

Extension pratique du modèle bio-psycho-social en médecine, la prescription sociale ouvre une piste de réflexion concernant l'organisation des soins de santé primaires.

La prescription sociale : un sens pour la médecine générale en Belgique ?

Étude pilote qualitative auprès des médecins généralistes et des patients de la maison médicale d'Ougrée.

Auteur :

Dr Godin Géraldine

3^{ème} année d'assistanat de médecine générale
UCLouvain

Promoteur et co-promoteur du projet :

Professeur **Alexandre Mouton** (ULiège)
et
Professeur **Jean Macq** (UCLouvain).

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCTION.....	6
A. Préambule.....	6
B. La prescription sociale en soins de santé primaires.....	7
B.1 Généralités.....	7
B.2 Agent de liaison : nouvel acteur des soins de santé primaires ?.....	11
B.3 Quelle place pour la prescription sociale dans le monde et en Belgique ?.....	13
B.4 Intervention de prescription sociale basée sur des bilans en littératie physique : description et objectif du projet pilote	15
2. MÉTHODE	16
A. Type d'étude.....	16
B. Critères méthodologiques.....	17
B.1 Planification, méthode d'échantillonnage et collecte de données	17
B.2 Critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée	19
☐ Critères d'inclusion	19
☐ Critères d'exclusion	20
B.3 Analyse des résultats.....	20
B.4 Éthique	20
3. RÉSULTATS.....	21
A. Points de vue des patients.....	21
A.1 Forces motrices influençant la participation et la poursuite du projet	21
A.1.1 Nouvel acteur au sein des soins de santé primaires : un complément à la consultation ?	21
A.1.2 Le patient : acteur de sa santé	22
A.1.3 Bénéfices des bilans en littératie physique	23
A.2 Obstacles au maintien du projet.....	23
A.2.1 Nouveau paradigme : compréhension et appropriation de la démarche	23
A.2.2 Limites physiques de l'activité.....	24

A.2.3 Structure d'accueil : accessibilité – disponibilité et financement	24
B. Points de vue des prestataires des soins de santé et de l'agent de liaison	25
B.1 Obstacles à la démarche.....	25
B.1.2 Temps et disponibilité	25
B.1.2 Financement	26
B.2 Forces motrices du projet et perspectives	26
B.2.1 Approche holistique centrée sur le patient	26
B.2.2 Rôle de la société en soins de santé primaires	27
5. DISCUSSION	28
A. Éléments clés du projet pilote	29
B. Limites du projet pilote	29
C. Résultats par rapport à d'autres études	31
C.1 Application d'un modèle théorique convaincant	31
C.2 Cadre de la prescription sociale	31
C.3 Position du médecin traitant face à un nouveau modèle.....	32
C.4 Vers une évolution des mentalités au sein des soins de première ligne	32
C.5 Place et compétences d'un nouvel acteur de soin.....	33
C.6. Responsabilité et durabilité des structures d'accueil	33
C.7 Société et soins de santé primaires.....	33
C.8. Éthique et prescription sociale : vers une société plus « juste » ?	34
C.9 Synthèse : analyse SWOT.....	36
D. Perspectives pour la médecine générale	37
6. CONCLUSION.....	39
7. BIBLIOGRAPHIE	40
8. ANNEXES	43
8.1. Définition de la littératie physique	43
8.2 Guide d'entretien : interview semi-dirigée avec les intervenants internes participants aux bilans de littératie physique.....	43
8.3 Guide d'entretien : interview semi-dirigée avec les intervenants externes participants aux bilans de littératie physique.....	43

8.4 COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research.....	43
8.5 Tableau reprenant certaines caractéristiques des patients participants	43
8.6 Prototype de prescription papier référant le patient vers l’agent de liaison	43
8.7 Interviews des patients et des prestataires de soins.....	43
8.8 Avis favorable du comité d’Éthique hospitalo-facultaire	43

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la mise en place de ce projet pilote. Un remerciement particulier à ma sœur qui m’a parlé du sujet et qui m’a donné envie de le partager.

Je voudrais remercier le professeur Alexandre Mouton, professeur à l’Université de Liège et mon promoteur de mémoire, qui a pris le temps de s’intéresser à mon sujet. Je le remercie sincèrement pour sa disponibilité, le temps qu’il m’a consacré et ses conseils qui ont alimenté mes réflexions et permis de construire le projet.

Je tenais ensuite à remercier le professeur Jean Macq dont les réflexions m’ont permis de développer mes idées.

Je remercie également Laurane le Boulenger, agent de liaison dans ce projet, pour son temps, son dévouement et son professionnalisme.

Merci à mes parents, mes grands-parents et ma belle-mère pour leur relecture, leur soutien et leur écoute !

ABSTRACT

Objectifs : Dans une société où la population est vieillissante et les maladies chroniques de plus en plus présentes, le modèle bio-psycho-social prend tout son sens au sein des soins de santé primaires. Les déterminants sociaux de la santé occupent d'ailleurs une place grandissante en médecine de première ligne où la demande de soins holistiques est croissante. (1) Par conséquent, le modèle de « *Social Prescribing* » ou prescription sociale, introduit dans de nombreux pays ces dernières années, permet l'intégration des soins non médicaux dans le système de soins de santé primaires sans surcharger le professionnel de santé. (2) Cette étude définit la prescription sociale et évalue un projet pilote mis en place en Belgique en 2022 pour tester le modèle en ciblant la prescription d'activité physique. Finalement, elle discute des forces et des faiblesses du modèle afin d'envisager sa mise en place en Belgique.

Méthode : Le projet pilote consistait en une promotion de la prescription sociale par les médecins d'une maison médicale. La démarche amenait les patients à une rencontre avec un agent de liaison pour un bilan de littératie physique. Le but de cette étude était donc d'explorer, qualitativement, les opinions des patients et des professionnels de soins de santé primaires de la maison médicale à propos de la démarche proposée. Les résultats proviennent d'un entretien semi-directif avec les patients et les médecins impliqués dans la démarche.

Résultats: Les forces motrices du projet pilote incluent une prise en charge holistique centrée sur le patient, un renforcement du bien-être psychique et physique, et une responsabilisation du patient sur sa santé. En outre, le projet soutient une approche préventive. Les faiblesses sont toutefois nombreuses, notamment celles qui concernent les normes et la durabilité du modèle, la disponibilité des services offerts, le soutien financier et le faible engagement des participants.

Conclusion : Cette étude met en évidence des lignes directrices dans le but d'introduire le modèle dans la pratique des soins de santé primaires en Belgique. Bien que le projet montre des limites, le modèle théorique reste prometteur et ouvre de nouveaux horizons potentiels pour la pratique de la médecine générale en Belgique.

Mots-clés : prescription sociale, modèle bio-psycho-social, déterminants sociaux de la santé, soins non-médicaux, agent de liaison, référence communautaire.

1. INTRODUCTION

A. Préambule

Dès le début de leur formation, les professionnels de la santé et notamment les médecins généralistes sont sensibilisés, et par ailleurs conscients, que la médecine ne s'arrête pas à la maladie. En effet, il existe de nombreux facteurs sociaux et économiques qui ont un impact parfois non négligeable sur la santé des patients. Il est d'ailleurs admis que seuls 20% de la santé d'un patient est déterminé par l'accès et la qualité/quantité de soins. (1) Les déterminants sociaux de la santé contribuent ainsi à 80% de la santé et du bien-être des individus.(2)

Toutefois, la culture actuelle des consultations s'oriente principalement vers des contenus médicaux et certaines barrières se dressent encore lorsqu'il s'agit d'aborder les déterminants bio-psycho-sociaux. D'ailleurs, lors de mon assistantat de médecine générale, la durée moyenne d'une consultation était de vingt minutes. Je me suis alors rendu compte qu'il n'était pas facile, en si peu de temps, de s'intéresser à l'environnement culturel, aux centres d'intérêt ou encore aux contacts sociaux des patients. Quand bien même le patient se présenterait à plusieurs occasions, permettant ainsi de connaître progressivement son environnement bio-psycho-social, encore faut-il connaître les ressources pertinentes disponibles afin de les proposer de manière adéquate aux patients.

En discutant avec ma sœur, qui habite à Londres depuis près de dix ans, je découvre un nouveau terme : « *Social Prescribing* ». Intriguée, je me suis renseignée et il m'est alors apparu indispensable de parler de ce modèle de prescription. Mais de quoi s'agit-il ? Le modèle de « *Social Prescribing* » est en réalité une formalisation concrète du modèle bio-psycho-social au sein de la pratique des soins de santé primaires. L'intérêt de ce mémoire est de définir le concept, de comprendre les enjeux, défis et perspectives de ce modèle innovant et d'étudier sa mise en place en Belgique.(3)

En cherchant des informations dans la littérature concernant ce modèle de prescription, j'ai pris connaissance du projet du professeur Alexandre Mouton. Ce dernier est chargé de cours à l'Université de Liège et travaille sur les concepts de littératie physique et de sport sur ordonnance. Après le partage de nos objectifs, je me suis rendu compte que la structure qu'il avait mise en place dans le cadre de ses recherches correspondait à ce que je voulais construire à plus petite échelle.

B. La prescription sociale en soins de santé primaires

B.1 Généralités

Les déterminants sociaux de la santé occupent une place importante pour la santé d'une personne et sont de plus en plus reconnus (isolement, précarité, sédentarité, etc.). Tant en préventif qu'en curatif, le modèle bio-médical actuel est trop souvent centré sur les causes proximales de la maladie comme les antécédents ou les comorbidités, plutôt que sur les causes fondamentales qui sont souvent sociales. En effet, les conditions socio-économiques ou culturelles peuvent être les causes de maladies représentées en médecine générale et les besoins socio-économiques et culturels sont l'expression de ces conditions défavorables à la santé.(4) La santé est donc un processus dynamique qui résulte finalement de l'interaction d'un individu et de son environnement.(5) Il est ainsi indispensable d'orienter l'attention des professionnels de la santé vers ces déterminants sociaux de la santé. Le tableau suivant, publié par l'OMS (1998 ; 2004 ; 2008), est un exemple non exhaustif illustrant l'influence des déterminants sociaux sur la santé des individus.(6)

Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

Figure 1 : Exemples d'influence de certains déterminants sociaux sur la santé de la population selon l'Organisation Mondiale de la Santé. (6)

De surcroît, la carte de la santé suivante (2010, Québec) illustre bien l'influence mutuelle et dynamique des déterminants sociaux de la santé en les classant en quatre champs. Cette schématisation met ainsi en avant que la santé de la population est un objectif partagé et intersectoriel qui va au-delà du simple système défini par un médecin et son patient.

