economische analyse. Studie in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)*. Rapport ten behoeve van het verzekeringscomité, 3 november 2003
14. Lamarche A et al. *Sur la voie du changement: pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Fondation Canadienne pour la recherche sur les services de santé, 2003. http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf (08/07/2005).

15. Macinko J, Starfield B, Shi L. "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries", 1970 – 1998. *Health Services research* 2003;38:3: 831-65.
16. *OECD Economic surveys* (Belgium) vol. I 2005, no. 76 5, pp. 1 – 199.
17. OMS. *Les soins de santé primaires*. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata (URSS), septembre 1978. Genève, OMS, 1978. 88p.
18. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003 – *Façonner l'avenir*. Chap 7 : *Les systèmes de santé : des soins intégrés fondés sur des principes*. Genève, OMS, 2003. <http://www.who.int/whr/2003/fr/index.html> (08/07/2005).
19. Phillips RL, Starfield B. "Why does a US Primary care physician workforce crisis matter?" *Am Fam Physician*. 2004 Aug 1;70(3):440, 442, 445-6.
20. Plochg T, Klazinka NS. "Community-based integrated care : myth or must ?" *Intern J Quality Health Care* 2002;14:2:91-101.
21. Prévost M, Bontemps R. *Enquête de satisfaction à la maison médicale de Forest: paroles d l'équipe et des patients*. maison médicale de Forest, mars 1999.
22. PK, MV. « Réformer le système de soins de santé : enquête auprès des patients ». *Test Santé* 2000 ; n°36.
23. Remits J. Portrait. « Le feu sacré de la médecine générale ». *Le généraliste* n° 733, 21 avril 2005.
24. Rhyne R, Bogue R Kukulka G. "Community-oriented primary care : health care for the 21th century". Washington, *American Public Health Association*, 1998.
25. Roland M, Drielsma P, Boutsen M. « Pratique pluridisciplinaire, pratique solo: peut-on comparer? » *Santé conjugulée* 2002 ; 21 : 81-85.
26. Schattner P, Markey P. "Division, general practice and continuous quality improvement. What is the connection?" *Aust Fam Physician* 2001;30 (7): 725-8.
27. Starfield B. "Primary care and health. A cross-national comparison". *Jama* 1991; 266: (16):2268 – 2271.
28. Starfield B, Shi L. "Policy relevant determinants of health : an international perspective". *Health Policy* 2002; 60: 201-218.
29. Starfield B. *Outcome of different health systems dependent on the role and organisation of primary care*. Presentation to EPA conference "Quality management in primary care – A European approach", Berlin 27 january 2005. http://www.equip.ch/files/8/starfield_berlin_jan05.pdf (08/07/2005).
30. Stevenson K, Baker R, Frooqi A et al. "Features of primary health care teams associated with success of quality improvement of diabetes care: a qualitative study". *Fam Pract* 2001; 18(1):21-6.
31. Van Bennekom I. *Closing statements of the Conference* "Shaping the EU health community. <http://www.epha.org/a/1278> (08/07/2005).
32. Vlaamse Vereniging van Wijkgezondheidscentra. *Beginseltekst voor Wijkgezondheidscentra*. Vereniging van Wijkgezondheidscentra.
33. WHO. "The Lubljana Charter on reforming health care". *BMJ* 1996;312:1664-1665.