

## 4 La perception de la concertation et les attentes des médecins des 2 lignes de soins à Liège.

### 4.1 Contexte

Lors des démarches de sensibilisation des représentants professionnels à la concertation locale structurée, plusieurs constats ont été dressés :

- Les 2 lignes de soins témoignent que la concertation existe déjà actuellement, sous des formes et des niveaux de structuration différents. Et ils craignent un nouveau processus chronophage dont ils n'identifient pas facilement l'apport potentiel.
- Le cercle de médecine générale (MG) est difficilement reconnu par la 2<sup>ème</sup> ligne de soins comme représentant de la MG, surtout à Liège où plusieurs sous-groupes avec des histoires différentes ont dû se regrouper pour former le cercle de MG (le GLAMO). La dynamique de groupe au sein du cercle semble souffrir des schismes et antagonismes anciens.
- La motivation est présente dans le chef des représentants hospitaliers, mais les attentes par rapport au processus de concertation sont différentes même au sein de ce groupe.

Pour toutes ces raisons, il est apparu important, à ce stade du projet :

- de mieux connaître les expériences de concertation et de collaboration entre la médecine générale et l'hôpital de la Citadelle afin d'en identifier les facteurs de succès et d'échec ;
- de recueillir les attentes des interlocuteurs des 2 lignes de soins concernant la concertation entre lignes de soins ;
- de mieux cerner la manière dont les MG percevaient leur rôle de représentant, au sein du cercle de MG et au sein du sous-groupe représenté.

Des entretiens semi-dirigés (avec guide d'entretien) en face-à-face ont été proposés aux médecins sensibilisés du CHR et du GLAMO.

### 4.2 Sélection des médecins interrogés

8 MG du CA du GLAMO et représentant chacun un groupement de MG de Liège ont été rencontrés après invitation par courriel ou par téléphone ; parmi eux on comptait le président, le trésorier et le secrétaire du cercle. Le représentant de la FLAMG au conseil

médical du CHR Citadelle a aussi été rencontré. Parmi ces 9 MG, 6 pratiquent en solo, 1 en groupe mono-disciplinaire et 2 en groupe pluridisciplinaire (maisons médicales affiliées à la FMM-CSF).

Les médecins spécialistes sensibilisés au processus de concertation ont été interviewés sur leur lieu de travail. Il s'agissait des chefs de services des urgences, de gériatrie, de revalidation locomotrice et de radiologie. Le médecin directeur de l'hôpital a aussi été interviewé.

#### 4.3 Récolte des données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face-à-face de septembre 2012 à février 2013. Un seul guide d'entretien a été utilisé pour les entretiens (Annexe 1) avec les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les entretiens ont été enregistrés (audio) avec l'accord des participants et retranscrits dans leur intégralité. L'analyse thématique a été réalisée par 2 chercheurs du DUMG.

#### 4.4 Résultats

Un des premiers enseignements de ces entretiens a été de découvrir que le MG ne perçoit la **concertation avec la structure hospitalière** qu'au niveau « micro », c'est-à-dire **autour d'un patient auprès duquel il est engagé** (le niveau « méso » implique les organisations professionnelles ou les structures de soins locales, le niveau « macro » s'adresse aux gestionnaires et décideurs du système de santé).

Son travail quotidien se base sur des relations entre soignants, entre individus. En cas de mauvaise expérience, le MG aura tendance à attribuer l'échec de la collaboration au processus entre les personnes. Le mode de pratique majoritairement solo ne favorise pas le partage entre praticiens et chacun aura tendance à considérer son expérience comme particulière ou unique.

Le champ organisationnel (niveau méso) est, dès lors, peu envisagé.

D'après les médecins généralistes, plusieurs **aspects de la représentation professionnelle de la MG sont rendus difficiles**, dans le contexte actuel:

- Identification difficile des structures ayant la fonction de représentation dans leur statut ;
- Faible reconnaissance par le pouvoir public de ce rôle de représentation et manque de financement ;
- Mode pratique solo, individualiste où la concurrence a longtemps été le mode majoritaire de relations interprofessionnelles avec peu d'espaces de rencontre ou de projets communs ;
- Pas de position professionnelle commune avec faible capacité de mobilisation de la Médecine générale ;
- Peu d'espace de concertation équilibrée entre les 2 lignes ;
- Faible perception de l'intérêt, pour la pratique quotidienne, de s'engager dans la représentation professionnelle et dans la concertation.

Le rôle de représentant est donc très peu investi ; on ne sait ni qui, ni pour quoi, ni comment.

