



# Les systèmes locaux de santé (SYLOS)

Une démarche de recherche-action pour l'amélioration de la coordination entre hôpital et médecins généralistes.

.....

*Le projet SYLOS vise à améliorer la coordination entre hôpital et médecins généralistes, ainsi que la qualité de soins. Son originalité tient à une démarche de recherche-action impliquant les acteurs concernés : des médecins hospitaliers, des généralistes, d'autres professionnels de santé, encadrés par une équipe de recherche de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (IMT). Pour les professionnels du terrain, il s'agit avant tout d'améliorer leurs pratiques ; les chercheurs visent aussi à tirer des enseignements adaptables à d'autres contextes (notamment le Tiers Monde).*

*C'est pour expliciter de quelle manière une recherche-action peut influencer sur les pratiques, que Jean-Pierre Unger (Institut de médecine tropicale) a été invité à présenter cette expérience lors du colloque.*

*Le projet SYLOS a par ailleurs été décrit dans un dossier de Santé conjugulée consacré à l'échelonnement<sup>1-2</sup> ainsi que dans d'autres articles scientifiques<sup>3-4</sup>. Nous invitons le lecteur à consulter ces articles pour plus de précision, l'exposé présenté ci-dessous se centrant sur les différentes étapes de cette recherche-action.*

.....

Le projet SYLOS a débuté, de manière exploratoire, en 1994 dans un quartier du centre de Bruxelles situé autour de la clinique César De Paepe. Trois structures hospitalières sont actuellement impliquées : l'hôpital Molière à Bruxelles depuis 1996, l'hôpital Sint Vincentius à Anvers depuis 1995 et l'hôpital de Malmédy depuis 1999 (trois autres structures ont participé à l'expérience, mais pendant une courte durée, de deux à quatre ans).

L'initiative partait du constat de manque de coordination entre le premier et le deuxième échelon (la médecine générale et l'hôpital), problème bien connu des acteurs de terrain. L'analyse du système de santé belge met en lumière certaines faiblesses de structure : le système repose sur une bureaucratie professionnelle impliquant de multiples acteurs, qui travaillent sans beaucoup de coordination ; la qualité des soins est rarement évaluée, et il n'y a dès lors quasiment pas de mécanismes correcteurs. D'où inefficience et carences dans le suivi des patients.

A partir de ce constat, le projet a cherché à améliorer les soins et le système selon des critères de qualité, définis par un modèle de référence (un 'idéal' à atteindre), soit :

- des soins centrés sur le patient, continus, efficaces, efficients ;
- un système intégré : pas de trous entre le premier et le deuxième échelon, information pour le suivi des patients, accès à la meilleure structure requise par l'état du patient, décentralisation optimale des technologies médicales ; et la première ligne (médecine générale) comme porte d'entrée dans le système.

Pour structurer la recherche, la méthode de recherche-action a été retenue.

L'hypothèse était que l'on peut rapprocher la réalité du modèle de référence en organisant un système de santé local intégré (SYLOS), dans lequel les acteurs s'approprient certaines méthodes réflexives. Il s'agit de méthodes conçues pour analyser les pratiques, entre acteurs impliqués, puis

*Jean-Pierre Unger, médecin, chercheur à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.*

*(1) Jean-Pierre Unger, Monique Van Dormael, Jacques Unger, Jean Van der Vennet, Michel Roland, « Les systèmes locaux de santé, un élément de réponse à la crise du secteur de la santé en Belgique ? », Santé conjugulée n°13, juillet 2000.*

*(2) Marie-Jeanne Wuidar, « Le Sylos-Molière », Santé conjugulée n°13, juillet 2000.*

