



EDUCATION FOR HEALTH

ORIGINAL RESEARCH

Les critères du concept « Vers l'Unité pour la santé » appliqués en Belgique aux Maisons médicales

P Drielsma, J Morel

Fédération des maisons médicales, Bruxelles, Belgium

Published: 28 August 2007

Drielsma P, Morel J

Les critères du concept « Vers l'Unité pour la santé » appliqués en Belgique aux Maisons médicales

Education for Health, Volume 20, issue 2, 2007

Available from: <http://www.educationforhealth.net/>

A B S T R A C T

Objectif: décrire l'expérience des maisons médicales belges au regard de la charte VUPS, décrire les convergences, les forces et faiblesses observées. Analyser conjointement les circonstances explicatives. Ainsi que la dynamique actuelle des maisons médicales.

Méthodes: recherche documentaire sur la législation, l'historique, les descriptions de fonctionnement, les évaluations comparatives ou non déjà réalisées.

Résultats: les convergences entre l'expérience des maisons médicales belges et la charte VUPS sont importantes. Pour le territoire et la population de référence, gestion de l'information. La capitation comme moteur du changement des agents. La formation une situation contrastée, le rôle spécifique de la fédération des maisons médicales. Le partenariat une pratique tous azimuts. Les mesures d'impact sont bonnes mais doivent être généralisées.

Conclusions: La grille de critères de projets VUPS («Vers l'Unité Pour la Santé») permet de mesurer la convergence de cette approche avec celle des maisons médicales et leurs centres de santé intégrés. Bien que minoritaires dans l'offre général des soins en Belgique, tout en étant en constante progression, nous pensons que les centres intégrés doivent rester des laboratoires du changement dans les soins de santé afin d'aider le système à se reformer



Towards Unity for Health criteria applied to medical centers in Belgium

English Abstract

Objective: To describe the Belgian medical centers' experience against TUFH criteria. To identify convergences, strengths and weaknesses, and suggest explanations. To present current dynamics in medical centers.

Method: Literature review on legislation, history, mode of operations and evaluations.

Outcomes: The convergence of the Belgian medical centers' experience with TUFH criteria is striking, particularly regarding the use of a reference population and territory and the use of health information. Capitation fee encourages health personnel to change attitudes. The Belgian federation of medical centers should play a greater role in the education of health personnel. Partnership is widely practised. Impact measurements are favourable but should be generalized.

Conclusion: The convergence between the TUFH approach and the one used by the Belgian medical centers, particularly in their integrated health centers has been demonstrated by use of TUFH criteria. While still a small fraction in the spectrum of health services in Belgium, though in steady progress, it is believed that integrated health centers should remain places for experiment on health care to help the entire system to reform.

El criterio de “Hacia la Unidad por la Salud” (Towards Unity for Health, TUFH) aplicado en centros de salud de Bélgica

Resumen Español

Objetivo: Describir la experiencia de los centros de salud belgas en comparación con el criterio TUFH. Identificar las convergencias, fortalezas y debilidades, y sugerir explicaciones.

Presentar las dinámicas actuales en los centros médicos.

Método: Revisión de la literatura sobre legislación, historia, modos de funcionamiento y evaluaciones.

Resultados: La convergencia de la experiencia de los centros de salud en Bélgica y los principios de TUFH es notable, sobre todo en relación al uso de una población de referencia y territorio, y al uso de la información de salud. El pago por servicio estimula al personal de salud a cambiar actitudes. La Federación belga de centros de salud debe tener un mayor rol en la educación del personal de salud. Se practican ampliamente esfuerzos colaborativos.

Las mediciones de impacto muestran resultados favorables, pero deben ser generalizadas.

Conclusión: La convergencia entre los principios de TUFH y el método utilizado por los centros médicos belgas, en particular en sus centros médicos integrados, ha sido demostrada con la utilización del criterio TUFH. Aunque los centros médicos constituyen aun una pequeña fracción en el espectro de los servicios de salud de Bélgica (si bien es cierto que tienen un progreso continuo), se cree que los centros de salud integrados deben mantenerse como centros de experimentación en atención a la salud para ayudar a reformar todo el sistema de salud.



Introduction

Le système de santé belge peut-être être considéré comme peu structuré, c'est-à-dire: improvisé, composé de façon empirique à partir des rapports de force fluctuants entre les différents intervenants en santé, au gré des contraintes internes et externes. Le décideur politique fut traumatisé par la grande grève des médecins d'avril 1964, qui a conduit au retrait d'une loi prévoyant un meilleur contrôle des dépenses et dissuade aujourd'hui encore toute volonté de réformer le système de santé en profondeur.

