



3.4 Continuité des soins

La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, ainsi que la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté. »²⁶

Dans ce rapport, nous distinguons quatre aspects de la continuité : la **continuité de l'information** (la disponibilité et l'utilisation des données relatives à des contacts antérieurs du patient avec le système de santé), la **continuité relationnelle** (l'existence d'une relation durable entre le patient et un ou plusieurs dispensateurs de soins), la **continuité entre l'hôpital et la première ligne de soins** (la répartition cohérente des tâches entre les différents contextes de soins) et la **continuité de la coordination** (les liens entre différents dispensateurs de soins sur une période prolongée dans le temps en vue de réaliser un objectif commun).

Sept indicateurs ont été retenus pour évaluer ces différents aspects (voir Tableau 5). Les initiatives de soins intégrés et centrés sur la personne dans divers contextes sont également liées à la continuité et à la coordination des soins, mais sont décrites dans la section sur les soins centrés sur la personne. De plus, les initiatives sur l'hospitalisation à domicile sont décrites dans l'Encadré 8.

Encadré 8 – Hospitalisation à domicile

Même s'il n'existe aucun consensus sur la définition de l'hospitalisation à domicile (HAD), on peut dire qu'elle consiste à « délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital. »³⁴ Un élément important est le niveau de complexité des soins, qui doit être tel que, sans la possibilité d'HAD, le patient devrait nécessairement être traité à l'hôpital.

Cette approche permet de répondre à divers besoins et motivations : remédier au manque de lits disponibles dans les hôpitaux et tenter de réduire les coûts des soins, la durée de séjour et/ou le nombre

d'admissions, ou, du point de vue de la demande, permettre aux patients de rester dans leur environnement familial et respecter leurs préférences – en se basant sur le postulat que les patients préfèrent généralement rester chez eux.³⁴ Néanmoins, en Belgique, nous sommes en situation de surcapacité globale de lits dans les hôpitaux aigus (sauf pour les lits gériatriques).³⁵ Les défis majeurs se situent donc plutôt du côté de la continuité des soins, pour combler l'actuel fossé entre les soins primaires et secondaires, et maintenir les personnes dans l'environnement cliniquement adéquat le moins complexe possible.³⁴

En mars 2017, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a lancé douze projets pilotes sur l'HAD (cinq en Flandre, cinq en Wallonie et deux à Bruxelles). Ceux-ci sont axés sur l'antibiothérapie à domicile (huit projets) et d'autres types de soins tels que les traitements anticancéreux (cinq projets, dont deux axés sur le cancer du sein) ou les traitements hémato-oncologiques (un projet). Ces projets impliqueront en tout 1 300 patients et 35 hôpitaux, ainsi que des services de soins infirmiers à domicile et des médecins généralistes.³⁶

Depuis juillet 2023, l'HAD est mise en œuvre sur une base plus structurelle pour les patients ayant besoin de traitements antibiotiques ou oncologiques.

Continuité de l'information en médecine générale

Le dossier médical global (DMG) permet au médecin généraliste (MG) de collecter des informations dans la durée et de centraliser les données médicales de ses patients. L'utilisation du DMG a augmenté au fil des ans, avec une couverture passant de 52,1 % en 2010 à 83,3 % en 2021. Des différences peuvent s'observer en fonction de l'âge des patients. La couverture des personnes âgées était meilleure que celle des jeunes : en 2021, 93,2 % des patients âgés de 75 ans et plus avaient un DMG, alors que, pour les moins de 45 ans, ce pourcentage n'était que de 79,1 %. Il existe également des différences entre les régions : en Flandre, 87,8 % des personnes assurées avaient un DMG en 2021, contre 79,6 % en Wallonie



et 67,8 % à Bruxelles. Les différences en fonction du statut socioéconomique sont faibles (voir section 7.1).

Continuité relationnelle avec un médecin généraliste

L'indice *Usual Provider Continuity* (UPC) correspond à la proportion de contacts du patient avec son « médecin généraliste habituel », c'est-à-dire celui qu'il a consulté le plus souvent au cours d'une période de deux ans.