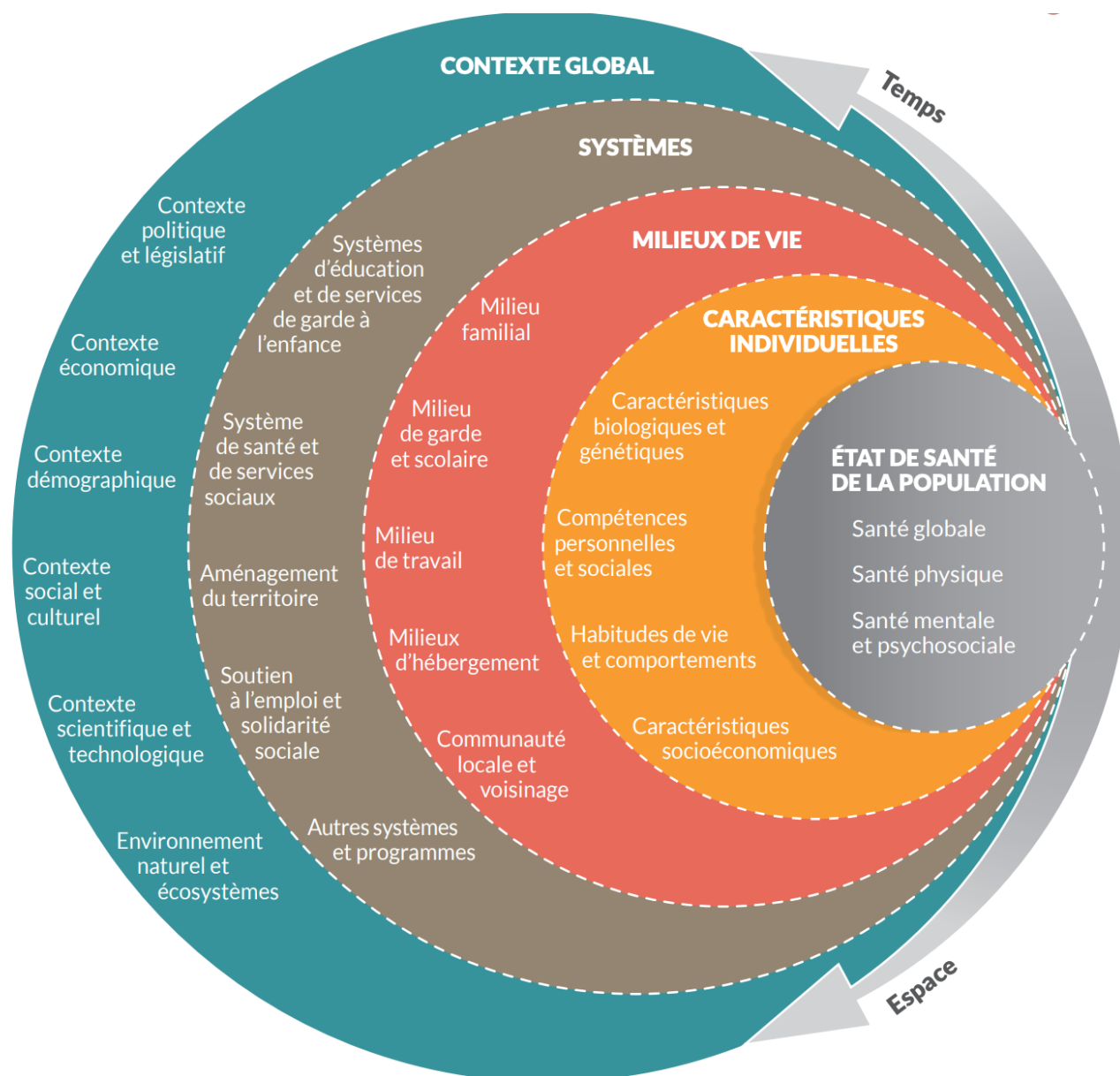


Figure 2 : Carte de la santé et de ses déterminants, à situer dans l'espace-temps et le contexte particulier d'un individu. (5)

Toutefois, le contexte bio-psycho-social d'un patient dépasse souvent la seule action du professionnel de la santé qui manque de moyens et de temps pour en développer les différents aspects. Les déterminants sociaux de la santé représentent ainsi un paradoxe. D'une part, le médecin de famille est sensible et peut comprendre comment le contexte socio-

économique et culturel influence la santé physique et psychique d'une personne. D'autre part, la formation médicale est souvent réductionniste et s'intéresse principalement à la maladie et sa physiopathologie. De nombreux professionnels de la santé se sentent ainsi démunis et mal préparés pour répondre aux besoins sociaux des patients.(7)

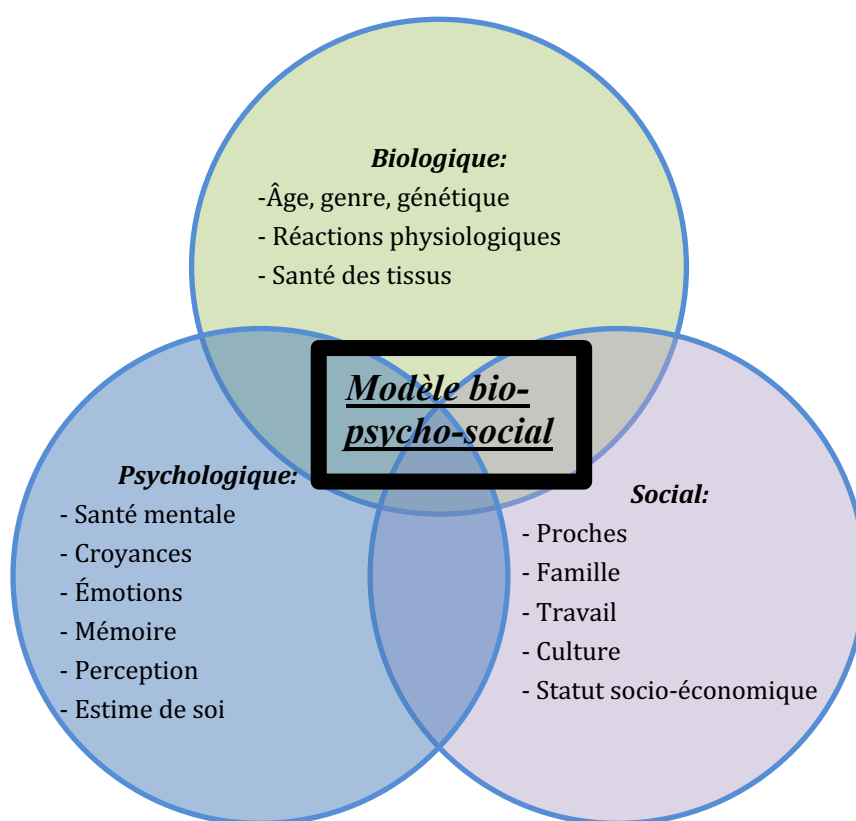


Figure 3 : Illustration du modèle bio-psycho-social de la santé (European pain Federation -EFIC).

Le terme de « *Social Prescribing* », ou prescription sociale [traduction libre], est un terme généralisé qui représente une prise en charge holistique, communautaire et personnalisée des patients afin de leur permettre d'identifier leurs besoins et de trouver des solutions adaptées pour améliorer leur santé.(8) Selon le King's Fund, groupe de réflexion indépendant impliqué dans l'organisation du système de soins de santé au Royaume-Uni, « *la prescription sociale permet aux médecins généralistes, infirmières et autres professionnels de soins primaires d'orienter les personnes vers une gamme de services locaux non cliniques pour soutenir leur santé et leur bien-être [Traduction libre].* » (9) L'objectif est ainsi d'élargir le champ d'action au-delà de la prescription pharmacologique en intégrant de manière structurée des besoins sociaux de la santé au sein des soins de santé primaires. Ce modèle engage donc à un changement de culture dans un contexte de surmédicalisation de la santé.

Selon le modèle développé au Royaume-Uni, pour que la prescription sociale soit un succès et apporte un réel bienfait au patient, il faut que la référence vers des ressources communautaires soit pertinente et que les activités proposées soient maintenues pendant un laps de temps suffisant. Cependant, il n'est pas simple d'orienter de manière adéquate le patient vers des prestations de qualité, durant un délai raisonnable et de soutenir le maintien de cette activité. Pour faciliter le développement de la prescription sociale sans charger les médecins traitants, le modèle introduit le rôle d'« *agent de liaison* » au sein des soins de santé primaires. Ce dernier crée un lien entre le médecin traitant, le patient et le secteur tiers, et prend le temps de comprendre les racines du problème pour accompagner le patient dans la prise en charge de sa santé de manière globale. Cette relation triangulaire distingue la prescription sociale des autres approches en santé communautaire et sa qualité constitue la clé de la participation et du maintien de l'activité par le patient. Il existe également d'autres modèles de prescription sociale qui ne seront pas abordés dans ce travail afin de ne pas surcharger la définition (ligne téléphonique, etc.). (10)

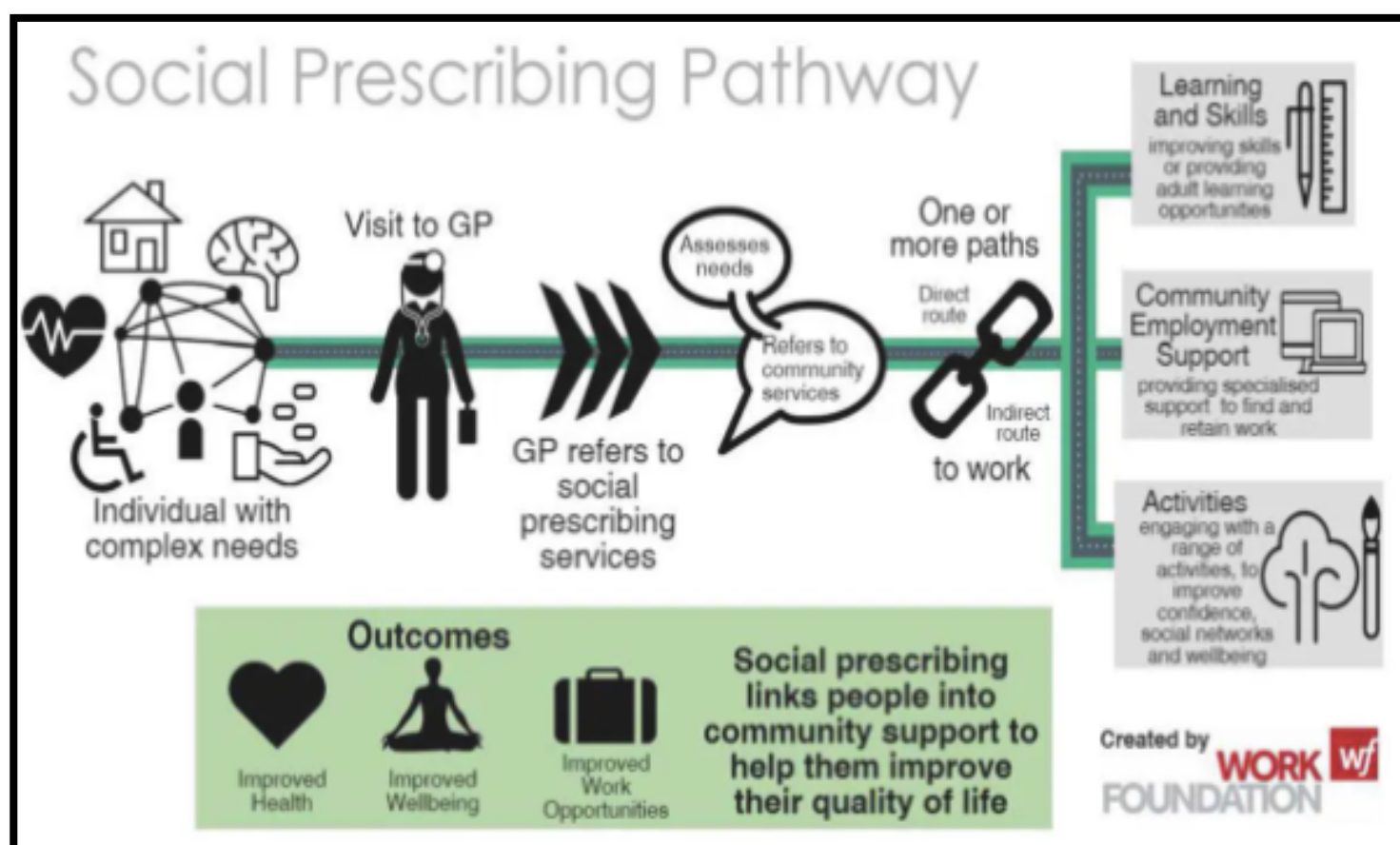


Figure 4 : Représentation de la démarche lors d'une prescription sociale au Royaume-Uni. (The Work foundation's social prescribing pathway – College of Medicine and integrated health)

B.2 Agent de liaison : nouvel acteur des soins de santé primaires ?

Les personnes qui acceptent d'être impliquées et formées à la prescription sociale sont connues par divers noms : coordinateur de soins, connecteur communautaire, formateur en santé. Le terme d'« agent de liaison » est intéressant puisqu'il met en évidence le lien de ce professionnel avec le médecin traitant et le patient.