C'est en réaction à cette grève que s'est constitué le GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) dont le but était de réfléchir à de nouvelles perspectives de changement, notamment le concept de Centre de santé intégré dont se sont inspirées les premières Maisons médicales. Celles-ci sont apparues en 1972 comme conséquence des mouvements étudiants de la fin des années 60. En réaction contre l'hospitalo-centrisme, la médicalisation à outrance et les inégalités sociales.

Le contexte actuel reste celui d'une approche très fragmentée de la santé: une prédominance des soins de santé curatifs au dépend de la promotion de la santé, la prévention et la santé publique et un éclatement institutionnel des compétences. Le concept «Vers l'unité pour la santé» (VUPS), qui prône l'intégration des soins individuels et de la santé communautaire, représente donc un défi (Boelen, 2002). Le VUPS fixe trois conditions pour que l'intégration devienne opérante: prise en charge d'une *population de référence*, dans un espace géographique défini, par un service décentralisé; développement de modèle *d'organisation des services* pour mettre en œuvre cette coordination / *intégration*; l'organisation d'un système global de la *gestion de l'information sanitaire*. De plus, les partenaires qu'ils conviendrait d'associer sont : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professions de la santé, les institutions académiques et les communautés ou la société civile.

La Charte des Maisons médicales et l'approche VUPS partagent les mêmes valeurs: équité, solidarité, qualité et efficacité. Les obstacles à leur mise en œuvre sont la fragmentation institutionnelle, l'éparpillement des compétences, le cloisonnement fonctionnel entre les soins, la promotion de la santé et la réhabilitation, le manque d'articulation structurée entre les différents niveaux de soins, l'insuffisance de liaison entre secteur social – mais aussi culturel et environnemental - et de Santé. Par contre, la Charte comme le VUPS anticipent que l'unité d'action conduira à la cohérence, l'efficacité du système et l'amélioration de la santé de la population.

Les Maisons médicales pratiquent les soins de santé primaire en équipes pluridisciplinaires (GERM, 1975), intégrant services curatifs et préventifs et de promotion de la santé. Elles font un travail communautaire et réalisent un embryon d'observatoire socio-sanitaire.

On compte actuellement près de 80 structures de ce type en Communauté française de Belgique représentant 300 Médecins généralistes et plus de 1.000 travailleurs .Elles assurent plus d'un million de contacts par an; les pouvoirs publics régionaux contribuent à leur subvention à hauteur de 5% de leur chiffre d'affaire pour des activités de coordination, d'accueil et de santé communautaire.

Le but de cet article est d'explorer la réalité des Maisons médicales à la lumière des critères d'un projet VUPS, qui sont repris ci-après.



1 Modèle innovant intégrant médecine et santé publique

Les Maisons médicales sont aujourd'hui majoritairement (70%) financées par un forfait à la *capitation* calculé sur base de coûts moyens annuels en *médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers ambulants*. Progressivement d'autres professionnels: *accueil, travailleurs sociaux, psychothérapeutes*, sont intégrés à la faveur de la reconnaissance par les pouvoirs publics régionaux bruxellois et wallons. Elles cherchent à se coordonner entre elles et avec les autres structures du système de santé, ce qui permet d'organiser des gardes communes, le transfert de dossiers, l'organisation de formations communes, de négocier collectivement avec des pouvoirs publics locaux.

1.1 Une population de référence et un territoire

Pour les Maisons Médicales (MM), c'est la population inscrite volontairement auprès des centres (par système de capitation), à laquelle s'ajoute une population en situation précaire (sans domicile fixe, sans papier, sans protection sociale). La loi entend que les services *soient principalement offerts dans une zone géographique limitée à un rayon de 5 km ou de 20 km autour du siège d'activités de l'association suivant que celui-ci se trouve dans ou en dehors d'une zone urbaine*

Le centre prendra également en charge les frais occasionnés à l'occasion du déplacement exceptionnel des patients en dehors de la zone

1.2 Modèle d'organisation pour l'intégration

L'équipe pluridisciplinaire autour d'un projet de santé commun, structurée sous un même toit et avec budget partagé, est la base organisationnelle de l'approche «unité vers la santé» de la Maison médicale.

