

# Responsabilité populationnelle en Belgique

## Le programme expérimental INTEGREGO

**Antoine MALONE** Responsable Pôle prospective, Europe, international, FHF

**Le concept d'intégration clinique, en particulier pour des populations atteintes de pathologies chroniques, s'impose comme un paradigme dominant à l'échelle mondiale. Dans l'Hexagone, la Fédération hospitalière de France s'est faite le promoteur de la responsabilité populationnelle, qui met l'accent sur cette dimension particulière de l'intégration.**

**D**e nombreux pays se sont lancés dans des expérimentations visant à créer de nouvelles organisations qui associent plusieurs types d'acteurs, à même de mieux prendre en charge des patients chroniques. En France, le volet « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) de l'article 51<sup>1</sup> cherche à créer des organisations similaires, partageant la responsabilité d'une population.

Nos voisins belges ont lancé un programme expérimental, très semblable à l'article 51 sur certains points et, surtout, presque identique à la démarche d'intégration clinique fondée sur la responsabilité populationnelle que porte la FHF. INTEGREGO est sensiblement plus avancé puisque les projets sélectionnés sont entrés dans leur phase opérationnelle. Une source d'inspiration très utile, dans une

période où de nombreux territoires français songent à se lancer dans des projets de type « article 51 ». Comment ce programme élaboré par nos collègues d'outre-Quévrain est-il construit ?

### Le « triple objectif » à l'échelle des populations

Le programme INTEGREGO est issu d'un accord intergouvernemental entre l'État belge et ses entités fédérées (Flandre, Wallonie, communauté germanophone et Bruxelles-Capitale). L'accord adopte comme cible le triple objectif : amélioration de la santé de la population, amélioration de la prise en charge des patients, au meilleur coût pour la société. Il s'appuie en outre sur une revue de littérature des composantes des soins intégrés et sur un mécanisme de garantie budgétaire. Dans son exécution, INTEGREGO allie rigueur conceptuelle et un haut niveau de liberté des acteurs de terrain (organisation, modes d'actions).

### Des exigences alignées sur le triple objectif et l'intégration clinique

Le programme s'appuie, comme l'article 51, sur un mécanisme d'appel à manifestation d'intérêt (AMI) : les candidatures émergent du terrain. Mais celles-ci doivent répondre à un certain nombre d'exigences. **FIGURE 1**

**>> La composition du consortium** qui répondra à l'AMI : celui-ci doit obligatoirement comprendre des acteurs de ville (médecins généralistes et infirmières) et des établissements, des acteurs de l'aide à domicile et du secteur social, des spécialités médicales sollicitées dans le cadre de pathologies chroniques, des structures de concertation et enfin des associations de patients. Ce socle minimal est nécessaire pour envisager une approche intégrée des besoins du patient.

## INTÉGRATION CLINIQUE

Les besoins d'une personne atteinte d'une ou plusieurs pathologies chroniques sont multiples : des services sociaux à la santé mentale en passant par les soins spécialisés et le suivi plus ou moins intense. Or, les organisations qui offrent ces services, tout comme leur financement, sont souvent fragmentées. La notion d'intégration clinique renvoie à l'objectif de faire fonctionner comme un système unique un ensemble de prestataire de services, indépendamment de leur affiliation, au sein d'un processus unique de prise en charge. (Curry et Ham, 2015)

>> **Le territoire sur lequel s'exercera l'action du consortium.** Cette zone d'un seul tenant, clairement délimitée afin notamment d'éviter les « fuites » de patients, doit concerner une population minimale de 75 000 habitants, mais comprend de préférence de 100 à 150 000 habitants. L'objectif ici est de générer des structures suffisamment imposantes pour produire un effet significatif et reproductible. En revanche, il n'est pas exigé de « couvrir » immédiatement la totalité du territoire défini.

>> **La population concernée :** une population atteinte ou à risque d'une pathologie chronique, suffisamment importante pour que les effets des actions puissent être mesurés. Cela signifie que le consortium visera le triple objectif pour une population donnée, dite « groupe cible », au sein du territoire défini.