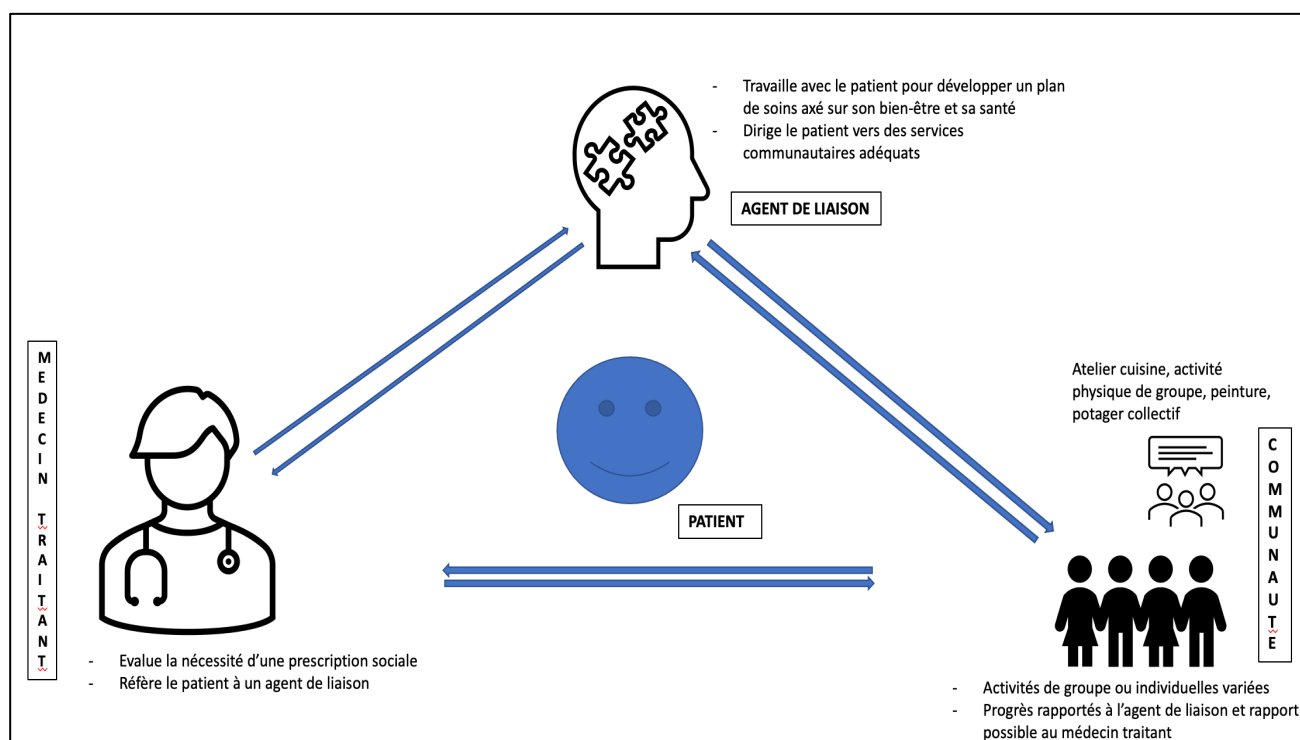


Figure 5 : Illustration adaptée de la relation triangulaire formée par le médecin traitant, l'agent de liaison et la communauté. (World Health Organization 2022 – A toolkit on how to implement social prescribing)

L'intérêt d'un agent de liaison est qu'il travaille en collaboration et assure la médiation entre le patient, les prestataires de soins et les différentes ressources communautaires, souvent méconnues. L'objectif est de créer des communautés locales qui travaillent en collaboration avec le secteur des soins de santé primaires afin de participer à la santé de sa population. (10) L'agent de liaison crée ainsi un contact avec les différentes organisations d'un quartier et guide le patient vers des aides personnalisées en l'accompagnant au mieux dans ses démarches. Le médecin traitant garde toutefois un rôle central puisqu'il va s'intéresser de manière plus ou moins large aux besoins sociaux de ses patients afin de déterminer l'intérêt d'une prescription sociale dans un contexte déterminé. Si le médecin décide de prescrire une référence communautaire, l'agent de liaison peut alors prendre le relais afin d'évaluer plus précisément les besoins du patient et le diriger vers des ressources adéquates.

Our social prescribing model

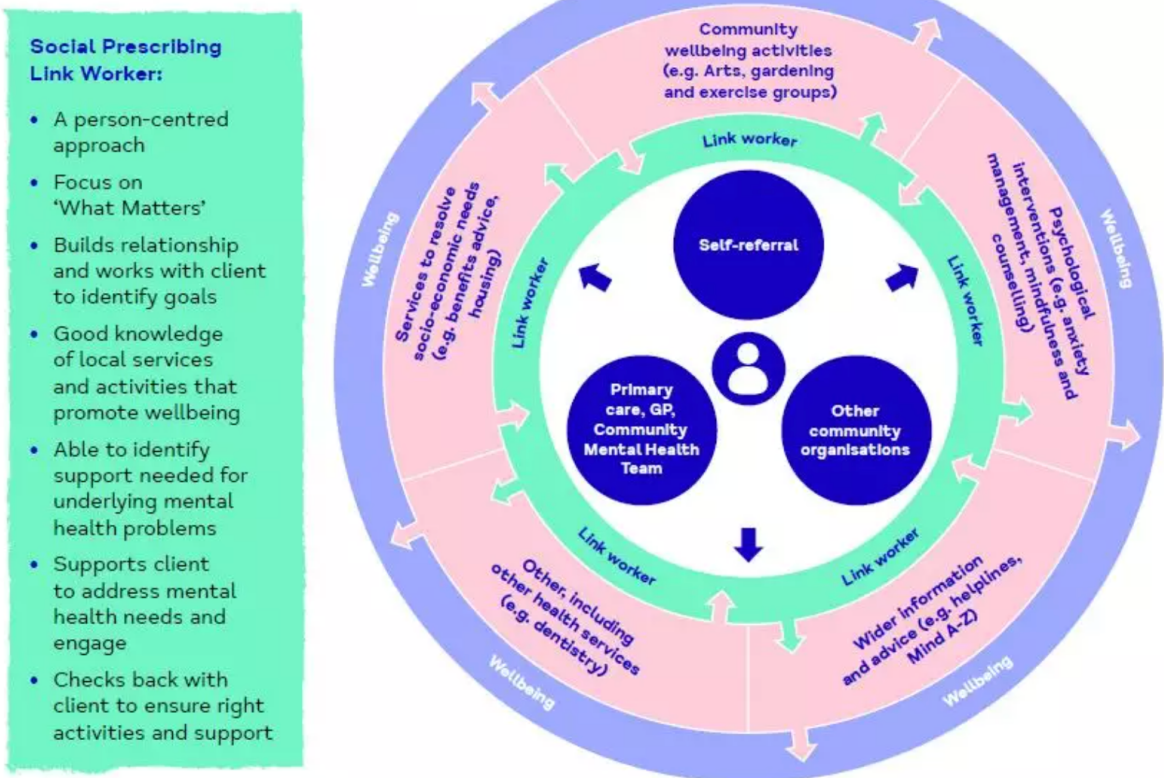


Figure 6 : Illustration du rôle de l'agent de liaison au sein des soins de santé primaires au Royaume-Uni. (Mind cymru. Social prescribing)

Les services offerts sont divers et peuvent inclure des informations et conseils sur l'activité physique, des cours de cuisine, des informations sur les logements, un potager collectif, de la marche collective, etc. (10) La prescription sociale vise ainsi l'amélioration de la qualité de vie de ceux qui ont des problèmes sociaux (faisant référence à l'organisation de la société) ou psychiques (isolement social, anxiété, dépression, etc.) mais peut aussi aider les patients souffrants de maladies physiques (cancer, obésité, douleurs chroniques, etc.). Il est par ailleurs difficile de généraliser le modèle au vu des multiples possibilités de prescription sociale qui varient de « petite échelle » à « grande échelle », selon le pays, la région et la communauté.(11)

Je finirai cette introduction générale par une parenthèse économique. Au Royaume-Uni, le patient a un accès gratuit au médecin généraliste et à l'agent de liaison dans le système public. Cet agent de liaison peut passer entre cinq et huit séances d'une heure chacune avec chaque patient. Ce temps est financé par le National Health Service (NHS) ou l'autorité locale

concernée. Parfois, le financement est co-commissionné c'est-à-dire que l'autorité locale et le NHS local travaillent ensemble.

Les agents de liaison sont payés par le NHS via les réseaux de soins primaires (PCN). Ces réseaux sont des structures dirigées par des cabinets de médecins généralistes qui fournissent des services à près de 30 000 personnes. Les activités vers lesquelles l'agent de liaison envoie le patient, généralement offertes par les organisations locales, ne sont normalement pas financées par la prescription sociale, mais dépendent du financement existant disponible dans les organisations communautaires. Par conséquent, le financement de ces structures publiques est issu pour la plupart de l'État.

B.3 Quelle place pour la prescription sociale dans le monde et en Belgique ?

C'est en 2000 que le potentiel de la prescription sociale a commencé à susciter un intérêt mondial grâce à la publication du World Health Organization. Ce rapport compare certains aspects des systèmes de santé dans le monde et a appelé à intégrer des « *initiatives intersectorielles* » pour améliorer le bien-être et l'autonomie des individus en tant qu'acteur de leur santé.(12) Depuis lors, la prescription sociale a été introduite dans de nombreux pays tels que le Canada, l'Australie, l'Irlande, la Finlande, la Hongrie, l'Italie, la Slovaquie ou les Pays-Bas dans le but d'améliorer la santé publique. (13)

En février 2021, la *Global Social Prescribing Alliance* est créée et regroupe plus de vingt pays partenaires mondiaux qui reconnaissent que la santé va au-delà de la médecine en travaillant avec l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), le *World Health Innovation Summit* (WHIS), la *National Academy of Social Prescribing* et l'*United Nations Global Sustainability Index Institute* (UNSGII).(14) La place de la prescription sociale en médecine de première ligne était par ailleurs un des sujets lors du EuroHealthNet Country Exchange Visit en mai 2022 au Portugal, permettant à différents pays d'aborder la mise en place du modèle de prescription au sein des soins de santé primaires. (15) Le modèle n'étant pas unique, une carte des 24 pays qui ont introduit la prescription sociale dans leur système de santé a été élaborée en 2023 et relève les différentes manières de mettre en pratique la prescription sociale dans le monde. (14) De par la multitude de services et l'hétérogénéité des processus au sein du modèle, il manque néanmoins de preuves scientifiques rigoureuses et validées pour relier la prescription sociale à une amélioration concrète de la santé de la population.

Au Royaume-Uni, pays à l'origine du concept et dans lequel le modèle est en pleine expansion, la pandémie COVID-19 a mis en exergue l'isolement social et ses conséquences notamment psychologiques sur la population. Le *National Health Service* (NHS) a établi par conséquent un projet à long terme s'étalant de 2019 à 2024, justifié entre autres par le fait qu'environ 1/5^{ème} des consultations au Royaume-Uni concernent des besoins sociaux de la santé. Le projet est en fait constitué de réformes afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population en développant et en améliorant le modèle de prescription sociale dans l'ensemble du pays. L'intérêt est donc de centrer les soins de santé primaires sur l'aspect préventif et holistique de la prise en charge d'un patient et d'ainsi réduire les coûts des soins de santé sans surcharger les prestataires des soins. Dans ce contexte, la *National Academy of Social Prescribing* est créée fin 2019 et financée par le gouvernement britannique. Une étude menée de 2017 à 2019 sur la prescription sociale dans le Shropshire a d'ailleurs révélé une réduction des consultations chez le médecin généraliste de 40%.⁽⁸⁾ D'autres résultats issus d'une étude du *Royal College of General Practitioners* en 2018 appuient ces résultats en relevant une réduction de la charge de travail des médecins généralistes impliqués dans la prescription sociale de 59%.⁽¹⁶⁾ D'ici 2024, 900 000 personnes seront formées et engagées pour participer à ce modèle de prescription sociale afin que tous les cabinets de médecine générale en disposent.⁽⁸⁾

En Belgique, les soins de santé primaires sont actuellement organisés de façon à assurer une prise en charge épisodique de maladies spécifiques à plus ou moins long terme pour un individu donné. Les rendez-vous sont limités dans l'espace-temps à savoir que la consultation se déroule au cabinet avec une durée déterminée. Dans un rapport de 2019, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) rapporte l'importance de repenser l'organisation des soins de santé en Europe notamment par des réformes centrées sur des soins intégrés dans un contexte d'évolution démographique (population vieillissante, maladies chroniques, augmentation de l'espérance de vie). « *Les constats issus des études menées sur le sujet montrent en effet que notre système de soins est trop fragmenté, trop réactif et centré sur la maladie, et que la place des patients y est trop « passive »* ». ⁽¹⁷⁾

Par conséquent, le « *Plan de Soins Intégrés pour une meilleure santé* » soutenu par l'INAMI et les entités fédérées se développe depuis 2015 en Belgique grâce à de nombreux projets pilotes dans le but d'obtenir des changements structurels au sein des soins de santé primaires. Le principe est de développer des innovations organisationnelles centrées sur une prise en

charge holistique de personnes avec ou à risque de développer des maladies chroniques. L'objectif est d'élargir ensuite le modèle à toute la population. Depuis 2018, douze projets pilotes ont vu le jour en Belgique. Il existe donc de nombreuses activités qui sont développées et qui varient selon le territoire concerné (concertation médico-pharmaceutique, réseau diététique, etc.). Parallèlement, la place d'un nouvel acteur au sein des soins de santé primaires est également interrogée. Citons par exemple la fonction de « *Case Managers* » qui a été intégrée récemment comme composante du projet PACT (Plan d'Accompagnement Concerté Transversal) qui vise les soins intégrés pour les malades chroniques dans le Hainaut. Son rôle est de réaliser des bilans sur les besoins d'un patient complexe en s'adaptant à son contexte bio-psycho-social. À Liège, le projet « *Pas à Pas* » a permis de mettre en place des bilans de littératie physique chez certains patients atteints de pathologies chroniques afin de promouvoir l'activité physique au sein de maisons médicales. Les bilans se réalisent par un intermédiaire formé en éducation physique et abordent les quatre composantes de l'activité physique. À Bruxelles, le projet BOOST s'intéresse aux fonctions d'un référent hospitalier et d'un référent de proximité qui travaillent de manière complémentaire, en lien avec les secteurs tiers, dans une approche centrée sur les objectifs du patient atteint de maladies chroniques. (32)

Ainsi, les projets pilotes sont nombreux et ont tous un objectif commun : une prise en charge holistique centrée sur les besoins et attentes du patient. (18)

B.4 Intervention de prescription sociale basée sur des bilans en littératie physique : description et objectif du projet pilote

Le modèle de prescription sociale est particulièrement intéressant au vu du regard qu'il porte sur l'organisation des soins de santé primaires.