1.2.1 Eventail de services

Les services de premières lignes sont dispensés par une équipe de généralistes, kinésithérapeutes, infirmier(e)s, accueillant(e)s, assistantes sociales et psychologues: soins curatifs, préventifs, palliatifs, de réhabilitation et de soutien, promotion de la santé, santé communautaire sont dans les missions des Maisons médicales. La concrétisation de l'approche globale réunissant des compétences différentes et institutionnellement cloisonnées représente un réel défi.

1.2.2 Les liens: les continuités

La continuité s'exprime de diverses façons: continuité informationnelle par dossier médical global et dossier santé informatisé, la continuité gestionnaire tenant compte de l'épidémiologie locale, la continuité relationnelle entre soignant et soigné par un libre choix du prestataire.



1.3 Gestion globale de l'information sanitaire

1.3.1 Disponibilité

Certains centres disposent de statistiques de morbidité et de mortalité. Un projet a été adopté pour la mise en place d'un système d'information sanitaire standard couvrant : la vaccination contre la grippe, le dépistage par mammographie, le risque cardiovasculaire et autres. De plus de nombreux centres ont réalisés des enquêtes de satisfaction auprès de leurs usagers ou des diagnostics communautaires sur leur territoire, c'est dans ce sens qu'une fonction d'Observatoire local leur a été attribuée par le pouvoir politique régional.

L'intégration des données des dossiers médicaux et des données de santé de la population, qui est souhaitée par les centres, sera possible quand on assistera au décloisonnement des sources d'information et que les professions de santé seront formés à cet effet. Cependant, l'exploitation des données épidémiologiques de la patientèle peut déjà inciter à la participation dans un projet de santé communautaire comme le montre le projet APple des Centres de santé liégeois. (Le projet APple, est un projet de santé communautaire à l'intention des équipes des CSI liégeois et de leurs patients. Il a pour objectif une sensibilisation autour de thème de l'alimentation envisagé dans l'ensemble de ces aspects : médicaux, culturels, sociaux...ce projet est soutenu par les pouvoirs publics.)

1.3.2. Utilisation par tous

Les patients ont le plus souvent accès à leur dossier. Dans certains centres, le dossier est remis dès la salle d'attente, permettant au patient d'interroger son médecin sur certains points mal compris. Dans le cas de nos centres, la coordination et le partage d'informations se fait bien entre chercheurs et formateurs tandis que la coordination avec les décideurs politiques de santé est variable suivant les cas. D'une façon générale, les dispositions actuelles, tant politiques que professionnelles, favorisent toujours la pratique individuelle chez les généralistes au dépend d'une approche globale et pluridisciplinaire.

2. Implications pour les professionnels de santé

L'intégration promue par les Maisons médicales incite à remodeler les profils de fonction, voire l'identité des professionnels qui y participent, leur conférant de nouveaux rôles et de nouveaux besoins en formation.

2.1 Dans la pratique

2.1.1 De nouveaux rôles et l'adaptation des professions à de nouveaux profils:

Bien que ces questions fussent évoquées dès la création (1972) des premières Maisons médicales étant donné l'importance accordée au travail d'équipe et l'approche globale, c'est le paiement par système de capitation qui modifia profondément les rôles des prestataires. Ainsi, on assista une extension de la diversité des activités des infirmières jusque là limitée par une nomenclature étroite. Plusieurs conditions paraissent nécessaires pour étendre un tel mouvement de redéfinition des responsabilités: l'existence d'une réelle politique de formation afin d'assumer efficacement de nouvelles fonctions et des dispositions pour qu'une même tâche puisse être partagée entre professions différentes.



Des signes encourageants sont notés dans ce sens: une formation spécifique pour le personnel d'accueil dans les centres, la prise en compte des problèmes de nature sociale et psychologique dans toute consultation individuelle, l'émergence d'une nouvelle profession de coordonnateur pour assurer une cohérence entre les différents champs d'activités.

2.1.2 Des incitations: adapter le financement à la mission

Le financement forfaitaire à la capitation est le mode principal de rémunération des Maisons médicales. Il est assuré par l'INAMI, organisme national d'assurance maladie, en s'appuyant sur certains critères tenant compte des taux d'utilisation des différents services, du niveau socio-économique de la population et favorisant certaines mesures de rentabilité et sobriété des dépenses.

Des allocations spéciales sont accordées par le pouvoir politique local pour la dotation d'équipements et la coordination de l'équipe professionnelle. Le financement sur base d'objectifs atteints ou résultats n'est pas encore institué.