**Mots clés :**  
recherche-action, échelonnement, soins de santé primaires, hôpital

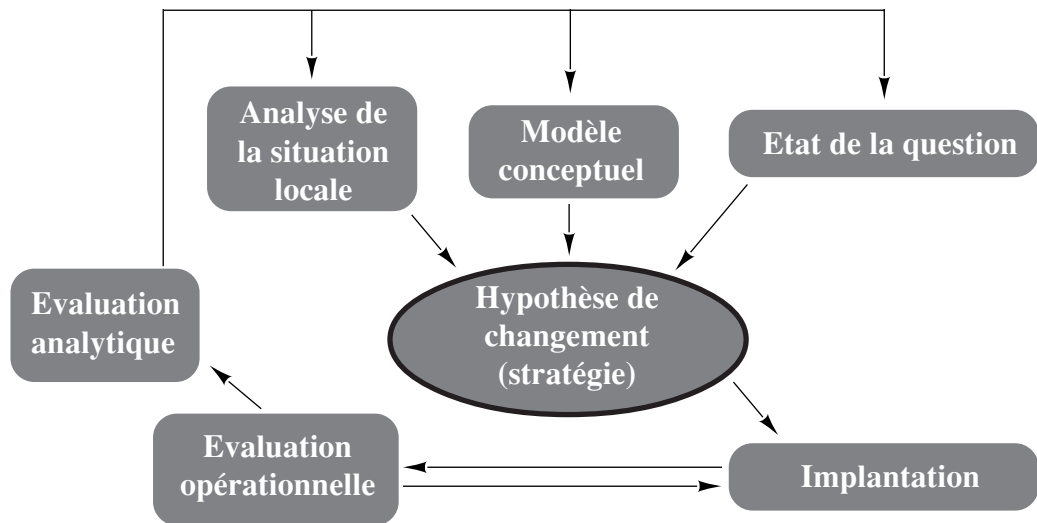


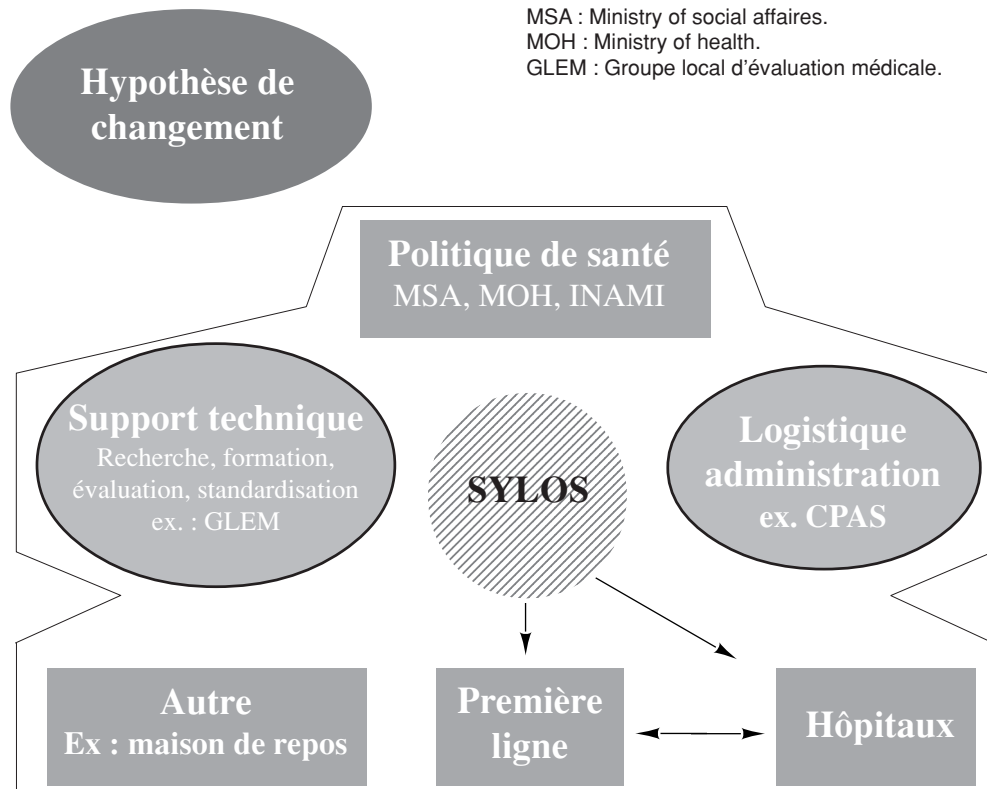
Diagramme 1 : les étapes d'une recherche-action