Les **différentes générations de médecins généralistes** partagent ce constat. Les jeunes MG sont marqués par l'engagement important de certains anciens ou par le défaitisme des autres « qui ont déjà essayé ».

Les services hospitaliers qui développent des initiatives de concertation le font de manière isolée, chacun utilisant ses propres canaux de sensibilisation, ignorant les structures destinées à cette mission. **Ils s'adressent le plus souvent aux médecins généralistes avec lesquels ils ont de bonnes et fréquentes relations de travail.** Quand ils cherchent qui représente la 1<sup>ère</sup> ligne, ils rencontrent de réelles difficultés d'identification des structures appropriées. Le problème est encore plus important pour une grande structure hospitalière comme la Citadelle, qui draine un territoire important, avec un grand nombre de représentants professionnels potentiels.

Les relations, tant au niveau « micro » (autour du patient) qu'au niveau « méso » (entre organisations locales), sont perçues comme asymétriques, avec un **déséquilibre très net en faveur de l'hôpital**. Les médecins généralistes sont « invités » au conseil médical ou jouent les modérateurs pour telle ou telle formation donnée par le spécialiste hospitalier, ...

Certains médecins généralistes peuvent entretenir envers l'hôpital un sentiment de compétition, dont l'enjeu serait une place privilégiée auprès du patient. Pour ceux-là, toute avancée de l'hôpital sur le terrain de la 1<sup>ère</sup> ligne est perçue comme un envahissement et le renvoi vers le MG serait perçu comme un rejet de tâches subalternes par le médecin hospitalier.

Des préjugés négatifs sont aussi de mise auprès de certains médecins spécialistes vis-à-vis de la médecine générale ; ils seraient toutefois moins présents auprès des jeunes générations de médecins hospitaliers.

**Les entretiens donnent toutefois des raisons d'espérer un mode de concertation plus équilibré entre ces 2 lignes de soins.**

En effet, tout en insistant sur les différences de pratique et de conception entre le MG et le MS, certains y voient l'opportunité d'une collaboration fructueuse, empreinte de complémentarité.

La reconnaissance du rôle important du MG dans le suivi d'un patient et son implication dans une concertation réelle semblent être les premiers pas vers une relation de confiance qui est à la base de tout processus collaboratif. Des exemples concrets sont cités et leur étude devrait dégager les grandes lignes d'actions de projets ultérieurs (Trajets de soins, centre de l'insuffisance cardiaque, ...).

Le mode d'organisation massivement choisi par les jeunes MG est la pratique de groupe (mono- ou pluridisciplinaire) et certains avancent que cette nouvelle forme de pratique influence le MG favorablement vers une habitude de collaboration.

Des **espaces de concertation équilibrée** pourraient aussi favoriser le dialogue entre les lignes de soins.

Au niveau micro (COM p.ex.), comme au niveau méso (conseil médical p.ex.), les médecins généralistes déplorent que ce soit souvent l'hôpital qui mène la danse, en prenant peu en compte les conditions de travail des MG ou en valorisant peu leur apport spécifique.

Devant l'absence d'autres plateformes de concertation, le conseil médical est souvent cité, et utilisé, comme lieu de concertation entre les lignes de soins.

La question de la **taille adéquate du groupe professionnel représenté** est posée. Certains médecins généralistes identifient davantage le GLEM comme structure adéquate. C'est en effet une structure locale, de plus petite taille où des relations d'affinité et un climat de confiance sont probablement plus présents.

Certains médecins généralistes avancent quelques propositions pour **faciliter le rôle de représentation par le cercle de la MG**. Sont cités : une reconnaissance financière du temps investi dans cette fonction, la mise à disposition de moyens de communication entre représentants et représentés (mailing liste, lettre d'information informatique à partir du cercle), etc.

La concertation avec la 1<sup>ère</sup> ligne à partir de l'hôpital n'est pas une action concertée entre les services, mais le plus souvent une initiative isolée d'un service ou l'autre à destination de la médecine générale. On a pourtant conscience au sein de l'hôpital du trop grand **cloisonnement des initiatives hospitalières**.

**Les médecins chefs de service** hospitaliers évoquent **différentes motivations** pour avoir un espace de concertation et des interlocuteurs représentatifs :

- améliorer l'organisation du service, en complément aux enquêtes de satisfaction auprès des patients :
  - par le recueil des expériences d'utilisation du service par les MG ;
  - par la dissémination d'informations visant à améliorer les pratiques de référence du médecin généraliste ;
  - en imaginant des modalités de prises en charge nouvelles prenant en compte les besoins des médecins généralistes ;
- garder une visibilité suffisante afin d'être identifié par le médecin généraliste comme collaborateur de qualité.