Le projet pilote mis en place pour l'étude a pour but d'étudier un modèle de prescription sociale en introduisant un agent de liaison au sein d'une maison médicale. L'étude se concentre sur la prescription d'un bilan de littératie physique à des patients atteints de maladies chroniques. La littératie physique se définit comme « *la motivation, la confiance, la compétence physique, le savoir et la compréhension qu'une personne possède et qui lui permettent de valoriser et de prendre en charge son engagement envers l'activité physique tout au long de sa vie* » [Whitehead, 1993] (Annexe 1). Les composantes de l'activité physique ne comportent donc pas qu'une unique dimension physique, mais également des dimensions

psychiques, motivationnelles et socio-environnementales, qui nous intéressent d'autant plus dans le cadre de ce projet qui vise une prise en charge globale.

L'objectif est de comprendre les enjeux, défis et perspectives du modèle de prescription sociale en se basant sur la prescription d'une activité concrète et mesurable.

B.4.1 Question de recherche

Les structures formelles ou informelles de prescription sociale, les ressources et méthodes diffèrent d'un pays à un autre, mais les fondements du modèle restent les mêmes à savoir un dépistage des besoins sociaux de la santé par les prestataires de soins primaires suivis de la référence vers des services communautaires adéquats en passant par un agent de liaison. Mais au-delà de l'approche théorique, ce modèle est-il applicable en Belgique ? Quels critères utiliser et comment évaluer la démarche ?

La question principale, fil conducteur de cette étude, est la suivante :

« Sur base des forces motrices et des freins issus de la revue de la littérature et relevés par les patients majeurs et les médecins généralistes de la maison médicale d'Ougrée, la prescription sociale fait-elle sens dans ce projet pilote et comment l'implémenter concrètement en Belgique ? »

2. MÉTHODE

Dans cette étude, il s'agira d'étudier un projet pilote centré sur l'intégration de la prescription sociale dans une maison médicale avec l'inclusion d'un agent de liaison pendant une durée de douze mois.

A. Type d'étude

Le design de l'étude est celui d'une étude prospective qualitative monocentrique à lecture horizontale. Les données sont recueillies sur base d'un entretien individuel semi-directif discuté et validé par le professeur Alexandre Mouton (Annexe 2-3). Les forces motrices et les faiblesses générales du modèle proposé seront ainsi mises en évidence et comparées à la littérature existante concernant la prescription sociale.

B. Critères méthodologiques

Afin de structurer et améliorer la qualité de notre étude qualitative, la checklist COREQ a été utilisée (annexe 4).

B.1 Planification, méthode d'échantillonnage et collecte de données

Les recherches dans la littérature se sont étendues de 2000 à 2023 et ont été effectuées sur plusieurs bases de données : Medline, Minerva, Pubmed et Cochrane principalement en utilisant les termes de recherche MeSH tels que : Social Prescribing - Practice patterns - Physicians - Humans - Primary Health Care - Disease Management - Health Promotion Adult - General Practice - Social Determinants of Health - Qualitative research Health Services Accessibility - Population Groups - Program Evaluation - Referral and Consultation. À cela, des données issues de la littérature grise ont été ajoutées afin d'enrichir les propos. Les articles étaient principalement en anglais.

Après un travail de synthèse et de réflexion sur le sujet, j'ai rencontré le professeur Alexandre Mouton afin de discuter du projet pilote et de son intérêt. Ce dernier travaillait en collaboration avec la maison médicale d'Ougrée dans le cadre de ses recherches en littératie physique. Une fois les objectifs définis ensemble, je me suis présentée aux prestataires de la maison médicale et j'ai expliqué les objectifs du projet aux médecins présents.

L'étude impliquait la participation de trois médecins traitants préalablement sensibilisés et informés sur la question de recherche, un agent de liaison formé en entretien motivationnel ainsi que des patients de la maison médicale d'Ougrée. Une ligne du temps de synthèse reprenant le déroulement de l'étude peut être retrouvée ci-dessous. (Figure 7)

De début février à fin juin 2022, les prestataires de soins ont référé leurs patients vers l'agent de liaison lorsqu'ils estimaient que l'activité physique pouvait améliorer leur qualité de vie. Afin d'assurer la pertinence de la prescription, un support reprenant les quatre dimensions de l'activité physique était fourni aux prestataires de soins. Ce dernier constituait une aide à la décision sans présenter de critères d'inclusion ou d'exclusion stricts. Trois réponses négatives sur les douze questions permettaient de référer le patient vers l'agent de liaison. Le schéma ci-dessous présente le trajet de soins proposé dans l'étude pour la trentaine de patients référés. (Figure 8)



Figure 7: Ligne du temps synthétisant les grandes étapes de développement du projet pilote décrit dans l'étude.

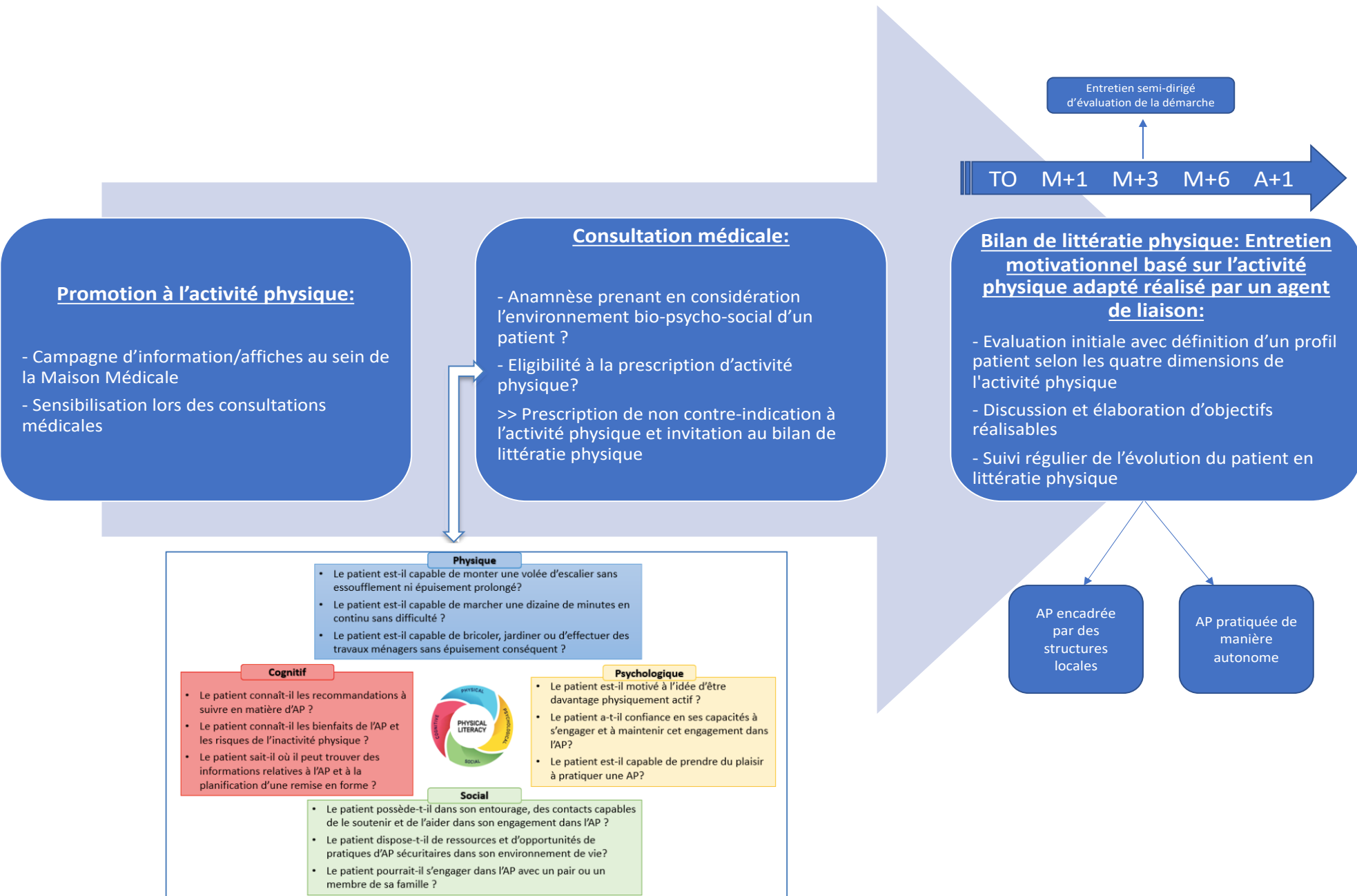


Figure 8: Trajet de soins proposé aux participants du projet pilote.
(AP = Activité physique)

L'entretien en littératie physique avec l'agent de liaison durait une heure et demie et comprenait un questionnaire qui évaluait les quatre composantes de l'activité physique ainsi qu'un test physique succinct. Le but de cet entretien individuel était d'identifier les composantes de l'activité physique de manière qualitative et quantitative. Quatre entretiens individuels de suivi (un mois (M+1) – 3 mois (M+3) – 6 mois (M+6) – un an (A+1)) ont ensuite été prévus pour évaluer le ressenti du patient et son évolution en matière de littératie physique. Les bilans de suivi étaient de plus en plus espacés afin d'autonomiser le patient et le rendre acteur de sa santé.

À trois mois (M+3), en plus de l'entretien de suivi centré sur les composantes de l'activité physique, les patients et les prestataires de soins concernés ont été invités à répondre à un entretien semi-dirigé individuel de trente minutes permettant d'identifier les forces et les faiblesses du programme mis en place et les ressentis en tant qu'acteurs du modèle. L'entretien se basait sur un guide d'entretien constitué de questions ouvertes. Ces dernières ont été élaborées à partir de la question de recherche puis relues et validées par le professeur Alexandre Mouton (Annexe 2-3). Pour des raisons logistiques, ces entretiens se sont déroulés lors d'un appel téléphonique et enregistré de manière anonyme.

B.2 Critères d'inclusion et d'exclusion de la population étudiée

L'étude s'est déroulée dans la maison médicale d'Ougrée à Seraing. C'est une organisation pluridisciplinaire travaillant au forfait dans la province de Liège. La population étudiée est issue d'un milieu plutôt défavorisé avec un revenu médian inférieur et un taux de chômage supérieur à ceux de la Wallonie et de la province de Liège. Par ailleurs, les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale sont nombreux. Il est intéressant de relever ces éléments puisqu'ils appartiennent aux déterminants sociaux de la santé. D'ailleurs, l'espérance de vie des habitants de Seraing est globalement inférieure à celle de la province de Liège. La population décrite est ainsi plus à risque de sédentarité et de maladies chroniques non transmissibles. (19)

- Critères d'inclusion

- Patients majeurs
- Patients atteints de pathologies chroniques
- Patients invités à prendre part à un bilan en littératie physique par le médecin traitant

- Patients ayant accepté de participer à l'étude qualitative dans le cadre du TFE
- Patients ayant suivi au moins deux entretiens de suivi au bilan de littératie physique
- Médecins ayant accepté de participer à l'étude en référant des patients vers l'agent de liaison
- Agent de liaison participant à l'étude
- Critères d'exclusion
 - Patients n'ayant pas accepté de participer à un bilan et suivi en littératie physique
 - Patients ayant refusé de participer à l'entretien individuel permettant le recueil des résultats de la présente étude
 - Patients ayant arrêté au premier bilan
 - Médecins ayant refusé de participer au projet

B.3 Analyse des résultats

Toutes les données ont été fidèlement et intégralement retranscrites sur base des enregistrements vocaux anonymes et supprimés secondairement. L'analyse s'est faite en se concentrant sur les unités de sens (verbatim) et en ciblant les éléments qui nous permettaient de répondre à nos objectifs de recherche. Chaque unité de sens était associée à un code particulier. Nous avons regroupé au fur et à mesure les codes similaires en plusieurs sous-groupes. Finalement, nous avons classé les données de manière inductive et nous avons réalisé les totaux de chaque code, via un tableau Excel, afin de mettre en évidence les éléments principaux relevés. Les résultats ont ensuite été comparés à la littérature existante.