(3) J.-P.Unger, B.Criel, J. Van der Vennet, S.Dugas, P.Ghilbert, P. De Paepe, M.Roland, « Health districts in Western Europe. The Belgian local health systems project e-Letter. » BMJ, [http://bmj.com/cgi/eletters/328/7443/](http://bmj.com/cgi/eletters/328/7443) DCI#59220, 13 May 2004.

identifier et mettre en œuvre les corrections nécessaires. Comme dans toute recherche-action, les acteurs de terrain travaillent dans un même contexte : médecins généralistes et hospitaliers d'une même entité locale (ils partagent le suivi de certains patients), infirmières, assistantes sociales, et responsables d'organisations

locales impliquées dans le secteur (directeur de home, infirmière de réseau, membre d'une équipe de maison médicale, etc.).

Le diagramme 2 visualise les priorités d'action – les hypothèses – proposées par les chercheurs. Concrètement, des professionnels volontaires



MSA : Ministry of social affairs.  
MOH : Ministry of health.  
GLEM : Groupe local d'évaluation médicale.

Diagramme 2 : priorités d'action – hypothèses - proposées par les chercheurs

(4) J.-P.Unger, B.Criel, S.Dugas, J.Van der Vennet, M. Roland, "The local health systems (LHS) project in Belgium. Presentation at the 11<sup>th</sup> annual EUPHA meeting. Globalisation and Health in Europe : Harmonising Public Health Practices. 20-22 November 2003, Rome, Italy. Abstract", European Journal of Public Health 2003 ; 13 (Suppl.) : 26.



de la première et de la deuxième ligne forment une équipe de coordination locale (à Anvers et Bruxelles) ou un groupe de représentants (à Malmédy). Ils bénéficient du support méthodologique des chercheurs de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

## D'une grille de questions à la réorganisation des pratiques

Voici un exemple de méthodologie utilisée<sup>5</sup>. Les acteurs (qui conservent leurs tâches habituelles) analysent leur pratique à partir du cas d'un patient qu'ils partagent. Ils examinent son parcours de manière à identifier d'éventuels problèmes de prise en charge, les causes de ces problèmes et les moyens d'y remédier. Cette analyse se fait à l'aide d'une grille de questions portant sur :

- l'évaluation des résultats : évolution du patient, utilité de l'hospitalisation, etc. ;
- la prise de décision et le diagnostic : y a-t-il eu des examens inutiles, un oubli d'examen utiles, des examens mal réalisés ? ;
- le choix du traitement (quelles ont été les hypothèses diagnostiques, y a-t-il congruence entre les traitements et le diagnostic, a-t-on pris en charge les problèmes et les souffrances du patient, quelle a été l'efficacité du traitement, y a-t-il eu des effets secondaires, une iatrogénèse, des séquelles évitables ? ;
- le nursing : y a-t-il eu des incidents critiques, des problèmes qui auraient pu être évités par un meilleur nursing ? ;
- le type d'hospitalisation : l'hospitalisation a-t-elle été trop tardive, trop courte, trop longue ? Le choix du service a-t-il été judicieux ? Quelles ont été les mesures prises à la sortie ? ;
- la coordination avec d'autres services : a-t-on fait bon usage des services non médicaux (sociaux, etc.) avant et après l'hospitalisation ?

Suite à cette analyse, le groupe fait la synthèse des mesures à prendre pour corriger ou améliorer le système. Des sous-groupes mènent ensuite une recherche-action pour mettre en place des mécanismes correcteurs. D'autres méthodes (interviews, enquêtes, etc.) ont aussi été utilisées.