>> **Des actions dans chacune des quatorze composantes des soins intégrés :** le consortium s'engage à mettre en œuvre ces actions sur une période de quatre ans. Ces composantes doivent obligatoirement être déployées, mais le rythme de leur déploiement, et même leur forme, sont laissés à l'initiative des acteurs de terrain. Ces composantes sont regroupées en trois « familles » : le partenariat avec le patient et ses proches, le développement du travail multidisciplinaire au-delà des frontières professionnelles et l'utilisation de données pour développer une culture de qualité, dont la stratification des besoins des populations ciblées. **FIGURE 2**

### Un intéressant mécanisme de « garantie budgétaire »

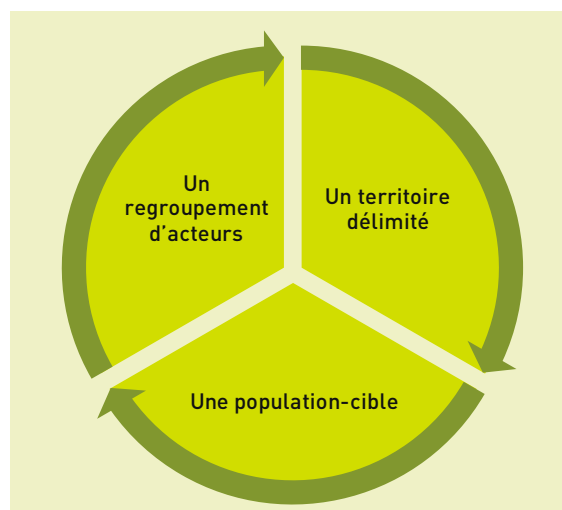
Un obstacle fréquent à la mise en œuvre du triple objectif relève de l'alignement des incitatifs entre acteurs. Améliorer la prévention et le suivi des patients pourrait, ainsi, conduire à diminuer le chiffre d'affaires des établissements de santé ou de certains professionnels. Cela est particulièrement vrai dans un modèle de paiement à l'acte.

Pour répondre à cet enjeu, nos collègues belges ont développé un mécanisme de « garantie budgétaire » : pendant la durée du projet (quatre ans), les acteurs d'un consortium se voient reverser les économies qui pourraient résulter d'une meilleure

1. Article 51 de la LFSS 2018.

2. Site web du projet 3C4H : <https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous/liege-huy-et-waremme-chronic-care-and-cure-health-3c4h>

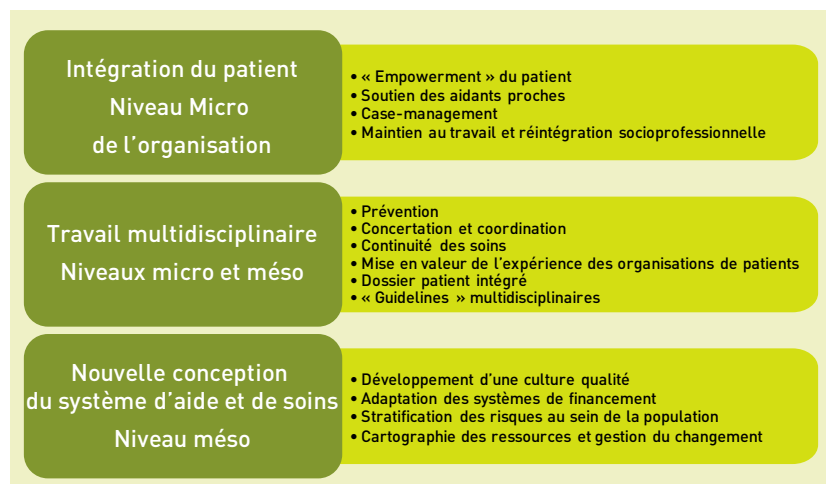
## INTEGREGO : LES INGRÉDIENTS DE BASE **FIGURE 1**



prise en charge de la population cible, au sens du triple objectif.

En pratique, cela suppose de calculer, en début d'année, la dépense générée par les patients du groupe cible, par exemple, 22 640 personnes souffrant de deux pathologies chroniques au sein de 44 communes de la province de Liège, soit 232 086 habitants<sup>2</sup>. Ce calcul génère un coût réel. Les dépenses de ce groupe cible sont ensuite comparées à une population similaire au niveau national : cela génère un « coût attendu ». C'est ce que devrait « coûter » cette population toutes choses étant égales par ailleurs. Bien entendu, toutes les choses ne sont pas égales, et cela implique une série d'ajustements pour tenir compte des « effets locaux » sur la structure de coûts. Mais en définitive, INTEGREGO est en mesure de garantir aux consortiums que la différence entre le coût réel et le coût

## LES QUATORZE COMPOSANTES DES SOINS INTÉGRÉS **FIGURE 2**



attendu leur sera reversée. En d'autres termes, si les acteurs parviennent à de meilleurs résultats de santé pour un coût moindre, ils conservent la différence et utilisent les montants correspondants comme ils le souhaitent.