## 5 L'état des lieux local des 2 lignes de soins

### 5.1 Justification et objectif

Lors des premiers contacts avec la direction médicale du CHR Citadelle, l'un des premiers constats a été la **difficulté d'identifier les représentants locaux de la médecine générale**.

En effet, par rapport à une question impliquant la médecine générale et l'hôpital (organisation de la garde, trajet de soins), la présence de plusieurs organisations de représentation de la MG sur un même territoire, avec des avis quelquefois opposés, était observée dans les différentes zones et pouvait amener de la confusion dans le chef des responsables hospitaliers. L'analyse des modalités de représentation de la médecine générale au sein des espaces locaux de concertation soulignait aussi qu'il existait une grande variabilité locale. Ces différences observées nécessitaient l'approfondissement de l'analyse du terrain pour en comprendre l'origine.

Plus loin dans le processus d'analyse de la situation, sont aussi apparus des niveaux de connaissance différents entre lignes de soins sur la fonction de concertation de certaines structures hospitalières, le conseil médical hospitalier.

Ces différents constats ont fourni à l'équipe de recherche DUMG-IMT les arguments pour proposer la réalisation d'un état des lieux des structures des 2 lignes de soins pour chacun des contextes locaux étudiés.

L'implication de tous les protagonistes devait être maximale afin de permettre la réalisation d'un état des lieux le plus complet possible. L'état des lieux local peut ensuite servir de base commune de connaissance mutuelle, préalable au processus de concertation.

L'idée de proposer un **processus participatif** s'est imposée vu le cadre de recherche-action choisi pour la démarche. En effet la recherche-action rassemble au sein de l'équipe de recherche les chercheurs extérieurs et les chercheurs appartenant aux différents services impliqués. Les solutions au problème posé, les hypothèses de travail sont le fruit d'un processus de réflexion, de reconnaissance et de création commune aux chercheurs. La hiérarchisation implicite (2<sup>ème</sup> ligne/1<sup>ère</sup> ligne, chercheurs et terrain d'étude) n'est pas d'application dans la recherche-action.

### 5.2 Méthodologie

Les états des lieux séparés des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lignes ont été rédigés par les chercheurs DUMG-IMT à partir de la consultation de différents sites et bases de données publiques.

Une première version a été envoyée par voie électronique aux représentants professionnels engagés dans le processus d'analyse de la concertation locale. Tous les participants ont été avertis que les documents concernant leur propre ligne seraient ensuite transmis aux interlocuteurs de l'autre ligne et qu'en même temps ils recevraient celui concernant l'autre ligne de soins.

Différentes manières d'émettre des commentaires étaient proposées :

- Envoi de commentaires par voie électronique ;
- Ajout de commentaires directement sur le document électronique ;
- Impression du document sous forme papier et transmission des commentaires rédigés directement sur le document.

Un délai a été respecté pour obtenir ces commentaires. Les documents commentés ont ensuite été échangés entre participants.

### 5.3 Structuration proposée

La partie de présentation de la 1<sup>ère</sup> ligne se calque sur la structuration en niveaux proposée par le Service Public Wallonie (Tableau I). Un rapprochement peut aussi être fait avec les différents niveaux repris dans le rapport KCE sur les maladies chroniques, lui-même inspiré de publications de l'IMT<sup>1</sup> et de l'OMS<sup>2</sup>.

**Tableau I: Les différents niveaux de soins de la 1<sup>ère</sup> ligne (extrait des circulaires RW du 22 avril 2004 et du 4 mai 2005 et du rapport KCE sur les maladies chroniques 2012).**

Niveaux d'organisation	Cadre de la rencontre	Acteurs
<b>1<sup>er</sup> niveau (SPW)</b>	Contact direct avec le patient	Médecin généraliste Kinésithérapeute Infirmier Pharmacien Dentiste Aide-familiale Assistant social ...
<b>2<sup>ème</sup> niveau (SPW) Niveau micro (KCE 2012)</b>	Lieu de la coordination multidisciplinaire, autour du patient	Association de santé Intégrée Centre de coordination de services à domicile Réseau Multidisciplinaire Local Equipe de soutien à domicile de soins palliatifs ...
<b>3<sup>ème</sup> niveau (SPW) Niveau méso (KCE 2012)</b>	Regroupement de structures de première ligne d'une zone définie	Service intégré de Soins à Domicile (SISD), Plate-Forme régionale de Soins palliatifs
<b>Niveau macro (KCE 2012)</b>	Elaboration de politiques et réglementations	Gouvernement fédéral, régional ou communautaire

Au niveau de la structure hospitalière, une présentation générale du cadre hospitalier belge précède une présentation de la structure hospitalière engagée dans le processus (organisation, activités et zone d'attractivité).

