

L'accessibilité, un critère de qualité en danger ?

Ingrid Muller, Christian Legrève, permanents à l'intergroupe liégeois des maisons médicales (IGL)

Les maisons médicales se fédèrent autour d'une série de principes. Une des concrétisations de ces principes, ce sont nos critères de qualité. Des critères que nous avons adoptés, qui permettent de décrire une première ligne de qualité dans un système de soins de santé primaires mis en œuvre dans le cadre d'une politique de santé.

Ces critères sont nombreux, mais quatre d'entre eux nous paraissent fondamentaux : la globalité (approche globale de la santé et des personnes), l'intégration (articulation, au sein de la même structure, des soins curatifs, de la prévention, et de l'action sur les déterminants non-médicaux de la santé), la continuité (des soins, de l'information), et l'accessibilité.

Or, cette dernière revient souvent dans le discours des travailleurs des maisons médicales membres de l'IGL, autour notamment d'un constat de saturation des structures et du risque lié d'augmenter encore la patientèle au détriment de la qualité des services et soins offerts. Pour cette raison, l'équipe de l'IGL a proposé de mettre ce critère en discussion lors d'une réunion plénière d'où découle la réflexion qui suit et commence par une histoire...

L'humour se perd avec le temps

« Toute armée a une queue, et c'est là ce qu'il faut accuser. Des êtres chauve-souris, mi-partis brigands et valets, toutes les espèces de vespertilio qu'engendre ce crépuscule qu'on appelle la guerre, des porteurs d'uniforme qui ne combattent pas, de faux malades, des éclopés redoutables, des cantiniers interlopes, trottant, quelquefois avec leurs femmes, sur de petites charrettes et volant ce qu'ils revendent, des mendiants s'offrant pour guides aux officiers, des goujats, des maraudeurs ». Victor Hugo, Waterloo, les misérables.

Quel est le problème ?

En arrivant, on se dit « ce n'est pas vrai ! ».

Et, effectivement, ce n'est pas vrai... Les files qu'on aperçoit en premier sont à distance de l'entrée principale. Ce sont les queues devant les marchands ambulants qui se sont installés là depuis que ça a commencé. Une friture, un marchand de fallafel, et l'échoppe d'une matrone gabonaise réjouie qui vend des pilons de poulet frits et des bananes plantain.

Les familles ont pris l'habitude de se nourrir en restant sur place.

Il y a eu plusieurs tentatives pour organiser l'excédent de candidats. Mais il a fallu renoncer. La fraude, le racket et le marché noir s'organisait en même temps. On en a pris son parti.

À l'ouverture, à 8h30, c'est la ruée ! Les barrières Nadar sont remises en place chaque soir et renversées chaque matin.

La police a renoncé à maintenir l'ordre, estimant que ce n'est pas son boulot (1 bras cassé, 2 armes de poing volées dans les bousculades, l'arrêt-maladie pour dépression). « Faites comme tout le monde : faites payer ! »

On a vite laissé tomber les vigiles, qui, certes, faisaient régner l'ordre, mais à coups de matraque.

On laisse donc se développer une régulation spontanée du désordre. À l'intimidation, au respect de certaines valeurs partagées (les femmes enceintes). Les leaders des différentes communautés négocient des quotas.

Dans le centre même, c'est l'atterrement, chaque jour un peu plus. Quand on lève le rideau de fer, il dévoile la grande enseigne « centre d'inscription au forfait des maisons médicales liégeoises » en joyeuses lettres multicolores. Les gens hurlent et se ruent contre les portes. Et on découvre la foule grimaçante, sale, fatiguée. Menaçante. Comme hier, comme demain. Derrière la vitre, les employés (polo bleu, sigle « IGL » discret sur la manche, inscription « accueil » barrant la poitrine) se raidissent. Ils préféreraient ne pas être là. Ça dure depuis des semaines, et ils ne s'y font pas.