2.2 Formation

2.2.1. Responsabilité sociale des institutions de formation: adapter leur formation pour répondre aux problèmes de santé prioritaires de la société

Les médecins généralistes et autres professions de santé de nos Maisons médicales sont très impliqués dans la formation dispensée dans les facultés de médecine et autres institutions de formation. Cependant, à défaut d'une définition d'un modèle organisationnel des soins de santé primaire par les pouvoirs publics, les facultés de médecine et les autres écoles supérieures privilégient encore le *statu quo*, c'est-à-dire, le travail en solitaire de prestataires indépendants. Un ferme soutien politique sera nécessaire pour inciter les formateurs institutionnels à promouvoir des modes de pratique favorisant l'intégration et la meilleure réponse aux préoccupations des citoyens.

Les concepts fondamentaux tels que qualité, équité, pertinence et efficacité sont encore trop faiblement soulignés. Il faut remarquer que l'essentiel de la formation des généralistes est encore effectuée par des médecins spécialistes. On ne sera pas surpris de voir nos jeunes assistants utiliser des modèles hospitaliers de prescriptions pour des infections banales. Par contre, des réformes dans le *curriculum* des infirmières et des assistantes sociales sont davantage orientées vers la communauté et l'intégration.

Par ailleurs, la Fédération des maisons médicales assume elle-même une fonction de formation, notamment pour l'accréditation en ce qui concerne la formation continuée. Elle projette d'organiser «Université Ouverte» pour offrir des formations diverses pour l'ensemble de prestataires de soins.

2.2.2 Programmes de formation: pour les générations futures

Malgré notre forte implication dans la formation pratique et théorique dans les facultés et écoles, nous n'avons qu'un impact marginal sur le contenu des programmes et les méthodes pédagogiques. Il appartient au pouvoir politique de fixer comme une priorité la formation des personnels de santé de première ligne par des méthodes appropriées et des experts de première ligne.



3. Partenaires

3.1 Principaux partenaires

Le développement des Maisons médicales nécessite la contribution de:

3.1.1. Décideurs politiques

Les Maisons médicales ont bénéficié du soutien épisodique du pouvoir politique pour la mise en place du règlement forfaitaire par capitation (1982), la reconnaissance des Associations de santé intégrée (1993), la mise en place d'un système d'informations sanitaires et des programmes de Promotion de la santé et d'éducation permanente.

Cependant, le trait principal est la faible implication des politiques dans le développement des Soins de santé primaire. Ce problème est général dans les pays de l'OCDE. La médecine spécialisée et hospitalière reste exagérément privilégiée au mépris de la médecine générale.

3.1.2. Gestionnaires de santé: mutualités et syndicats

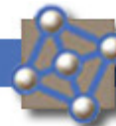
En Belgique, la gestion de la santé est essentiellement du domaine politique et est aux mains de deux agences: le ministère de la santé publique avec des activités surtout réglementaires et l'INAMI (institut national d'assurance maladie invalidité) *qui* détermine les flux financiers. Par deux fois, le ministère de la santé publique a eu des velléités de reconnaissance des centres pluridisciplinaires mais les résistances étaient tellement fortes que le projet a échoué. Par contre, l'INAMI a permis l'émergence de nouvelles pratiques comme le forfait à la capitation. On souhaiterait que les syndicats interprofessionnels et les mutuelles soutiennent davantage des projets d'intégration.

3.1.3. Professionnels de santé

C'est une coutume à la Fédération des Maisons médicales de chercher à dialoguer avec l'ensemble des prestataires de services tant sanitaire que social. D'ailleurs, les Centres de santé intégrés (CSI) se considèrent, tant à cause de leur pratique de la concertation que de la présence fréquente d'usagers dans leurs instances, comme des acteurs privés d'intérêt public.

3.1.4. Institutions académiques

Ce partenariat s'effectue surtout à travers les centres universitaires de médecine générale. La pratique des soins de santé intégrés s'appuie sur des recherches réalisées tant en Belgique qu'à l'étranger. Les publications belges dans le domaine des soins primaires sont actuellement assez limitées, en particulier dans la partie francophone du pays. Par contre deux recherches initiées par l'INAMI et confiées à des centres académiques sont ou seront utilisées pour améliorer le mode de paiement forfaitaire vers un paiement mixte. Un programme de promotion de la santé cardio-vasculaire auprès des généralistes est mené conjointement avec la Société scientifique de médecine générale.