<sup>1</sup> Van Damme W et al. (2010). How can disease control programmes contribute to health systems strengthening in Sub-Saharan Africa? Studies in Health Services Organisation & Policy. Working Paper Series. Working Paper nr1. Antwerp, Institute of Tropical Medicine

<sup>2</sup> Gilson L. Health policy and systems research: a methodology reader. Geneva: World Health Organization; 2012

Ensuite sont reprises les structures et fonctions intra-hospitalières identifiées par le groupe DUMG-IMT, sur base des premiers contacts locaux, comme incluant dans leur finalité une forme de concertation avec la 1<sup>ère</sup> ligne de soins : le conseil médical, la fonction de référent hospitalier, la fonction de soins transmuraux et la convention hôpital-MRS.

Chaque document se termine par la description des modalités locales de collaboration entre l'hôpital concerné et la 1<sup>ère</sup> ligne de soins.

#### 5.4 Réalisation des documents par zones

A l'heure de l'écriture de ce présent rapport, les documents d'états des lieux des 2 lignes de soins concernant le CHR et le GLAMO à Liège et concernant le CEGES et le CHBAH à Seraing sont terminés. Le document concernant la zone de Waremme est en cours de finalisation.

#### 5.5 Particularités locales

Suivant les zones étudiées, on peut noter des différences locales dans le paysage organisationnel des 2 lignes de soins. Ces différences ont mené à une structuration différente de chaque rapport. Elles sont reprises dans le tableau II.

Tableau II: Caractéristiques locales de l'organisation des 2 lignes de soins sur les 3 zones étudiées.

	Liège	Seraing	Waremme
<b>Organisation de la garde de médecine générale</b>	Présence d'un poste de garde de médecine générale, sans lien avec une structure hospitalière. Depuis 2008.	Expérience antérieure d'un poste de garde en lien avec le CHBAH, arrêtée après quelques mois, en 2011. Collaboration entre le CEGES et le CHU pour la gestion des appels en nuit profonde. Début en 2013	Poste de garde ouvert en avril 2013, sans lien avec une structure hospitalière. Négociations antérieures avec les 2 hôpitaux sans résultats.
<b>Structuration du cercle de médecine générale</b>	Plusieurs associations de MG (correspondant à des quartiers), une association reprenant les MM du territoire	Plusieurs associations locales de médecine générale et une association reprenant les MM du territoire	1 association de médecins généralistes
<b>Autres structures locales de représentation de la médecine générale</b>	Intergroupe Liégeois des maisons médicales FLAMG	Société de Médecine de Seraing et environs ; n'incluant pas les médecins des Maisons Médicales Intergroupe Liégeois des Maisons Médicales FLAMG	FLAMG
<b>Espace de coordination multidisciplinaire au sein de la 1<sup>ère</sup> ligne</b>	Présence d'un Réseau Multidisciplinaire Local (RML) Associations de santé Intégrée (ASI) : Maisons médicales	Associations de santé Intégrée (ASI): Maisons médicales et autres	Absence d'ASI

<b>Nombre de structures hospitalières sur la commune principale du cercle. Répartition des parts de marché d'hospitalisations</b>	13 implantations hospitalières, provenant de 8 structures hospitalières; 5 hôpitaux avec plus de 5% de parts de marché d'hospitalisation sur le territoire de la commune de Liège	1 implantation sur la zone étudiée 4 hôpitaux avec >5% de parts de marché d'hospitalisation sur le territoire de Seraing	2 implantations sur la zone étudiée, de taille équivalente et dont les sièges principaux ne sont pas situés sur la zone.
<b>Modalités de représentation MG au conseil médical hospitalier</b>	Représentation du cercle (GLAMO) et de la FLAMG au conseil médical du CHR	Représentation de la SMSE et des maisons médicales de Seraing au conseil médical	
<b>Modalités de concertation MG-hôpital</b>	Projets thématiques : Trajet de soins, garde, centre de suivi de l'insuffisance cardiaque.	Participation des médecins spécialistes à la SMSE Réunions entre le CHBAH et les leaders de la MG du territoire de l'intercommunale	Réunions entre le CHBAH et les leaders de la MG du territoire de l'intercommunale