La porte du sas s'ouvre électriquement. On ne laissera admettre que 5 personnes. Instructions par interphone. Disputes, invectives, vêtements déchirés. La seconde porte ne s'ouvrira que lorsque la première se sera refermée, pour empêcher le flot d'entrer.

« Bonjour, quel est le problème ? »

Cauchemar récurrent

Bien sûr, ce n'est qu'un rêve. Rassurez-vous (, c'est une fiction.

Mais c'est une fiction qui, je crois, nous hante depuis longtemps.

Pourquoi une fiction, dans le fond ? D'où cette nécessité de la fiction ressurgit-elle ? A mon humble avis, quand la réalité est trop crasse, quand elle devient indicible, quand on ne la comprend plus, quand on n'identifie pas les moyens de la modifier, on a besoin de la fiction. Il ne s'agit pas que de dédramatisation. C'est même tout l'inverse, ici. On voit bien que le faux qui est décrit en dit plus que ne le dirait du vrai. En se libérant de la contrainte du réalisme, on en dit plus sur la vérité. Enfin, je le pense !

Du coup, sentant l'appel du pied, je me suis, bien sûr, proposé pour rédiger cette fiction. J'y pensais vaguement, à mes moments perdus (!). Petit à petit, un souvenir confus m'est revenu. Je n'avais pas déjà écrit ça, moi ? Eh bien si ! C'était en septembre 2004.

A l'époque, ça me faisait vraiment rire, ça semblait tellement exagéré. Je ne sais pas ce qu'on cherche aujourd'hui. Veut-on éviter que le cauchemar une devienne réalité ? Veut-on dire qu'il s'est réalisé ? Je ne sais pas pourquoi, mais ça m'amuse moins. Je dois vieillir. Je perds mon humour.

La plus belle femme du monde

Vous connaissez cette expression, certes douteuse : « la plus belle femme du monde ne peut donner que ce qu'elle a ».

Les maisons médicales et leur fédération travaillent à développer les moyens de mettre en œuvre les critères de qualité cités plus haut, au niveau micro des centres, et aussi au niveau du système de santé, et de la société tout entière.

C'est un combat de toujours. Mais, aujourd'hui, un de ces critères est mis à mal par une situation que nous n'arrivons pas à modifier. Objectivement, chiffres en main, les maisons médicales de Liège ne sont plus en mesure d'assurer l'accessibilité de leur service.

Les raisons sont multiples, mais toutes renvoient à la situation actuelle de crise.

Une pénurie de soignants

Il y a une **pénurie générale de médecins**¹, dont, paradoxalement, pâtit plus encore la médecine générale. Cette pénurie a été organisée pour des raisons corporatistes. Alors que tout le monde s'accorde sur la nécessité de revaloriser la médecine générale pour affronter les défis de la santé, il manque, et il va, semble-t-il, manquer de plus en plus de médecins généralistes. Il y a aussi une pénurie **d'infirmières**.

Des inégalités croissantes

Il y a une dégradation de la situation pour les couches défavorisées de la société. Les inégalités croissent. Cela a pour conséquence la multiplication des situations d'extrême précarité, avec des personnes qui ne remplissent pas les critères d'inclusion dans le système social et ont tendance bien souvent à se replier sur elles-mêmes. Elles rencontrent donc des problèmes d'accès aux soins de santé.

De plus, les liens entre précarité et santé sont aujourd'hui évidents. Selon la Fondation Roi Baudouin [2], la répartition des risques en matière de santé épouse de près celle de l'argent, de la formation et du statut social, couche par couche. C'est un véritable « gradient », disent les scientifiques. Les inégalités en santé correspondent aux inégalités sociales. Et, comme le démontrent les recherches de Wilkinson [3], les inégalités en tant que telles génèrent des problèmes de santé physique et psychique².

Concernant l'accès aux soins, une récente étude de Test Santé [4] relève que près de 30 % des Belges ont rencontré, au moins à un moment, des difficultés à assumer financièrement les soins essentiels à leur famille. Ainsi, malgré notre système de sécurité sociale, toute une frange de la population éprouve des difficultés, parfois graves, à se soigner³.