B.4 Éthique

Le projet pilote a reçu l'approbation du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université Catholique de Louvain avant de réaliser les interviews.

3. RÉSULTATS

L'échantillon, à prédominance féminine, comprend treize participants, entre 40 et 80 ans, tous issus de la région de Liège et un médecin généraliste travaillant dans la maison médicale d'Ougrée. Plus de la moitié des participants au bilan de littératie physique (18 patients sur 31) n'ont pas répondu à l'appel téléphonique et n'ont pu de ce fait être interrogés. Deux médecins sur les trois n'ont jamais donné de retour aux multiples demandes d'entretiens. Les caractéristiques principales des participants ayant répondu à l'étude sont brièvement présentées en annexe. (Annexe 5) La majorité des participants ont décrit des comorbidités ou maladies chroniques ayant impacté la pratique d'activité physique. Environ la moitié des participants ont reçu une formation de niveau supérieur de type court et une minorité de type long. (Annexe 5)

Les résultats, centrés sur les forces et les faiblesses du modèle proposé, ont été classés par thèmes relevés par les patients ainsi que par les prestataires de soins.

A. Points de vue des patients

A.1 Forces motrices influençant la participation et la poursuite du projet

A.1.1 Nouvel acteur au sein des soins de santé primaires : un complément à la consultation ?

La prescription médicale orale a permis la participation initiale au projet de nombreux participants.

« Je suis allée voir (...). C'est le médecin qui m'a proposé donc j'ai dit oui. » (P9 -L30-31)

La complémentarité de la prise en charge avec les consultations médicales a d'ailleurs été mise en avant lors des entretiens. Les patients ont de fait souligné le manque de temps et de suivi des aspects psycho-sociaux du quotidien lors des consultations médicales et l'intérêt d'avoir une nouvelle approche en parallèle. De plus, le contact facile et la communication adéquate avec l'agent de liaison ont été cités comme facilitateurs dans la prise en charge. D'ailleurs, la satisfaction globale concernant la communication avec l'agent de liaison est évaluée à 8/10 de moyenne.

« Je suis un peu désabusée parce que je vois que les médecins sont dépassés par la situation voilà, mais avec Laurane ça se passe bien. Disons que c'est juste que je

n'attends pas que l'oncologue ne me parle de ça et mon médecin généraliste, elle est dépassée. » (P5- L42-45)

« Les médecins ont d'autres chats à fouetter et pas le temps quoi voilà. » (P5- L48-49)

« Il faudrait que le suivi soit plus rapproché comme un médecin, tous les 15 jours ou tous les mois, avec des comptes à rendre quoi. » (P5 -L67-68)

« ...quelqu'un qui nous écoute c'est utile. Moi c'est clair que c'est un peu ça qui me manquait. J'en avais déjà parlé avec mon médecin traitant, mais j'ai arrêté mes activités, car ça n'était pas sur du long terme. » (P13 -L66-68)

« Je ne suis plus allée voir le médecin traitant donc je ne lui parle pas de cet aspect-là de mon quotidien. »(P3 – L65-66)

La régularité des bilans a renforcé globalement la motivation des participants à poursuivre leur activité physique.

« ...je me sens prise en charge entièrement. C'est un soutien et on voit un petit peu où on en est et vers où on doit aller. C'est plus concret et ça fait bouger. » (P2- L80-82)

A.1.2 Le patient : acteur de sa santé

Lors des entretiens, le thème qui a le plus influencé les participants à la poursuite des bilans était l'apprentissage théorique et la prise de conscience du rôle d'acteur de la santé : acteur au niveau de l'activité physique certes, mais également acteur en santé (diététique, environnement social, etc.).

« C'est la prise de conscience de ce que je fais et ce que je ne fais pas. C'est tout un ensemble, je réfléchis à la façon dont je me nourris, de la nécessité de trouver ces activités. » (P1 – ligne 59-62)

« ...c'est vrai qu'on touche à tous les aspects : relations sociales, activités physiques, ressentis.» (P11- L99-100)

« Je trouve que ce nouvel acteur social est pertinent dans la prise en charge, elle m'a appris beaucoup de choses et m'a fait réfléchir sur pas mal de choses que je fais ou pas qui va parfois au-delà de ce que je connaissais, elle prend le temps. » (P1-L77-79)

La liberté de choix dans le modèle de prescription proposé a permis aux participants d'être plus autonomes et de se rendre eux-mêmes acteurs de leur santé.

« Et ce que moi j'apprécie c'est qu'on n'est pas obligé, c'est quand on veut, comme on veut, sans pression derrière. À la limite je n'aurais pas plus de motivations si on me poussait avec la cravache quoi. » (P6 – L72-74)

A.1.3 Bénéfices des bilans en littératie physique

Les participants sont globalement satisfaits des résultats suite aux bilans avec des apports physiques et psychiques non négligeables liés à l'activité physique.

« Physiquement je ne trouve pas que ça me fait un bien fou, mais psychologiquement ça me fait quand même du bien, pas un bien fou, mais ça me fait du bien parce que je sais que c'est nécessaire et qu'à long terme ça pourrait m'amener une satisfaction au niveau physique, au niveau évolution de la douleur. » (P2 -L71-75)

« L'estime de soi a changé, ça vaut la manipulation » (P2 -L77)

Les activités physiques proposées ont parfois permis une intégration dans un groupe social et d'y trouver du soutien.

« Je bouge de plus et en plus, je rencontre des gens dans le cadre de mes activités donc les liens sont renforcés et ça me donne l'impression d'avancer. » (P2 -L63-65)

« J'essaie de trouver des copines comme des marches Adeps donc oui ! » (P3 – L59-60)

A.2 Obstacles au maintien du projet

A.2.1 Nouveau paradigme : compréhension et appropriation de la démarche

Pour obtenir un résultat durable, le patient doit comprendre et s'approprier la démarche. Certains patients n'avaient cependant pas compris le sens de l'invitation lors des entretiens.

« Écoutez, moi j'ai été parce que mon médecin traitant m'a dit d'y aller et que ça serait bien pour moi et voilà. Je ne savais pas vraiment c'était quoi. » (P7 -L36-37)

Par conséquent, l'agent de liaison remarque que tous les patients n'associaient pas l'activité physique comme étant une prise en charge médicale et ne prenaient pas l'étude au sérieux avec des objectifs concrets. Certains patients ne se présentaient donc pas à la consultation ou déviaient du sujet lors de l'entretien.

De manière générale, les participants ne savaient pas si le médecin traitant et l'agent de liaison avaient un contact. Cet aspect du modèle a été relevé avec intérêt dans les interviews et soutenait l'importance d'avoir un lien entre les intervenants afin d'assurer le suivi dans sa globalité.

« J'aurais donné de toute façon l'autorisation à votre collègue de prendre des renseignements auprès de mon médecin. Ce feedback est important sinon je ne vois pas trop l'intérêt. » (P11-L74-77)

A.2.2 Limites physiques de l'activité

Dans une population souffrant de multiples problèmes de santé chroniques, les difficultés les plus souvent citées étaient liées à la santé directement, particulièrement physique. Par conséquent, les limitations physiques secondaires à l'état de santé et/ou aux traitements suivis ont été citées à de nombreuses reprises.

« Ça n'est pas que ça ne me plaisait pas, mais je suis beaucoup en train de faire des examens. » (P9 -L43-44)

« En fait on avait fixé des objectifs larges, mais j'ai de nouveau eu des récives et chimiothérapies avec des traitements plus durs et tout tombe à l'eau. » (P5 – L57-59)

A.2.3 Structure d'accueil : accessibilité – disponibilité et financement

Les participants étaient théoriquement ouverts à la participation aux bilans de littératie physique. Toutefois certaines barrières à la participation aux bilans et aux activités ont été citées comme les déplacements parfois longs et coûteux, l'irrégularité des rendez-vous, ainsi que les horaires inadaptés pour les travailleurs. L'aspect financier a également été cité comme frein à la participation aux activités.

« Maintenant j'aimerais bien y retourner, mais j'hésite par rapport à la perte de temps et le prix de l'essence. C'est vraiment la difficulté pour le moment et la raison pour laquelle je ne pense plus y aller c'est la distance quoi. J'y vais en voiture, je pourrais y aller en bus, mais alors là j'ai pratiquement une heure quart pour y aller, vous vous imaginez le temps que je perds. » (P8-L72-75)

« (...)avec le travail, c'est difficile pour moi d'arriver à 14 heures vous comprenez. » (P4 - L67-68)

« J'espère que ça continuera encore, c'est facile pour moi. Peut-être que si c'était payant ou trop loin je ne participerais pas avec autant d'enthousiasme. » (P1 – ligne 79-81)

B. Points de vue des prestataires des soins de santé et de l'agent de liaison

B.1 Obstacles à la démarche

B.1.2 Temps et disponibilité

Le projet, déjà développé depuis un an, appartient à la maison médicale d'Ougrée et la majorité des médecins y est favorable. Cependant ces derniers reconnaissent qu'il n'était pas aisé d'inviter le patient à intégrer la démarche lors des consultations parce qu'ils manquaient de temps ou n'y pensaient simplement pas. L'agent de liaison, qui est au centre de la démarche, observait également que la disponibilité des médecins était un frein majeur au développement du projet pilote, et ce malgré l'intérêt porté à la démarche. D'ailleurs, seul un médecin a pris le temps de participer à l'étude.

« Malheureusement ça reste un gros frein, mais on a énormément de travail sur le côté donc on n'a pas le temps en tout cas de créer ce genre de projet. » (M1 -L175-176)

« (...) c'est parfois compliqué de voir les médecins.(...) Il y en a qui sont pleinement impliqués dans le projet et du coup ceux qui sont super impliqués et qui mettent des patients (...). Par contre, il y a d'autres professionnels de la santé à qui le projet parle moins.(...) finalement, on s'entend très bien. Quand je leur demande de fixer des rendez-vous, ils le font sans problème, mais comme ils m'ont dit, ils sont fort débordés avec la COVID et du coup c'est compliqué d'en parler. Et comme c'est compliqué pour

eux d'en parler, c'est du coup compliqué pour moi d'avoir des participants (...) » (I1 -L30-36)

« (...) avec les professionnels de la santé parce qu'ils sont vraiment débordés et parfois c'est compliqué de leur parler, de leur expliquer les premiers résultats... Ici, on aimerait bien faire une réunion avec eux pour approcher un mémoire, mais c'est compliqué de trouver une date où tout le monde est disponible. » (I1 -L222-226)

Le manque de temps était ainsi une barrière non négligeable au modèle. Avoir le temps permettrait pourtant de placer le patient au centre de la prise en charge globale en intégrant des rétroactions régulières entre les intervenants lors de réunions multidisciplinaires.

« Ça pourrait être intéressant de confronter ces données clairement. Il y a des médecins qui sont vraiment demandeurs du suivi pour pouvoir nous aussi travailler les freins et les leviers. Donc ça pourrait être riche, mais ça prend du temps évidemment. » (M1 -L114-117)

B.1.2 Financement

Le projet pilote lancé en 2019 avait suscité de nombreuses questions concernant le soutien financier : qui finance l'agent de liaison ? Qui finance le temps de consultation ? Le projet avait donc été présenté aux échevins du sport et de la santé de la région. Malgré leur intérêt, aucun financement n'a suivi et la question des subsides se posait malheureusement régulièrement. L'aspect financier était de fait omniprésent et constituait un frein non négligeable au développement du projet qui demandait un engagement de personnel qualifié sans salaire décent et qui travaillait dans l'incertitude. Il en est de même concernant les ressources locales et communautaires qui appartiennent pleinement à la démarche, mais qui ne sont pas financées régulièrement et dont l'avenir est incertain.

« Le gros point négatif, c'est qu'on n'est pas sûr que le projet va durer. » (I1 -L238)

B.2 Forces motrices du projet et perspectives

B.2.1 Approche holistique centrée sur le patient

L'agent de liaison nous a évoqué les rétroactions constructives qu'elle avait avec les médecins concernant les participants.