## 5.6 Participation des acteurs locaux à l'état des lieux

	<b>MG Liège</b>	<b>Hôpital Liège</b>	<b>MG Seraing</b>	<b>Hôpital Seraing</b>	<b>MG Waremme et Hannut</b>	<b>Hôpitaux Waremme</b>
<b>Structure interpellée</b>	CA GLAMO	Direction médicale Chefs de services hospitaliers sensibilisés	Président CEGES pour le CA CEGES  Président SMSE  Représentants des Maisons médicales au CEGES	Direction médicale  Président du conseil médical  Chefs de service sensibilisés	En cours	En cours
<b>Nombre de pers. sollicitées</b>	9	5	4	3		
<b>Commentaires reçus</b>	1	0	3	0	En cours	En cours



## 6 Enseignements du projet SYLOS 2013

### *1. La MG, et ses représentants, sont orientés vers d'autres points d'actualité que le dialogue interligne.*

---

Comme la demande d'intervention ne provient pas des structures locales, le projet ne peut s'appuyer sur une motivation préexistante et doit se frayer une place au milieu des autres sujets d'actualité,

L'actualité des cercles de médecine générale s'est principalement portée sur l'organisation de la garde de médecine générale (voir tableau-Contexte), en réponse à une pénurie marquée de médecins généralistes. Des modifications de financement des cercles sont aussi intervenues en cours d'année, pouvant représenter même une menace à court terme sur le fonctionnement de ces structures.

Ces sujets sont quelquefois à la source de tensions entre les lignes de soins et peuvent même constituer un frein au dialogue.

### *2. La structuration actuelle de la MG est en cours et le rôle de représentation est peu investi, au sein de la profession et vis-à-vis des autres interlocuteurs, notamment hospitaliers.*

---

(voir *La perception de la concertation et les attentes des médecins des 2 lignes de soins à Liège.*)

Cet enseignement est issu des entretiens réalisés à Liège avec les médecins généralistes du CA du GLAMO et les médecins Spécialistes du CHR.

L'observation des différences notables de représentation de la médecine générale au sein des conseils médicaux des structures hospitalières permet d'étendre ce constat aux autres contextes locaux.

Avant l'apparition des cercles de médecine générale, le rôle de représentation de la médecine générale échoyait aux structures locales spontanées, quand elles existaient. On retrouve ainsi la SMSE et les maisons médicales, mais pas le cercle au CHBAH ; de même au CHR où la FLAMG côtoie le représentant du cercle au conseil médical.

Ce fait peut être expliqué par la structuration récente de la médecine générale et la faible reconnaissance, par le cercle, les médecins généralistes eux-mêmes et les autres structures de soins, de ce rôle de concertation avec la 2<sup>ème</sup> ligne de soins.

### *3. Il existe un intérêt régional et national à la coordination locale entre lignes de soins.*

---

A plusieurs reprises, les chercheurs du DUMG et de l'IMT ont eu des contacts avec l'administration du Service Public de Wallonie et notamment avec l'Observatoire de la Santé Wallon.

Cela a donné lieu à la présentation de la dynamique SYLOS en cours lors d'une demi-journée de discussion et de réflexion sur les soins de 1<sup>ère</sup> ligne et leur articulation avec l'hôpital, le 15 mars 2013. Plus de 50 personnes, représentants d'horizons divers (administration, cabinet ministériel, universités, fédération des maisons médicales, ...) ont assisté à la présentation du projet SYLOS.

Le groupe SYLOS a été sollicité pour enrichir les réflexions sur la prise en charge des maladies chroniques par la participation d'un des chercheurs au processus de définition des points d'action par les professionnels de terrain en juin et juillet 2013. Cela a débouché sur la présentation par le SPF Santé Publique, conjointement avec l'INAMI et le KCE, de la Note d'orientation « Soins aux maladies chroniques » le 28 novembre 2013<sup>3</sup>.

Le projet SYLOS y est repris comme une modalité de collaboration structurée où la répartition des tâches entre les lignes de soins pourrait être expérimentée. Le but ultime étant toujours l'amélioration de la qualité des soins au patient.

### *4. La modification du financement hospitalier peut représenter une opportunité pour le rapprochement des 2 lignes de soins.*

---

Les soins transmuraux sont plébiscités par les instances nationales pour répondre au défi de soins complexes pour une part grandissante de la population (population âgée et multimorbide); ils visent à augmenter l'intégration des 2 lignes de soins pour augmenter la qualité des soins pour ces patients complexes.

Le SPF Santé Publique encourage, dans le cadre du contrat « Coordination Qualité et Sécurité des Patients », les hôpitaux à développer cette approche depuis 2011<sup>4</sup>.