### Quelques projets pilotes


Douze projets pilotes ont été retenus : six en Flandre, cinq en Wallonie, un à Bruxelles. Ces projets couvrent un très grand nombre de thématiques, de la précarité sociale (projet BOOST à Bruxelles) aux maladies neurodégénératives (projet PACT à La Louvière), en passant par une combinaison de pathologies physiques et de santé mentale (projet RÉLIAN à Liège). Grâce à nos collègues de Santhea, fédération d'établissements non confessionnels wallons et bruxellois, nous avons organisé une journée de travail sur le projet PACT avec des collègues de la région de La Louvière. Ce projet vise notamment à rompre l'isolement de personnes souffrant de maladies neurodégénératives et regroupe une trentaine d'organismes partenaires dans la province du Hainaut. Un travail colossal a été réalisé pour former la base du consortium, entre le CHU de Tivoli, les médecins et infirmières de ville et les associations de patients. Petit à petit, ce cercle s'est agrandi jusqu'à inclure des bibliothèques, des centres d'action sociale, des communes. De l'avis de nos collègues, cette phase de repérage et de cartographie des ressources s'est révélé déterminante. Il semble qu'en Belgique (aussi), chacun travaille en silo. Le fait d'aller à la rencontre de

l'autre, de le découvrir, et de savoir comment ses compétences parvenaient à combler un besoin identifié a joué un rôle moteur dans les phases préliminaires. Nos collègues wallons sont maintenant entrés en phase opérationnelle, qui se traduit par l'inclusion de patients au sein des programmes déterminés par l'ensemble des partenaires.

### Un bon équilibre entre structuration et liberté des acteurs

INTEGREGO pourrait être une source d'inspiration en France, à la fois auprès de ceux qui conçoivent les dispositifs expérimentaux et de ceux qui aimeraient mener des expériences. Son design est en effet assez robuste pour être évalué, tout en canalisant l'énergie des acteurs de terrain dans la direction souhaitée : un ensemble de services intégrés répondant aux besoins des populations. Il est également souple dans ses modalités et assez structuré pour guider des professionnels qui souhaiteraient se lancer, mais ne savent pas par où commencer - ce qui est souvent le cas, en raison du flou qui entoure les modalités précises d'expérimentation « article 51 ». Enfin, les très fortes similitudes de l'approche INTEGREGO avec le modèle d'intégration clinique fondé sur la responsabilité populationnelle ouvre des pistes de collaboration très prometteuses.

Pour s'en convaincre, nous invitons les lecteurs intéressés à visiter l'excellent site Web d'INTEGREGO : [www.integregio.be](http://www.integregio.be) ■



# L'HÔPITAL

## Du Moyen Âge à nos jours

# EN FRANCE

### Histoire & architecture

Comment est-on passé de la salle commune à la chambre individuelle ? Comment l'hôpital, d'abord hospice, est devenu établissement de soins ? Pourquoi l'hôpital « aériste » et le sanatorium (deux cas où l'on a cru pouvoir guérir par l'architecture) ont continué de se construire après la péremption de leur théorie fondatrice ? Quelle est l'histoire des maternités, des lazarets, des asiles d'aliénés ?

Autant de réponses à découvrir dans le voyage architectural auquel invite cet ouvrage.

**L'HÔPITAL EN FRANCE Du Moyen Âge à nos jours - Histoire & architecture**  
Éditions Lieux Dits - Collection Cahiers du patrimoine  
21 x 27 cm, 592 pages, 660 illustrations - 44 euros

2<sup>e</sup> ÉDITION  
MISE À JOUR !

**Lieux Dits**  
Éditions

UN  
VEN  
TAIRE

Disponible en librairie ou sur [www.lieuxdits.fr](http://www.lieuxdits.fr)