Ce processus a permis plusieurs modifications, en particulier des réorganisations de pratiques. Quelques exemples :

- à partir de l'analyse du cas d'un patient séro-positif usager d'héroïne, pour lequel le généraliste ne savait pas s'il aurait dû utiliser de la méthadone, une recherche a été menée afin d'optimiser le suivi des toxicomanes par les généralistes. Ceci a permis d'adapter les guidelines de la littérature et l'expérience d'un centre spécialisé aux conditions locales, et d'élaborer une instruction synthétique (un aide-mémoire d'une page) à l'usage des médecins généralistes (cet aide-mémoire fut ultérieurement diffusé par la Communauté française de Belgique aux médecins généralistes francophones) ;
- dans un hôpital, les généralistes ont été systématiquement associés aux décisions prises par les internistes en matière de stratégie thérapeutique et d'utilisation des institutions externes (placements, revalidation, etc.) ;
- certains besoins de formation des généralistes sont apparus dans divers domaines (dermatologie, maladies sexuellement transmissibles, etc.). Cela a permis d'orienter le travail de certains Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMS) (par exemple en matière de techniques de perfusion sous-cutanée utilisables au domicile du patient) ;
- ailleurs, une amélioration de l'organisation du service de radiologie d'un hôpital a permis d'accélérer la transmission des résultats d'examen demandés par les généralistes, ainsi que d'obtenir des protocoles conçus pour l'aide à la décision clinique.

## Pour une conception « systémique » du système de santé

Le projet SYLOS a été évalué à deux niveaux : Au niveau opérationnel, les processus et les résultats ont été évalués par l'échange d'expériences entre les différents SYLOS, par des observations directes, des enquêtes, des interviews. L'évaluation a été très positive en ce qui concerne certains processus (assistance technique, formation, support administratif) ; par contre, l'intégration verticale et le feedback

(5) J.-P. Unger, B. Marchal, S. Dugas, M.-J. Wuidar, D. Burdet, P. Leemans, J. Unger, "Interface flow process audit : using the patient's career as a tracer of quality of care and of system organisation", International Journal of Integrated Care - Vol.4, May 2004 - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>



aux *Ministry of health* (ministère de Santé publique) se sont avérés insuffisants ; et les acteurs ont estimé que le processus était trop lent et insuffisamment rigoureux.

- De manière générale, ont été améliorés
- les relations entre acteurs ;
  - la coordination entre structures (tiers) ;
  - la qualité des soins, pour des catégories spécifiques de patients ;
  - l'efficacité.

Enfin, last but not least, la validité du système local de santé a été reconnue par les professionnels.

L'évaluation analytique a cherché à définir comment le projet pourrait être reproduit. Elle a mis en évidence les conditions suivantes :

- la participation active de professionnels impliqués (élément-clé de toute recherche-action) ;
- le développement d'un SYLOS par hôpital ;
- la participation des médecins, mais aussi des infirmières et paramédicaux ;
- ainsi que celle de représentants de l'organisation (l'hôpital, le service de santé, etc.) ;
- une implantation initiale en zone « facile », là où il existe des liens d'amitié, et en zone

rurale par exemple. A contrario, les multiples lignes de référence en zones urbaines causent pas mal de problèmes dans l'organisation d'un SYLOS ;

- la disponibilité d'une assistance technique et méthodologique externe ;
- le financement de la participation des professionnels aux activités du SYLOS (qui n'a été financé par le ministère de la Santé que pendant quatre ans sur ses treize années d'existence).

L'innovation apportée par ce projet réside dans la discussion en interface, qui permet d'arriver à un consensus à propos des problèmes qui sont du ressort d'un seul niveau. En Belgique, cette conclusion détonne car les services de santé ne sont pas conçus de manière systémique ; cette absence de vision est due entre autres à la concurrence entre échelons, qui est inscrite dans les modes de financement des soins. Pour les chercheurs, l'intérêt de l'expérience tient à la possibilité de donner certaines fonctions d'équipe-cadre de district à des réseaux de professionnels motivés, qui agissent « de l'extérieur » sur le système, en influençant ses responsables.

En effet, dans les différents SYLOS, l'équipe de coordination n'a pas d'identité formelle ni de responsabilités officielles dans les domaines de la gestion et de la formation. Elle ne peut agir qu'en suscitant la conviction et l'adhésion des praticiens. Si elle disposait d'une autorité administrative, ses marges de manœuvres en matière de gestion et de planification augmenteraient. Mais l'expérience dans des systèmes de santé organisés de manière formelle montre que la seule autorité administrative ne suffit pas à emporter la conviction des professionnels, alors que cette conviction est essentielle à la mise en œuvre de toute politique de santé. ●