Un des directions médicales rencontrées dans le projet a clairement mentionné que la concertation avec la médecine générale s'inscrivait dans ce nouveau cadre de réflexion et que s'engager dans la collaboration permettrait de préparer les futurs changements.

---

<sup>3</sup> [www.chroniccare.be](http://www.chroniccare.be) consulté le 10 février 2014.

<sup>4</sup> Note Conceptuelle Soins Transmuraux SPF Juin 2011; [http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Pluriannualprogramma2007-2012/Pillar2\(Proc.\)/index.htm#.UvkwTv39Sow](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Pluriannualprogramma2007-2012/Pillar2(Proc.)/index.htm#.UvkwTv39Sow) consulté le 10 février 2014

### ***5. Le système de santé local est complexe et les acteurs de terrain sont demandeurs de mieux le connaître.***

---

Le constat de la complexité locale de structuration de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins a amené l'équipe de recherche à proposer aux acteurs des différentes zones la réalisation d'un état des lieux local des 2 lignes de soins (voir plus haut).

Sa réalisation s'est voulue participative mais n'a bénéficié que de peu de participation effective de chacune des deux lignes de soins.

Le résultat est un document qui illustre les particularités locales de la structuration de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins, les caractéristiques majeures de l'hôpital et les modalités de concertation entre les lignes de soins.

Il a été bien accueilli par les acteurs des 2 lignes de soins à Liège et a été le moteur de la première rencontre. Ensuite, les échanges d'informations entre lignes de soins a continué en se centrant sur l'organisation de l'Aide Médicale Urgente.

La même dynamique d'information est toujours en cours à Seraing et Waremme.

### ***6. Une fois la démarche initiée, il existe un intérêt soutenu, au niveau des 2 lignes de soins, pour la concertation structurée.***

---

Les premières rencontres mixtes d'une concertation locale structurée sont marquées par un échange d'informations, sur le fonctionnement et les problèmes rencontrés par chacune des lignes de soins. Cela s'inscrit dans la continuité de l'apport d'information spécifique des documents d'état des lieux locaux.

Ces échanges sur le fonctionnement et la réglementation spécifiques et les problèmes rencontrés par chacune des lignes de soins sont présents à chacune des rencontres.

Il semble que cette phase de connaissance du contexte de travail de son interlocuteur soit une motivation importante à poursuivre les rencontres. A ce titre, le changement de rythme de rencontre observé à Liège depuis la 1<sup>ère</sup> rencontre mixte semble être un bon indicateur de l'intérêt des personnes impliquées dans le processus de concertation structurée.

Cet échange est d'autant plus important que le niveau de collaboration local était faible. C'était le cas des échanges entre CHR et le GLAMO à Liège, et pourrait expliquer la motivation plus faible à Seraing, où des échanges entre lignes de soins existaient déjà.

## 7. La relation 1<sup>ère</sup>-2<sup>ème</sup> lignes s'est actuellement limitée à la coordination entre médecins.

L'implication des autres acteurs de la 1<sup>ère</sup> ligne n'a pas encore été envisagée. Le système de santé belge reste centré sur le médecin et le mode communément admis de relations entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire est celui de la relation entre le médecin généraliste et le médecin hospitalier.

Dans le contexte d'évolution de l'organisation des soins de santé, pour répondre au défi du vieillissement, on parle toutefois de plus en plus de travail multidisciplinaire au sein de la 1<sup>ère</sup> ligne. Le nombre d'ASI continue à croître et les Maisons Médicales de Liège représentent le plus grand sous-groupe du cercle du GLAMO.