Pendant la période 2020-2021, 60,3 % des patients ont vu leur MG habituel pour au moins trois contacts sur quatre en médecine générale (UPC $\geq 0,75$). Ce pourcentage était plus élevé en Wallonie (68,0 %) qu'à Bruxelles (60,3 %) et en Flandre (56,4 %) et était également plus élevé chez les patients les plus vulnérables (patients âgés de 65 ans et plus et groupes socioéconomiques défavorisés, voir section 7.1). Une tendance à la baisse est observée entre 2011 et 2021, un peu plus prononcée en Flandre que dans les autres régions.

Continuité des soins entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins

En dépit de l'avantage supposé d'un contact avec un MG dans la semaine suivant une sortie d'hôpital, ce contact n'a eu lieu que pour 43,5 % des patients âgés de 65 ans et plus en 2021. Cette proportion a diminué de manière régulière entre 2010 (54,8 %) et 2021 (43,5 %). Une proportion plus faible a été observée à Bruxelles (29,8 %, contre 45,2 % en Flandre et 42,7 % en Wallonie), ainsi que chez les patients qui ne recevaient pas de soins de longue durée (34,6 % chez les patients ne vivant pas en institution et ne recevant pas de soins infirmiers à domicile) et chez les patients âgés de 65 à 74 ans (33,7 %). Les différences en fonction du statut socioéconomique sont abordées dans la section 7.1.

Une limitation de cet indicateur est qu'il ne prend en compte ni la cause de l'hospitalisation ni sa durée, bien que ces facteurs aient évidemment une influence sur la nécessité d'un contact avec un MG après la sortie. Il n'est pas non plus possible de déterminer si le contact avec le MG résulte d'un plan de sortie proposé par l'hôpital ou d'une initiative personnelle du patient. De plus, le patient peut avoir eu un contact avec un autre professionnel de

la santé (par exemple, un médecin spécialiste, un infirmier à domicile ou un infirmier en maison de repos et de soins).

Coordination des soins ambulatoires aux patients diabétiques

Plusieurs mesures ont été mises en place par l'INAMI dans le but d'optimiser les soins aux patients diabétiques (passeport diabète, trajets de soins « maladies chroniques » et convention en matière d'autogestion du diabète).

Après une augmentation constatée de 2011 à 2019, la proportion des personnes traitées par insuline repris dans un de ces protocoles de soins (principalement la convention) a légèrement diminué en 2020 et 2021, tandis que pour les personnes traitées par des antidiabétiques oraux ou des solutions injectables autres que l'insuline, la proportion des patients repris dans un de ces protocoles de soins est restée faible (26,6 % en 2021, une moitié en passeport diabète, l'autre moitié en trajet de soins), mais a augmenté de 2011 à 2019 et est stable depuis lors. Pour les deux groupes de patients, cette proportion était plus élevée en Flandre et plus faible chez les patients vivant dans une structure de soins résidentiels. Les différences en fonction du statut socioéconomique étaient faibles (voir section 7.1).

La continuité des soins contribue également à l'efficacité du système de santé. On observe une diminution des hospitalisations liées aux complications du diabète au fil du temps (sauf en 2021, voir QE-2) – une tendance encourageante, même si l'impact réel de la continuité des soins sur ce résultat est difficile à évaluer.

Patients avec un pharmacien de référence

Depuis le 1er octobre 2017, l'INAMI a introduit un service de « pharmacien de référence » dédié aux personnes vivant avec une maladie chronique qui se rendent dans une pharmacie publique (à l'exclusion des personnes en maisons de soins ou en maison de repos pour personnes âgées). Ce service consiste à enregistrer les produits pharmaceutiques délivrés dans un dossier pharmaceutique (électronique), à procurer au patient un schéma de médication et à mettre celui-ci à la disposition d'autres prestataires de soins.



Cet indicateur évalue l'adhésion à ce service parmi les personnes ciblées par cette mesure, c'est-à-dire les patients qui, au cours des 12 derniers mois, se sont vu délivrer au moins 5 substances actives différentes avec 160 DDD ou plus pour au moins l'une d'entre elles.

L'âge moyen des patients ayant un pharmacien de référence était de 67,6 ans et la médiane de 68 ans (en 2022) ; 56,4% d'entre eux sont des femmes ; la proportion de patients bénéficiant de l'intervention majorée est de 27,5%.

La proportion de patients disposant d'un pharmacien de référence parmi les personnes ciblées par la mesure est passée de 15,0 % en 2017 à 38,7 % en 2021. La Flandre a une proportion plus élevée (44,6% en 2021) que Bruxelles (31,6%) et la Wallonie (29,9%). La tendance est à la hausse dans les trois régions.