3.1.5. Société civile

Les associations d'usagers sont des interlocuteurs habituels de la Fédération des Maisons Médicales de même que le monde associatif et les acteurs de l'éducation permanente. Le travail local et communautaire conduit à des partenariats avec de nombreux acteurs du secteur social, culturel et environnemental.

3.2. Qualité du partenariat

Un partenariat est toujours recherché pour résoudre des problèmes ponctuels dans des familles. Par ailleurs, une collaboration intersectorielle a pu se faire, par exemple, à l'occasion d'un projet d'amélioration de la nutrition dans la région liégeoise. Quant à un engagement institutionnel à long terme, ce type de partenariat existe entre certains centres de santé et avec des acteurs locaux par le biais de contractualisation sur une période de 5 ans.

4. Preuves de l'impact

4.1 Dissémination

La Fédération des Maisons médicales publie un bulletin trimestriel servant à la promotion et plaidoyer de l'intégration des services de santé. Elle possède également un site ouvert au public (<http://www.maisonmedicale.org>).

Les Maisons médicales sont passées d'une quarantaine à près de 80 unités ce qui correspond à une croissance de 75% de 1984 à 2007. Bien que l'effet d'émulation existe et que le modèle du travail individuel du généraliste soit reconnu comme périmé, les incitations pour adhérer à un modèle nouveau ne sont pas suffisantes. Cette réticence peut être justifiée par un manque de rigueur dans la gestion des Centres de santé. Pour corriger cette situation, la Fédération des Maisons Médicales a mis en place une cellule de développement et d'appui.

4.2 Effets: Evaluation de la contribution a l'amélioration de la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficience

D'une manière générale, les paramètres mesurés sont encore peu nombreux, mais ils démontrent systématiquement une supériorité du système intégré sur le système éclaté.

4.2.1 Qualité

Exemples: Les taux de vaccination contre la grippe des plus de 65 ans sont très supérieurs aux taux observés en Belgique (70% contre 45%). Les taux d'équilibration diabétique mesurés dans certains centres sont supérieurs aux résultats américains et comparables au meilleur taux néerlandais (près de 50% de HBA1c <7%), les taux d'enregistrement des données sont aussi supérieurs à ce qui se fait ailleurs en Belgique. La prescription d'antibiotiques à large spectre onéreux en a été réduite. Les études et leurs résultats sont accessibles sur le site de la Fédération.



4.2.2 Equité

L'accessibilité financière est très supérieure à celle du système général. Les classes défavorisées sont largement représentées dans les centres appliquant le forfait, les Bénéficiaires d'Interventions Majorées (BIM), patients les plus pauvres, sont entre 3,5 et 6,5 fois plus nombreux suivant les sources.

4.2.3 Pertinence

Dans les centres intégrés, les problèmes importants et pertinents au contexte local sont prioritaires. L'ordre des priorités dans les activités s'inspire des recommandations des pouvoirs publics, de la prévalence de situations et l'existence de groupes vulnérables.

4.2.4. Efficience

Les mesures d'efficience sont encore embryonnaires et elles ne sont pas encore pleinement rentrées dans la culture de chaque prestataire. Le travail de sensibilisation à ce concept est en cours. Cependant, des études indépendantes ont montré une prescription plus élevée de médicaments génériques en Maisons médicales que dans le reste de la Belgique.

Conclusion

La grille de critères de projets VUPS («Vers l'Unité Pour la Santé») permet de mesurer la convergence de cette approche avec celle des maisons médicales et leurs centres de santé intégrés. Bien que minoritaires dans l'offre général des soins en Belgique, tout en étant en constante progression, nous pensons que les centres intégrés doivent rester des laboratoires du changement dans les soins de santé afin d'aider le système à se réformer. L'organe de coordination des maisons médicales, la FMM, compte une quarantaine de collaborateurs. Ce qui permet de promouvoir le modèle vers l'extérieur (les partenaires) et l'intérieur (les maisons médicales).

Références Bibliographiques

Boelen, C. (2002). Vers l'unité pour la santé: défis et opportunités des partenariat pour le développement de la santé (P.Grand'Maison & Bolduc, N., Trad). WHO/EIP/OSD.

Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) (1975). Le centre de santé intégré. Les cahiers du GERM, 92

PS. Les auteurs détiennent une bibliographie détaillée illustrant les informations et réflexions relatées dans leur article, qu'ils peuvent mettre à disposition des lecteurs sur demande.