La transformation d'un malaise social en demande médicale

¹Pour plus d'informations, voir l'article d'Isabelle Heymans repris en références. [1]

²« Que ce soit au chapitre de la longévité, de la santé, de la violence, des grossesses adolescentes, du rendement scolaire ou de la mobilité sociale, la même tendance ressort. Et les différences sont énormes : cinq fois plus de gens souffrent de maladie mentale dans les pays les moins équitables que dans les plus égalitaires ; cinq fois plus sont emprisonnés ; six fois plus sont obèses. » « Vivre dans une société compétitive où on est constamment jugé en fonction de son rang, c'est difficile pour tout le monde. L'inégalité accentue notre sensibilité aux comparaisons sociales. »

³Au cours de l'année passée, 8 % des ménages Belges ont arrêté un traitement en cours, 26 % l'ont reporté et 9 % n'ont même pas envisagés de l'entamer. Les premiers soins que les Belges ont tendance à reporter, faute de moyens, concernent les dents, les yeux et les consultations médicales. Près de 30 % des interrogés estiment que devoir subordonner leur santé aux aléas de leur budget a un impact important sur leur niveau de santé général, mais aussi sur leur vie, tout simplement. [4]

La demande de soins dans les situations difficiles croît, comme si le médical pouvait soigner le social. La maison médicale, le cabinet du médecin, du kiné, deviennent les seuls endroits que l'on trouve pour déposer son mal-être, on s'y rend pour être écouté, même sans être malade. Ou, pour parvenir à se faire entendre, ce malaise doit être somatisé.

Le burn out constitue également une manifestation de phénomène.

En particulier, l'étiquette psychiatrique est de plus en plus utilisée pour décrire les situations de très grande précarité. Par ailleurs, les groupes de travail sectoriels de travailleurs sociaux et d'accueillantes à l'IGL font le constat de difficultés croissantes d'ordre psychique.

Cet élément est confirmé notamment par Collin et Amnon [5] selon qui « *Soumises à un ordre néolibéral économique du consumérisme où le manque d'être se transforme en manque d'avoir, les conditions principalement sociales se retrouvent de plus en plus incluses dans le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) comme des déviations au sens parsonien du terme.* » Elles nous disent aussi que « *La transformation des catégories psychiatriques du DSM au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée témoignent de façon éloquente d'une réduction du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique.* »

La limite des moyens publics alloués à la santé et au aux maisons médicales

Les capacités d'agrément de maisons par les pouvoirs publics sont limitées. Les moyens de l'action publique s'amenuisent, et restent globalement orientés vers des dispositifs lourds et coûteux qui ne permettent pas de rencontrer valablement les situations dont nous parlons ici.

Qu'en conclure ?

Pour ces différentes raisons, les besoins augmentent, avec, d'une part, des demandes plus difficilement formulées (car précarité implique souvent repli sur soi, car une part importante de la population belge en arrive à reporter ses consultations médicales pour des raisons financières...), et avec, d'autre part, des demandes sociales muées en demandes médicales... La nécessité d'une approche globale de la santé qui s'attaquent aussi aux déterminants de santé non médicaux de celle-ci, et d'une approche collective de ces facteurs indirects, devient de plus en plus criante et reconnue.

Comme l'expliquent Collin et Amnon [5], il y a développer de nouvelles formes de pratiques sociales qui « privilégient une participation citoyenne et des interventions sociales alternatives au modèle de la médicalisation via l'*empowerment* des personnes, des familles et de leurs réseaux. »

Il y a du donc de plus en plus de pain sur la planche pour les maisons médicales qui visent à travailler en ce sens, notamment grâce à la pluridisciplinarité et à l'approche communautaire, mais plus assez d'instruments pour répondre à ses besoins...