Coordination des soins hospitaliers aux patients atteints d'un cancer

Nombre de pays ont introduit les concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) dans la prise en charge du cancer, afin de garantir que tous les patients bénéficient en temps utile d'un diagnostic et d'un traitement basés sur des données scientifiquement validées, et d'assurer la continuité entre les différents prestataires de soins.

Depuis l'introduction de codes de nomenclature spécifiques pour les COM en 2003, une augmentation rapide de leur utilisation a été constatée pour tous les types de cancer. Globalement, 90,4 % des patients en oncologie ont fait l'objet d'une COM en 2021 (contre 52,5 % en 2004 et 83,4 % en 2012). Certaines variations dans l'utilisation des COM ont été observées selon le type de cancer (95,5 %, soit l'utilisation la plus élevée, pour le cancer du sein et 75,6 %, soit l'utilisation la plus faible, pour le mélanome malin en 2021), mais les différences étaient moins prononcées qu'en 2004.

Au cours de la période 2004-2021, on constate une utilisation croissante des COM dans les trois régions. De plus, l'importante variabilité d'utilisation des COM qui était initialement (c'est-à-dire en 2004) observée entre les

régions, avec la Flandre présentant le pourcentage le plus élevé, s'est clairement réduite au cours de ces dernières années. En 2021, le pourcentage des COM n'était que légèrement plus élevé en Flandre (91,6 %) qu'à Bruxelles (89,3 %) et en Wallonie (88,2 %).

Une limitation de cet indicateur est que, dans la mesure où il se concentre sur un groupe bien spécifique de pathologies, il n'offre qu'un tableau restreint de la coordination des soins au sein de l'hôpital.

Conclusion

Les indicateurs de continuité des soins livrent des résultats contrastés. La coordination des soins affiche des résultats positifs dans le secteur des soins primaires aux personnes vivant avec le diabète et traitées par insuline (proportion de patients repris dans un protocole de soins) ou dans le secteur hospitalier pour les patients atteints d'un cancer qui doivent faire l'objet d'une COM. Les résultats sont cependant décevants pour les personnes vivant avec le diabète et traitées par des antidiabétiques autres que l'insuline. Dans cette population, il semble qu'il existe bien une structure favorisant la coordination des soins, mais qu'elle ne soit que peu utilisée. Les trois autres indicateurs concernent les MG et livrent des résultats moyens : l'utilisation du DMG est élevée dans la population, la continuité relationnelle mesurée par l'indice UPC pourrait être améliorée, même si elle est relativement bonne pour les patients les plus vulnérables (patients âgés de 65 ans et plus et groupes socioéconomiques défavorisés), et le pourcentage de contacts après hospitalisation des patients âgés de 65 ans et plus reste assez faible.

Cette évaluation comporte néanmoins deux limitations : ces quelques indicateurs ne livrent qu'un tableau partiel des nombreuses facettes de la continuité des soins, et la comparaison avec les résultats d'autres pays est très difficile faute d'indicateurs internationaux et donc de données concernant cette dimension.



Tableau 5 – Qualité : indicateurs de continuité des soins

(ID)	Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14 (moyenne)
Continuité de l'information en médecine générale									
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)	+	83,3	2021	87,8	79,6	67,8	AIM	-
Continuité relationnelle avec un médecin généraliste									
QC-2	Indice UPC (<i>Usual Provider Continuity</i>) $\geq 0,75$ (% de patients ayant eu 3 contacts ou plus avec un médecin généraliste au cours des 2 dernières années)	-	60,3	2021	56,4	68,0	60,3	AIM	-
Continuité entre l'hôpital et la 1^{re} ligne de soins									
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	-	43,5	2021	45,2	42,7	29,8	AIM	-
Coordination des soins ambulatoires									
QC-4	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	-	86,0	2021	88,2	84,2	81,1	AIM	-
QC-5	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)	ST	26,6	2021	32,8	17,7	24,0	AIM	-
QC-7	Personnes disposant d'un pharmacien de référence (% des personnes qui devraient avoir un pharmacien de référence)	+	38,7	2021	44,9	29,9	31,6	AIM	-
Coordination des soins hospitaliers									
QC-6	Patients atteints de cancer discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (% des patients atteints de cancer)	↗	90,4	2021	91,6	88,2	89,3	RBC	-

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée. Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).