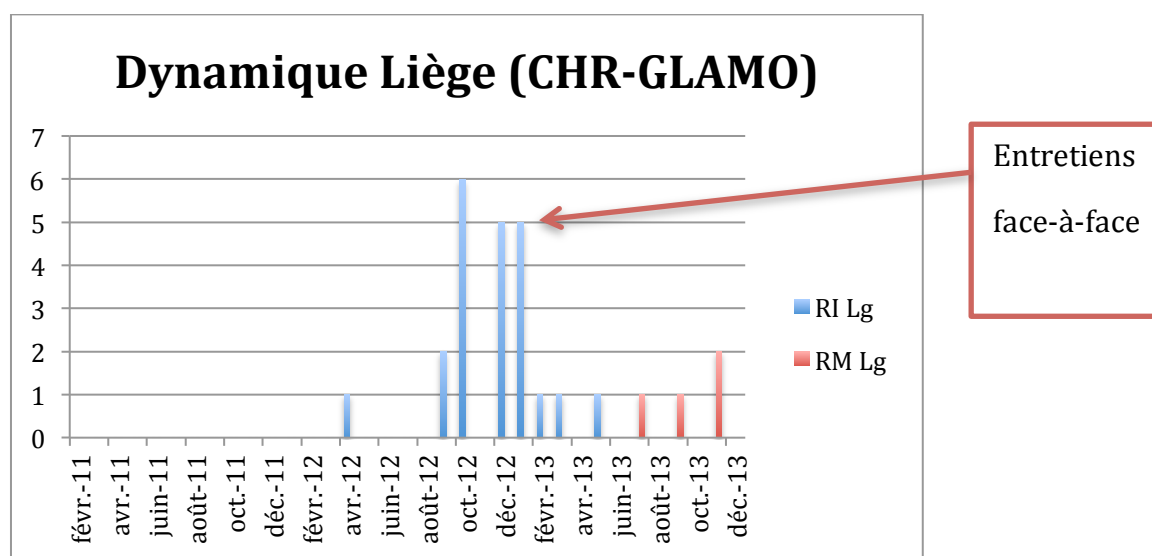
La nécessité d'impliquer aussi les maisons de repos dans le dialogue entre les lignes de soins a été évoquée plusieurs fois lors du dialogue interligne à Liège.

Une étape ultérieure serait d'évaluer l'opportunité de l'extension du dialogue entre lignes de soins aux autres professions de soins.

## 8. Les dynamiques sur chaque zone évoluent à des rythmes différents.

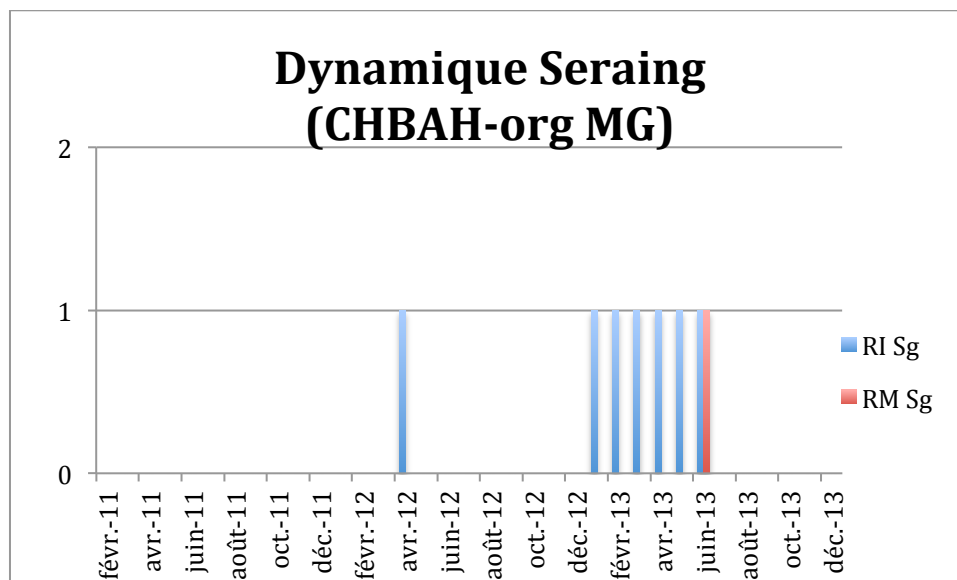
Les **rencontres individuelles (RI)** des représentants professionnels des 2 lignes de soins ont comme objectif de sensibiliser ces acteurs à l'intérêt de la concertation structurée. Elles sont a priori un préalable aux **rencontres mixtes (RM)**, regroupant les 2 lignes de soins de la même zone.

A Liège, nous avons observé, dans les suites de la première rencontre mixte en juillet 2013, une mutation des rencontres individuelles-séparées- en rencontres exclusivement mixtes et une accélération du rythme de ces rencontres. Les rencontres étaient jusqu'alors limitées à une ligne de soins et espacées de plusieurs mois.