« Ce qui est très chouette c'est que ça m'arrive régulièrement de croiser un médecin et que le médecin me dise : "est-ce que mon patient est bien venu ?" et là on discute un peu du patient et, voilà... Et il y a certains patients aussi qui me demandent, par rapport à l'entretien motivationnel, quand je prends note, ils me demandent de le donner à leur médecin, quoi... Comme ça il y a un suivi interdisciplinaire. » (I1 -L173-178)

Le médecin a d'ailleurs appuyé cette rétroaction qui permettait de disposer d'informations pertinentes dans le cadre d'une prise en charge holistique d'un patient.

« (...)intéressant d'avoir les conclusions de Laurane pour chacun des patients. Comme ça on pourrait dire « tiens je serai vigilant à ça » et parfois même vu que c'est une personne extérieure au domaine médical, elle pourrait avoir des infos que nous n'avons parfois pas en consultation. Les patients ne disent pas toujours tout aux médecins évidemment et l'inverse est réciproque. » (M1-L116-121)

Les rétroactions étaient pertinentes parce que l'agent de liaison ne se contentait pas de suivre un questionnaire. Il prenait le temps d'aller chercher des informations de manière plus approfondie afin de comprendre les besoins, les craintes et le quotidien des participants afin d'adapter la prise en charge de manière individuelle.

« On vient un peu sur leur représentation, leurs croyances (...) je complète avec l'entretien plutôt qualitatif où je demande d'aller plus loin que le questionnaire. » (I1 -L49-51)

B.2.2 Rôle de la société en soins de santé primaires

Le projet, qui vise une approche préventive, enrichit la prise en charge d'un patient, mais le médecin soulignait la difficulté de réaliser un tel projet individuellement. Il faut entre autres des subsides, des ressources et du personnel qualifié.

« Une étude avait montré que les thérapeutes, qu'ils soient médecins, kinés, etc., étaient bien positionnés, le message est bien perçu quand c'est le thérapeute qui le transmet. Mais je crois que ça dépasse totalement le rôle des thérapeutes, ça doit être sociétal, ça doit être dans la communication à grande échelle. (...) Après dans une région plus précarisée, on voit qu'il y a moins d'accès facile. Ce sont déjà des freins, ça nous dépasse. Mais je pense qu'on a un rôle en tout cas pour certains patients qui

sautent dans le train et suivent le mouvement et peut être aussi en tant que médecins, acteurs de prévention et santé publique (...) » (M1 -L30-139)

Le projet, ici restreint à l'activité physique, est en fait une ébauche de projets qui pourraient prendre une ampleur grandissante si le sens de cette prescription sociale se développait au sein de la communauté médicale de première ligne, mais également au niveau politique.

« Tu parlais de ce potager c'est le genre de chose que moi j'aimerais bien mettre en place par exemple, au niveau alimentation, etc. ça peut être intéressant d'avoir accès à des légumes, une alimentation locale. Mais oui c'est super pertinent et à différents niveaux. Malheureusement, ça reste un gros frein, mais on a énormément de travail sur le côté donc on n'a pas le temps en tout cas de créer ce genre de projet. » (M1 -L172-176)

5. DISCUSSION

Le choix d'une étude qualitative dans le but d'évaluer la démarche proposée se voulait pertinent et constructif en intégrant les points de vue de toutes les parties prenantes du projet. L'analyse des résultats a ainsi permis d'identifier les points forts, mais aussi les faiblesses du modèle sur lesquelles se concentrer afin de construire une démarche adaptée à la réalité du terrain et pouvoir ultérieurement financer d'autres projets en Belgique, à plus large échelle.

La première partie des résultats s'est concentrée sur les ressentis des patients qui ont participé à la démarche. De nombreux participants ont souligné l'importance de la prescription médicale et du contact gratifiant avec l'agent de liaison. Une amélioration des connaissances en santé était relevée, offrant ainsi l'opportunité d'être acteur en santé et motivant le suivi. Les participants ont également souligné la complémentarité des séances avec les consultations médicales, même si certains ne connaissaient pas exactement le lien entre le médecin traitant et l'agent de liaison. L'apport de la prescription était physique, mais aussi psychique et social. Le principal obstacle cité par les participants était la limitation physique (maladies chroniques – douleurs – traitements). Les barrières géographiques et financières ont aussi été citées comme freins non négligeables à la participation aux bilans de littératie physique.

La seconde partie des résultats concernait le ressenti des prestataires de soins et de l'agent de liaison. Le médecin a souligné l'intérêt du modèle au sein des soins de santé primaires dans le contexte d'une prise en charge holistique et complexe. Toutefois, le manque de temps et d'engagement des médecins était cité comme frein principal à l'application pratique de la démarche. La question financière a également été posée avec une inconnue majeure concernant la source des subsides.

A. Éléments clés du projet pilote

Cette étude, locale et à petite échelle, fournit des données qualitatives concernant une expérience de prescription sociale centrée et restreinte à l'activité physique, mettant en jeu un agent de liaison au sein d'une maison médicale dans une région défavorisée de Belgique. La démarche donne suite en quelque sorte à celle réalisée par le docteur Louis Romain¹, dont la question de recherche était toutefois différente. Son étude impliquait par ailleurs de multiples intervenants qui dirigeaient les patients vers des activités physiques. L'élément clé de cette année a été l'intégration d'un véritable agent de liaison fixe, formé en entretien motivationnel, qui a réalisé les bilans et le suivi des patients. C'est grâce à ce nouvel acteur qu'il a été possible de réaliser ce projet et cette mise en parallèle avec la prescription sociale.

L'environnement de l'étude était particulier. La structure médicale était en effet celle d'une maison médicale disposant de locaux pour réaliser les bilans de littératie physique sur place et d'une équipe pluridisciplinaire pour discuter et améliorer le projet. Cette colocalisation permettait de créer une relation de confiance et une collaboration intéressante entre les médecins, l'agent de liaison et le patient.

B. Limites du projet pilote

Lors de la présentation du projet à la maison médicale d'Ougrée, après avoir expliqué le modèle de prescription sociale et ses intérêts, les médecins présents n'ont pas trouvé pertinent d'introduire une prescription papier pour référer le patient vers l'agent de liaison. J'avais créé un prototype, mais une partie du personnel médical ne voulait pas prendre le temps d'introduire ce modèle au sein des consultations. (Annexe 6) L'introduction d'une telle prescription allait selon eux à l'encontre de la philosophie de la maison qui prône l'autonomie

¹ Louis Romain. Promouvoir et autonomiser nos patients pour la pratique d'une activité physique... Un défi à relever ! Évaluation des facteurs qui ont influencé la participation des patients majeurs de la Maison Médicale d'Ougrée à un bilan d'activité physique. ULiège, 2021.

du patient. Nous avons donc mis cette idée de côté malgré mon avis concernant l'importance du support papier, invitation formelle et médicalisée, qui peut donner du poids à la demande tout en laissant la liberté de choix. (11)

Le nombre de patients référés par les médecins traitants à l'agent de liaison était faible. Plusieurs facteurs limitants ont été relevés. Citons d'abord le manque de temps lors des consultations qui ne laissait pas de place aux alternatives non médicales. En effet, les médecins sont formés pendant de longues années à une approche médicale approfondie qu'ils envisagent par ailleurs en priorité pour le traitement d'un patient. À noter que les médecins impliqués n'avaient jamais entendu parler de « *Social Prescribing* » et qu'il faut du temps pour s'approprier le concept et le mettre en pratique. Finalement, les médecins de la maison médicale n'ont plus montré de grande motivation à s'investir concrètement dans le projet. Malgré mes demandes répétées, je n'ai d'ailleurs pas pu interroger deux médecins de la maison médicale d'Ougrée. Ces derniers n'ayant pas répondu à mes appels.

Les participants référés vers l'agent de liaison semblaient correspondre pour la plupart aux critères d'orientation initialement proposés. Une faiblesse du projet était toutefois le taux réduit de participation au suivi des bilans à long terme, ne permettant pas la saturation des données. D'une part, le projet s'adressait à une population vivant dans un milieu défavorisé. Or, l'activité physique est socialement distribuée et les personnes à faible revenu ont une plus grande probabilité de ne pas pratiquer d'activité physique régulièrement. (28) Cet élément est d'ailleurs relevé par l'agent de liaison qui travaillait avec une autre maison médicale depuis fin 2022 et dont la population est plus favorisée. Dans ce contexte, elle remarque que les résultats des bilans de littératie physique sont meilleurs globalement pour la population favorisée. D'autre part, la sélection des patients doit être réfléchie. En effet, un patient qui n'est absolument pas dans l'ambivalence ou qui ne s'approprie pas le projet correctement mettra en échec systématiquement toute tentative d'aide et ne prendra pas l'invitation au sérieux. Il n'était par ailleurs pas réaliste à ce jour de réaliser une étude quantitative.

Collecter des données qualitatives demande du temps et de l'investissement de la part des participants. Malgré mes insistantes demandes de rétroaction, le taux de réponse à mes appels restait faible auprès des patients recrutés et des médecins. Réaliser l'interview par téléphone était également moins adapté que de prendre le temps de rencontrer et de discuter

avec les participants. Pour des raisons organisationnelles, il n'était malheureusement pas réaliste de faire les multiples déplacements durant mon année d'assistantat. Je me suis néanmoins adaptée à la disponibilité des patients et médecins afin de prendre le temps pour l'interview par téléphone.

Les patients ne comprenaient pas toujours le sens de mes questions et mes objectifs. En effet, mes questions étaient centrées sur la démarche de prescription sociale, mais les patients étaient focalisés sur l'activité physique en tant que telle.

Nous n'avons aucune donnée de l'impact de la prescription sociale sur les structures locales et communautaires. Ces dernières ont été contactées par l'agent de liaison, mais étaient souvent réticentes à la participation de patients complexes aux multiples comorbidités de par la responsabilité que cela engageait pour eux.

C. Résultats par rapport à d'autres études

Les résultats obtenus corroborent aux résultats d'autres études centrées sur la prescription sociale et renforcent ce qui était déjà connu.

C.1 Application d'un modèle théorique convaincant

Tout d'abord, le Professeur Sir Michael Marmot, épidémiologiste britannique connu notamment pour ses recherches sur les inégalités de santé au Royaume-Uni, a relevé que de simples conseils concernant des comportements néfastes en santé ne suffisaient pas à les modifier au niveau de la population. (20) De par sa mise en pratique par des actions concrètes, la prescription sociale dépasse les simples conseils donnés lors d'une consultation et souligne l'importance d'une approche préventive active en améliorant le contrôle des patients sur leur environnement. Notre analyse suggérait d'ailleurs que les participants se sentaient pris en charge globalement et qu'ils prenaient conscience de leur rôle d'acteur en santé. Des preuves antérieures issues de la littérature viennent appuyer ses propos en soulignant l'aspect pédagogique de la démarche et l'impact positif sur la qualité de vie des participants grâce aux interventions.(21)

C.2 Cadre de la prescription sociale

Dans un contexte de population vieillissante souffrant de pathologies chroniques et dont les prises en charge sont de plus en plus complexes, la prescription sociale permet de proposer

de manière personnalisée des activités collectives menant à des changements de comportements qui sont des éléments essentiels au bien-être et à la santé.(22) Il est toutefois nécessaire de préciser les critères de prescription et d'évaluation du modèle avec rigueur, sans quoi il y aura des prescriptions inadéquates qui pourraient discréditer le concept naissant. La prescription sociale ne doit en effet pas être juste un moyen de décharger le médecin traitant des cas complexes et difficiles. (10) L'agent de liaison de l'étude a d'ailleurs pu observer la mise en échec systématique des propositions pour une minorité de patients référés.

C.3 Position du médecin traitant face à un nouveau modèle

Du côté des prestataires de soins, ces derniers ont montré un réel intérêt pour le projet lors de la présentation de l'étude. Il a été démontré précédemment que le modèle bio-psycho-social convainc les prestataires de soins qui sont conscients de l'influence des déterminants sociaux sur la santé des individus. (16) D'autres études ont relevé à l'inverse un manque d'intérêt de certains médecins par manque de solutions concrètes à proposer et de formations. (23) L'interview du corps médical et de l'agent de liaison dans cette étude illustre par ailleurs la difficulté pour le médecin traitant d'intégrer les déterminants sociaux de la santé au sein des consultations par manque de temps. Le modèle de prescription sociale prend alors tout son sens puisqu'il permet aux prestataires de soins de référer les patients vers un agent de liaison quand ils estiment qu'une aide non médicale est utile sans surcharger la consultation. Dans ce contexte, et comme évoqué précédemment, la compréhension et l'appropriation du concept par les médecins traitants sont des ingrédients indispensables au fonctionnement du modèle. (10)

C.4 Vers une évolution des mentalités au sein des soins de première ligne

Du côté du patient, plusieurs études ont démontré qu'il n'était pas aisé d'expliquer la démarche de prescription sociale à un patient. Ce dernier attend souvent une réponse médicale et immédiate aux problèmes présentés lors de la consultation alors que la prescription sociale permet de travailler sur les racines bio-psycho-sociales du problème et d'élaborer un plan d'action dans le temps. (10) L'engagement limité des patients était par ailleurs un frein majeur au développement du modèle et l'agent de liaison du projet pilote a bien exprimé cette difficulté. Le patient référé ne prenait en effet pas toujours au sérieux la démarche et se présentait à la demande de son médecin traitant sans comprendre le sens de la prescription et les apports que la nouvelle approche pouvait apporter.