Les principes des maisons médicales sont de plus en plus connus et reconnus dans le réseau. Pour cette raison, sans doute, de plus en plus d'organismes orientent les gens vers nous. Mais nous ne sommes donc plus en mesure d'assurer un suivi de qualité à tous ceux et celles qui s'adressent à nous.

Aujourd'hui, malgré leur volonté, malgré l'action de leur fédération, malgré une nette augmentation de l'offre ces dernières années, les maisons médicales ne sont donc plus en mesure de garantir un de leurs principes fondateurs : l'accessibilité des soins.

Nous le regrettons vivement, nous essayons de trouver des partenaires pour y remédier, mais nous avons l'impression de devoir le faire savoir.

Cette analyse qui part donc des constats et réflexions qui ont émergé dans le cadre des activités de l'IGL soulève des questions qui concernent certainement toutes les maisons médicales, le secteur psycho-médico-social et plus largement, tout politique, tout citoyen, puisque c'est un modèle de société qui est ainsi remis en cause.

Références

[1] Heymans Isabelle. (P)oser les bonnes questions : Pénurie de médecins généralistes Santé Conjugée n°48, avril 2009,

[2] Fondation Roi Baudouin. *Recommandations politiques – Inégalités en santé*. Recommandations du groupe de travail 'inégalités en santé' à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. Octobre 2007.

[3] Richard Wilkinson. *L'égalité c'est la santé*. Editions Demopolis, 2010.

[4] *L'accès aux soins de santé n'est pas garanti en Belgique*. Test Santé, 1er février 2010.

[5] Johanne Collin et Amnon Jacob Suissa. *Les multiples facettes de la médicalisation du social*. Nouvelles pratiques sociales, Volume 19, numéro 2, printemps 2007, p. 25-33. Montréal. <http://id.erudit.org/iderudit/016048ar>

Bonus

Dans le cadre de cette réflexion en réunion plénière de l'IGL sur l'accessibilité, deux aspects particulier ont été soulevés et explorés ensuite : d'une part, la question de l'accueil des demandes hors forfait (rappelons que toutes les maisons médicales de l'IGL sont au forfait) ; d'autre part, celle des demandes « inappropriées » en regard du cadre de travail des maisons médicales.

« Hors-cadre »

Certains professionnels ont avancé la problématique de la prise en charge de patients en dehors du forfait comme contrainte supplémentaire pesant sur la disponibilité des ressources des maisons médicales. Il s'agit de patients qui ne peuvent s'inscrire dans le cadre du forfait pour des raisons diverses qui varient d'une maison médicale à l'autre : parfois ce sont uniquement des patients suivis pour le CPAS (Aide Médicale Urgente, relais santé); pour beaucoup de maisons médicales, ce sont des patients de Caritas mais aussi des patients venant de FEDASIL, de même que des patients illégaux pour lesquels on ne peut facturer à personne. Une maison médicale a aussi un accord de collaboration avec une institution d'accueil.

Nous avons tenté d'éclairer cette question de manière quantitative. Pour ce faire, nous avons contacté l'ensemble des maisons médicales membres de l'IGL en leur posant deux questions :

1. Pouvez-vous dire le nombre de patients qui ont un dossier par rapport au nombre de patients inscrits au forfait ?
2. Pouvez-vous quantifier le nombre de contacts pour les patients hors forfait par rapport au nombre total de contacts en 2009 ?

Il faut bien sûr considérer les chiffres obtenus avec une relative prudence.

En effet, le travail de récolte des données a permis de mettre en lumière que les modes d'encodage sont hétérogènes pour ce qui est des patients et des contacts hors forfait.

Les chiffres...

Pour faciliter le traitement, les données qui nous ont été fournies ont été transformées en pourcentages.

Combien de patients hors forfait ?

Sur 20 maisons médicales en province de Liège, 17 ont pu répondre.