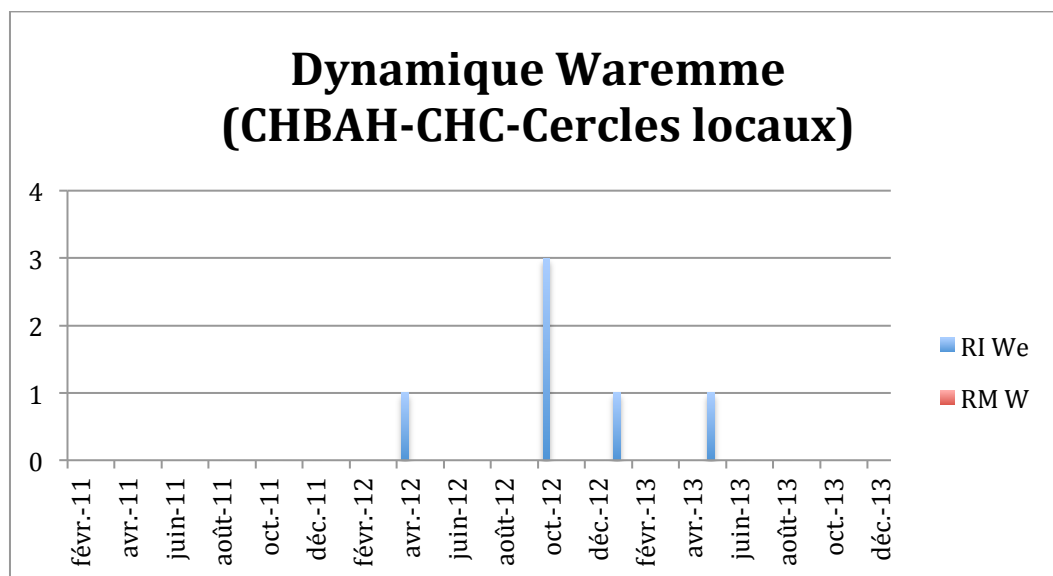
Graphique 1: Rythme des rencontres à Liège en 2013.

A Seraing, le groupe de chercheurs a été invité à assister à la rencontre mixte, organisée par le CHBAH à destination des représentants de la MG de l'intercommunale. Ce type de rencontre était la 3<sup>ème</sup> du genre; la précédente s'étant tenue en mars 2012. Contrairement à Liège, les rencontres individuelles et la rencontre mixte sont 2 processus indépendants.



Graphique 2: Rythme des rencontres à Seraing en 2013.

A Waremme, les rencontres individuelles n'ont pas été suivies de rencontres mixtes locales.



Graphique 3: Rythme des rencontres à Waremme en 2013.

### *9. Il y a une reconnaissance de la fonction (neutre) d'animation interligne de soins.*

---

Une fois les rencontres mixtes initiées, les acteurs ainsi sollicités ont, à maintes reprises, exprimé la nécessité de conserver la présence du groupe de recherche DUMG-IMT lors des rencontres.

C'est ainsi que la préparation et l'animation des réunions mixtes à Liège sont toujours confiées au groupe de recherche. De même, lors d'une rencontre plénière organisée par le GLAMO au CHR de la Citadelle sur le thème de « l'organisation de l'Aide Médicale Urgente à Liège », ce sont les membres du groupe SYLOS qui ont assuré l'animation.

## 7 Annexes

### 7.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

<i>Dans la suite de notre réunion à propos de la concertation entre MG et MS :</i>
Pourriez-vous évoquer des expériences de concertation que vous avez eues avec des prestataires ou services extérieurs au CHR Citadelle ?
<i>pour chacune, faire préciser :</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>de quoi il s'agissait ?</i></li><li>- <i>les personnes impliquées ?</i></li><li>- <i>qui avait initié cette concertation ? pourquoi ? Y a-t-il eu des réticences ou des difficultés afférentes à cette concertation ?</i></li><li>- <i>comment elle s'est déroulée ? problèmes ou points positifs</i></li><li>- <i>comment elle a évolué ? Cette concertation a-t-elle eu des effets positifs, bénéfiques (sur le cas en question ou sur la possibilité de faire des concertations à l'avenir) ?</i></li></ul>
Si une nouvelle concertation avec des MG était mise en place : Quelles seraient vos attentes, vos suggestions pour que cette expérience soit favorable ?
Pensez-vous également que vos interlocuteurs aient des attentes spécifiques ?
Quels sont les éléments qui pourraient provoquer un dysfonctionnement ? <ul style="list-style-type: none"><li>• Représentativité</li><li>• Mise en œuvre</li><li>• Motivation à y participer</li></ul>
Y a-t-il actuellement des initiatives locales de concertation entre MS et MG en cours de préparation ? Y a-t-il eu des précédents ? <ul style="list-style-type: none"><li>- y êtes-vous impliqué ?</li><li>- les connaissez-vous précisément ?</li></ul>
Voulez-vous ajouter d'autres choses que nous n'aurions pas évoquées encore ?

## 7.2 Annexe 2 : Etat des lieux des 2 lignes de soins à Liège en 2013 : le CHR et le GLAMO



### **7.3 Annexe 3 : Etat des lieux des 2 lignes de soins à Seraing en 2013 : le CHBAH et le CEGES**