C.5 Place et compétences d'un nouvel acteur de soin

Il existe de plus en plus de documents qui détaillent les compétences et le rôle des agents de liaison au sein des soins de santé primaires dans les pays concernés par le développement du modèle. Toutefois, le modèle de prescription sociale ne dispose pas à ce jour de définition universelle et les modèles d'application pratique sont larges et variés selon le pays, la région et la communauté.(24) L'agent de liaison l'a d'ailleurs bien exprimé dans cette étude : sa place n'est pas encore clairement définie et par conséquent son rôle n'est pas reconnu.

C.6. Responsabilité et durabilité des structures d'accueil

Concernant le secteur tiers, le manque d'organisations ayant les capacités structurelles et financières d'accueillir des patients complexes était un frein majeur cité par les intervenants de l'étude, surtout par l'agent de liaison qui a pris contact avec de nombreuses communautés locales. Il est important d'établir des normes professionnelles pour le secteur tiers qui engage sa responsabilité en accueillant des patients qui souffrent de pathologies complexes, qui sont au cœur de la médecine actuelle. (10) De plus, le programme fonctionne actuellement dans certaines régions grâce aux bénévoles dont la communauté dépend. La plupart des services offerts sont en effet gratuits, mais leur financement n'est pas régulier, ce qui compromet la durabilité du service.(22) Le système communautaire est donc fragile et instable d'autant plus que les patients doivent être suivis et soutenus durant une période adéquate, ce qui majore la pression sur le secteur pour un suivi régulier et une large disponibilité. (10) Rappelons que les participants à l'étude ont cité l'aspect financier comme frein à la participation au projet.

Une réflexion concernant la confidentialité dans le troisième secteur par rapport au secteur de la santé semble également nécessaire, comme souligné dans des études antérieures. (25) Les acteurs du projet pilote n'ont pas évoqué ce sujet.

C.7 Société et soins de santé primaires

L'analyse des entretiens nous a finalement permis de répondre à notre question de départ, mais met surtout en avant la nécessité de modifications structurelles au niveau de la société, indispensables pour aboutir à des résultats durables et significatifs sur la santé de la population.

La déclaration d'Alma-Ata de 1978, conférence internationale des soins de santé primaires, a proposé une définition des soins de santé primaires qui rappelle que les contextes sociaux et économiques définissent l'état de santé des populations. Les soins de santé primaires doivent en effet faire « ... *intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs* ». (26) Le modèle de prescription sociale met par ailleurs en application cette déclaration en intégrant de nouveaux acteurs au sein des soins de santé primaires et illustre la diversification des rôles au sein de la première ligne de soins. Finalement l'objectif est de répartir les tâches de manière plus efficace et efficiente, et ainsi créer une approche globale de la santé qui s'adapte à la communauté concernée.(25) Mais ce n'est pas suffisant !

En effet, le médecin de la maison médicale et l'agent de liaison exprimaient certaines difficultés lors de la mise en place du projet qui dépassaient leurs propres actions individuelles, notamment financières. Ce point est également relevé dans la littérature qui interroge le fonctionnement des sociétés de manière globale. (20-21) Par conséquent, sans restructuration au sein même de la société, la prescription sociale restera une illusion qui masque une réalité dans laquelle les inégalités en santé sont grandissantes. Le professeur Marmot a d'ailleurs soulevé l'idée que « *le rôle des médecins n'est pas seulement d'attendre que les gens deviennent malades, mais consiste aussi à plaider en faveur de tout ce qui peut les empêcher de le devenir.* » Il a toutefois précisé que : « *La santé est l'expression de la manière dont la société est organisée.(...) Les véritables moteurs de la santé et des inégalités de santé se trouvent en dehors du système de soins* ». (27) Par conséquent, l'implication seule des médecins dans la construction d'un système de santé ne suffirait pas parce que la santé découlerait de l'organisation d'une société prise dans sa globalité.

C.8. Éthique et prescription sociale : vers une société plus « juste » ?

Pour clôturer la discussion, une réflexion éthique concernant la définition d'une société juste est intéressante. En effet, plusieurs définitions d'une société juste existent.

Une société juste en termes de santé pourrait par exemple être définie par une offre suffisante de ressources de départ pour garantir la santé de la population, mais chaque personne prise individuellement serait libre de ses choix en santé et d'utiliser ces ressources comme il

l'entend. Si chacun part de manière équitable, les inégalités en santé dépendraient alors des choix de chacun.

Aujourd'hui toutefois, avec l'importance grandissante des déterminants sociaux de la santé, cette définition n'est plus admise. En effet, la santé n'est plus vue comme un moyen parmi d'autres d'atteindre le bonheur, mais comme un objectif en soi. Par ailleurs, la distribution des ressources doit se mesurer à son impact sur la santé. Toutefois, dans notre société actuelle, de par la « loi inverse des soins » qui postule que ceux qui ont le plus besoin de soins sont les moins susceptibles d'en disposer et souvent les moins susceptibles de s'engager et inversement, la prescription sociale pourrait ne pas bénéficier à ceux qui en ont le plus besoin. De plus, la prescription sociale est dépendante des organismes sociaux et communautaires d'une région. Les régions dans lesquelles ces organismes sont peu développés et financés ne pourront donc pas soutenir efficacement le modèle. Ainsi, la prescription sociale pourrait donner l'apparence de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités, mais ne serait que modestement efficace puisqu'elle ne bénéficierait pas aux personnes auxquelles elle est destinée.(25) Ce sont en réalité des modifications sociétales plus larges qui sont nécessaires pour répondre aux besoins sociaux des personnes qui vivent du mauvais côté des inégalités. Ce point éthique est pertinent parce qu'il remet en doute l'intérêt de la prescription sociale qui s'intéresse finalement au patient en tant qu'individu, mais ne supprime pas les racines du problème, à savoir l'organisation de la société. Il existe alors un « découplage » entre l'aspiration politique des pouvoirs publics à réduire les inégalités de santé et l'application concrète de la prescription sociale qui semble être un mirage.(28) En plus de la prescription sociale, il faudrait en effet une politique de restructuration plus large pour espérer avoir un impact sur les inégalités sociales : « *Cela implique de fournir des opportunités structurelles qui permettent et soutiennent les individus pour acquérir d'autres formes de capital qui à leur tour peuvent être échangées contre des opportunités de santé [traduction libre].* » (29) Daniel Weinstock, philosophe québécois en éthique de la politique, interpelle d'ailleurs : « *Voulons-nous d'une société qui assure le minimum vital et laisse ses membres vivre selon leurs choix, ou préférons-nous un monde avec moins d'inégalités sociales de santé dont l'État serait nécessairement un peu plus 'intrusif' ?* » Cette question interroge l'organisation de la société et son rôle concernant la santé de sa population. (30)

C.9 Synthèse : analyse SWOT

Le modèle propose donc une évolution de la société actuelle qui génère la maladie et soigne par la thérapie médicamenteuse, vers une société qui génère et entretient la santé grâce à un capital et une responsabilité sociale.(31)

L'analyse SWOT ci-dessous permet une évaluation structurée des points clés du modèle mis en place dans le cadre de la prescription sociale. Cet outil est intéressant puisqu'il permet de synthétiser les forces et les faiblesses du modèle décrit ci-dessus au regard des caractéristiques de l'environnement actuel.

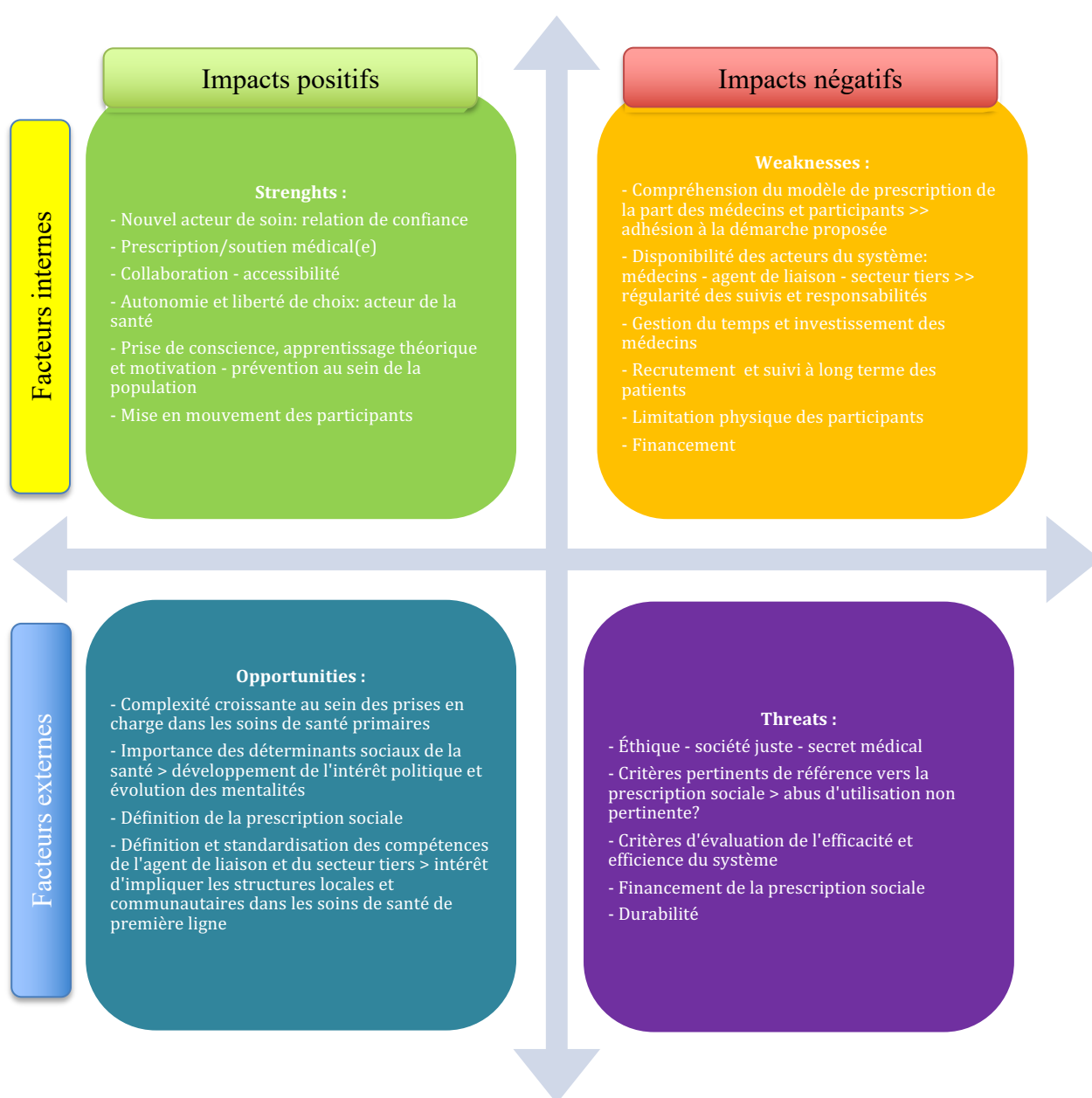


Figure 9 : Analyse SWOT du projet pilote évaluant l'introduction de la prescription sociale en Belgique.

Note explicative :

- Strengths : Éléments dont on dispose pour réussir le projet – ressources - compétences
- Weaknesses : Éléments qui freinent et limitent le projet - manquements
- Opportunities : Facteurs externes aux projets qui peuvent profiter au modèle – zones potentielles à développer
- Threats : Facteurs externes qui peuvent avoir un impact négatif sur le modèle

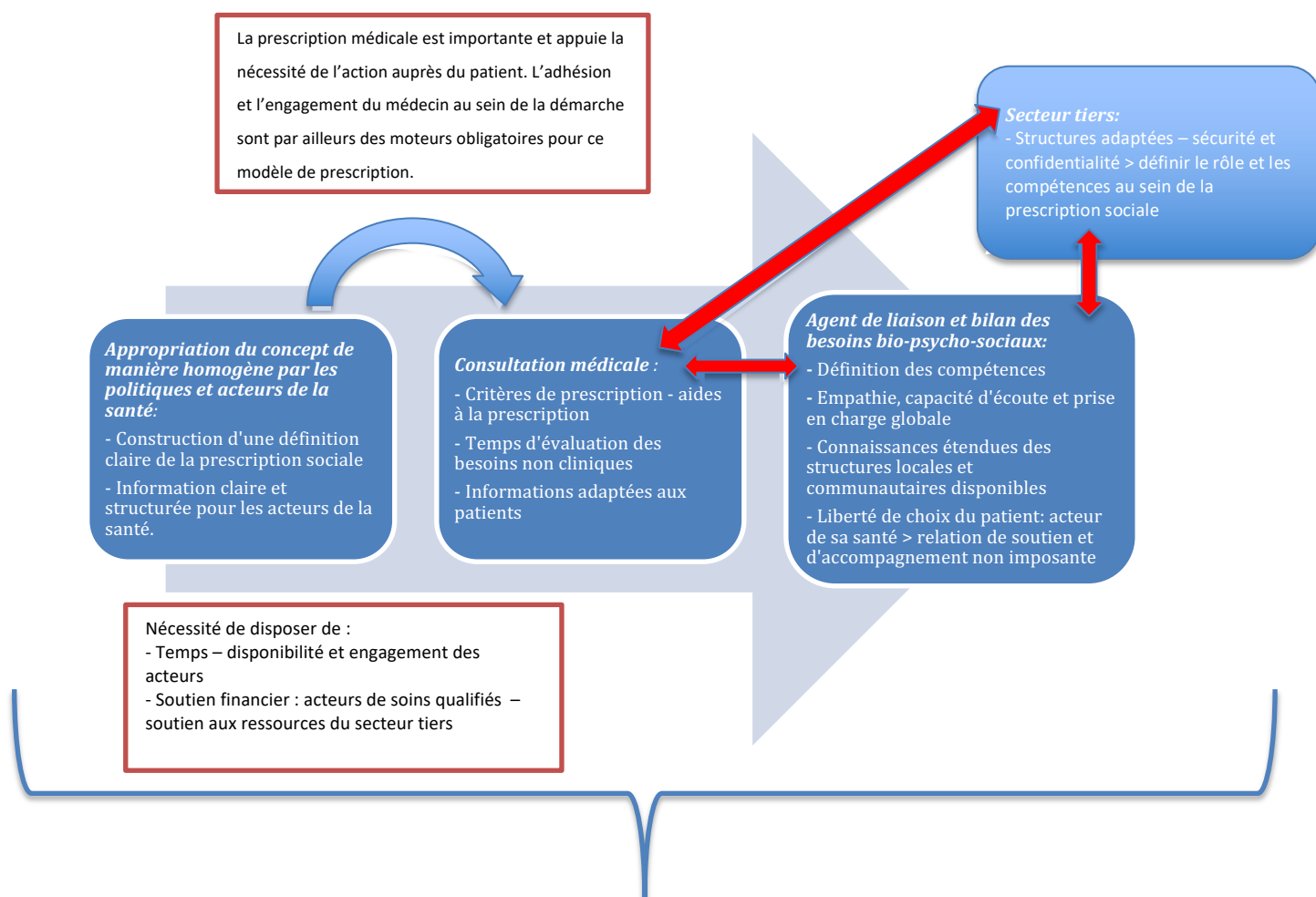
D. Perspectives pour la médecine générale

Ce projet pilote est une introduction au modèle de prescription sociale et une porte ouverte à de nouvelles initiatives afin d'élargir les champs d'action en soins de santé primaires sans surcharger le médecin traitant. À long terme, le projet serait d'étendre la pratique de prescription sociale au sein de nouvelles structures et d'ouvrir le réseau à diverses activités. Pour ce faire, plusieurs lignes directrices peuvent être décrites à la suite des résultats relevés dans le cadre de ce projet et de la revue de la littérature.

Il est essentiel de construire une définition de la prescription sociale, de développer des critères d'orientation et de préciser les objectifs attendus afin d'obtenir une démarche homogène et une concordance dans les prises en charge. Cette première étape permettra de transmettre une information exhaustive et précise aux prestataires de la santé et intervenants afin de construire une nouvelle manière de travailler en interdisciplinarité. Le modèle de prescription doit donc être discuté entre prestataires de santé, agent de liaison et secteurs tiers afin de co-concevoir et optimiser un processus de développement structuré de la prescription sociale en Belgique.

D'une part, il est important que le médecin s'approprie le modèle pour pouvoir s'investir dans cette prise en charge innovante. D'autre part, les compétences de l'agent de liaison doivent être définies. Par ailleurs, les structures communautaires, qui sont essentielles à la prescription sociale, doivent avoir la capacité de prendre en charge les patients. Un soutien politique et économique semble par conséquent indispensable.

Construction d'une prise en charge holistique et centrée sur le patient au sein des soins de santé primaires :



Des modifications structurelles au sein de la société sont nécessaires afin d'aboutir à des résultats durables. Travailler conjointement avec les politiques permettrait d'élargir les possibilités de ressources, de financements et de projets (formations aux besoins bio-psycho-sociaux, webinaires, diffusion au grand public, sensibilisation de la population à la démarche, folders).

Figure 10 : Prototype centré sur les points clés nécessaires à l'introduction de la prescription sociale en Belgique au sein des soins de santé primaires.

Ces conditions sont primordiales au développement du modèle de prescription sociale à petite et grande échelle en Belgique. Il serait également pertinent de réunir les idées et résultats des différents projets pilotes développés en Belgique afin de construire un projet commun et structuré.

6. CONCLUSION

Le modèle de prescription sociale est basé sur des arguments théoriques probants et doit être considéré dans sa globalité. Les données recueillies suggèrent que la démarche présente une gamme d'avantages pour l'ensemble des parties prenantes et interroge l'organisation future des soins de santé primaires. Malgré les résultats positifs, le projet identifie toutefois des lacunes internes et externes au modèle. Cette étude permet ainsi d'ouvrir des pistes de réflexion et d'établir des recommandations afin de développer des projets à plus grande échelle et d'intégrer la démarche en Belgique.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Social Determinants of Health [En ligne]. [cité le 19 sep 2022]. Disponible sur: <https://www.uclahealth.org/sustainability/social-determinants-of-health>
2. Nowak DA, Mulligan K. Social prescribing. *Can Fam Physician*. 2021; 67(2):88–91. DOI: 10.46747/cfp.670288
3. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5276. DOI: 10.3390/ijerph18105276
4. Roland M, Everington S, Marshall M. Social Prescribing — Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *New England Journal of Medicine*. 2020 Jul 9;383(2):97–9. DOI: 10.1056/NEJMp1917060
5. Ministère de la santé et des services sociaux. La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir [En ligne]. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux ; 2012 [cité le 23 dec 2022]. 24 p. Disponible sur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
6. Bodenmann, P., Vaucher, P., Diserens, E., Althaus, F., Madrid, C., Bishoff, T., et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours [En ligne] ? *Rev Med Suisse*. 2009 [cité le 13 sep 2022]; -5(199), 845–848. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-199/precarite-et-determinants-sociaux-de-la-sante-quel-s-role-s-pour-le-medecin-de-premier-recours>
7. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Can Med Assoc J*. 2016 Dec 6;188(17–18):E474–83. DOI: 10.1503/cmaj.160177
8. Social Prescribing [En ligne]. [cité le 20 sep 2022]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>
9. Buck D, Ewbank L. What is social prescribing? [En ligne]. 2020 [cité le 20 sep 2022]. Disponible sur : <https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing>
10. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Dec 7;18(1):86. DOI: 10.1186/s12913-018-2893-4

11. Islam MM. Social Prescribing—An Effort to Apply a Common Knowledge: Impelling Forces and Challenges. *Front Public Health*. 2020 Nov 27;8. DOI: 10.3389/fpubh.2020.515469
12. World Health Organization. Health systems : improving performance. World Health Organization; 2000. 215 p.
13. EuroHealthNet-The Partnership for Health, Equity and Wellbeing. Lisbon, Portugal. 4-5 mai 2022.
14. “Delivering a social revolution in health and wellbeing” – Global Social Prescribing Alliance [En ligne]. [cité le 20 sep 2022]. Disponible sur: “Delivering a social revolution in health and wellbeing” – Global Social Prescribing Alliance
15. Euro Health Net Country Exchange Visit: Promoting health in the community : social prescribing and other strategies. Lisbon, Portugal. 4-5 mai 2022.
16. Polley M, Bertotti, Kimberlee, Pilkington K, Refsum. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications [En ligne]. University of Webminster. 2017 [cité le 3 nov 2022].
17. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 [En ligne]. [cité le 15 sep 2022] Disponible sur : www.kce.fgov.be
18. Mormont M. Vers un nouveau modèle de soins? Maladies chroniques: tous concernés! 2021 Dec 17;40–2.
19. Profil local de santé [En ligne]. [cité le 20 2022]. Disponible sur: https://www.provincedeliege.be/sites/default/modules/sante/profils_locaux/pdf/seraing.pdf
20. Marmot M. The health gap: Doctors and the social determinants of health. *Scand J Public Health*. 2017 Nov 22;45(7):686–93. DOI: 10.1177/1403494817717448
21. Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM. Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. *Arts Health*. 2018 May 4;10(2):97–123. DOI: 10.1080/17533015.2017.1334002
22. Younan HC, Junghans C, Harris M, Majeed A, Gnani S. Maximising the impact of social prescribing on population health in the era of COVID-19. *J R Soc Med*. 2020 Oct 15;113(10):377–82. DOI: 10.1177/0141076820947057

23. Garg A, Boynton-Jarrett R, Dworkin PH. Avoiding the Unintended Consequences of Screening for Social Determinants of Health. *JAMA*. 2016; 316(8):813. DOI: 10.1001/jama.2016.9282
24. Alliance pour des communautés en santé. Rx: Communauté – La prescription sociale en Ontario, Rapport d'étape [En ligne]. Ontario; 2019 [cité le 16 sep 2022]. Disponible sur : <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Rx-Community-Progress-Report-FR-June2019-web.pdf>
25. Brown, RCH, Mahtani K, Turk A, Tierney S. Social Prescribing in National Health Service Primary Care: What Are the Ethical Considerations? *Milbank Q*. 2021 Sep 25;99(3):610–28. DOI: 10.1111/1468-0009.12516
26. Franco S. L'esprit d'Alma-Ata résonne encore [En ligne]. *Gresea*. 2020 Jun [cité le 6 juin 2022]. Disponible sur : <https://gresea.be/L-esprit-d-Alma-Ata-resonne-encore>
27. Kiefer B. La santé selon Michael Marmot [En ligne]. *Rev Med Suisse*. 2010 Mar [cité le 3 juin 2022]; 3;2374:480. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-238/la-sante-selon-michael-marmot>
28. Mackenzie M, Skivington K, Fergie G. “The state They’re in”: Unpicking fantasy paradigms of health improvement interventions as tools for addressing health inequalities. *Soc Sci Med*. 2020 Jul;256:113047. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113047
29. Gibson K, Pollard TM, Moffatt S. Social prescribing and classed inequality: A journey of upward health mobility? *Soc Sci Med*. 2021 Jul;280:114037. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114037
30. Weinstock D, Dupuis P. Santé et justice sociale : qu'est-ce qui a changé ? [En ligne]. 2011 [cité le 20 sep 2022]. Disponible sur: <https://educationsante.be/sante-et-justice-sociale-quest-ce-qui-a-change/>
31. Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*. 2009 Jun 1;59(563):454–6. DOI: 10.3399/bjgp09X421085
32. Des soins intégrés pour une meilleure santé [En ligne]. [cité le 2 jan 2022]. Disponible sur : <https://www.integreo.be/fr/pres-de-chez-vous>

8. ANNEXES

8.1. Définition de la littératie physique

8.2 Guide d'entretien : interview semi-dirigée avec les intervenants internes participants aux bilans de littératie physique

8.3 Guide d'entretien : interview semi-dirigée avec les intervenants externes participants aux bilans de littératie physique

8.4 COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

8.5 Tableau reprenant certaines caractéristiques des patients participants

8.6 Prototype de prescription papier référant le patient vers l'agent de liaison

8.7 Interviews des patients et des prestataires de soins

8.8 Avis favorable du comité d'Éthique hospitalo-facultaire