4 maisons médicales suivent moins de 1% de patients hors forfait

7 maisons médicales suivent entre 1% et 2% de patients hors forfait (ce qui représente en fonction des maisons médicales de 20 à 66 patients pour une patientèle au forfait de 1.800 à 3.400 patients)

4 maisons médicales suivent entre 2% et 4% de patients hors forfait

1 maison médicale suit environ 10% de patients hors forfait

1 maison médicale suit environ 20% de patients hors forfait. Cette maison médicale a une convention de collaboration avec une institution d'accueil.

Voilà pour le nombre de patients hors forfait qui ont un dossier à la maison médicale. Mais pour affiner la représentation, il est intéressant de croiser ces chiffres avec la quantité de soins que ces patients consomment. Pour ce faire, nous avons calculé le ratio entre le nombre de contacts pour les patients hors forfait et le nombre total de contacts sur une année.

Combien de contacts pour ces patients en 2009 ?

4 maisons médicales ont moins de 1% de contacts pour les patients hors forfait, soit entre 26 et 191 contacts sur un an.

3 maisons médicales ont entre 1% et 2% de contacts pour les patients hors forfait

3 maisons médicales ont entre 3% et 4% de contacts pour les patients hors forfait

1 maison médicale a entre 7 et 8% de contacts pour les patients hors forfait. Ce qui représente 104 contacts sur un an.

6 maisons médicales ne sont pas organisées pour comptabiliser complètement le nombre de contacts hors forfait.

Est-ce la maison médicale qui a le plus de patients hors forfait qui les reçoit le plus ?

Et bien non. La maison médicale qui a \pm 10% de patients hors forfait comptabilise entre 1% et 2% de contacts. Celle qui a \pm 20% de patients hors forfait comptabilise 3,38% de contacts pour ces patients.

La maison médicale qui comptabilise entre 7% et 8% de contacts a entre 2% et 3% de patients hors forfait.

Pour la maison médicale qui comptabilise le plus de contacts hors forfait (1.277), cela représente \pm 3% des contacts globaux.

Est-ce que ce sont les maisons médicales qui ont le plus de patients inscrits qui ont le plus grand pourcentage de patients hors forfait ? Non.

Les maisons médicales qui ont 10% et 20% de patients hors forfait ont une patientèle inférieure ou égale à 1.000 patients. Les sept maisons médicales qui ont entre 1% et 2% de patients hors forfait ont un nombre d'inscrits au forfait entre 1.800 et 3.400 patients.

A l'occasion de la récolte des données, plusieurs maisons médicales ont exprimé leur étonnement de constater qu'elles ne reçoivent pas plus de patients hors forfait.

Aucune n'envisage la nécessité de limiter le nombre de patients hors forfait. La seule restriction, c'est éventuellement quand les inscriptions sont limitées pour tout le monde.

Le petit travail d'analyse ci-dessus tendrait à dire que ce ne sont pas les patients hors forfait qui alourdissent la charge de travail des maisons médicales.

Ce qui ne veut pas dire que la précarité ne prend pas plus de place aujourd'hui dans le travail quotidien car celle-ci concerne évidemment aussi des patients inscrits au forfait, et s'accroît pour les raisons évoquées plus haut.

L'auberge espagnole

Bonjour, je voudrais un rendez-vous avec mon docteur. C'est pour ma tante qui vient de Roumanie et qui est en visite chez nous.

Bonjour, mon docteur pourrait-il passer à la maison ? C'est pour le bébé de ma fille qui habite Bruxelles et que je garde pendant les vacances.

Bonjour, je suis malade et c'est une gentille dame au centre de formation du Forem qui m'a conseillé de venir chez vous parce que je n'ai pas d'argent. J'habite à Angleur⁴.

Ce genre de demandes arrive à l'accueil, tellement régulièrement que le groupe sectoriel ALien (lisez *Accueillantes en Lien*) de l'IGL a décidé de travailler la question en amont. L'objectif à terme est ambitieux : tenter de réduire le nombre de demandes inadéquates (c'est-à-dire auxquelles la maison médicale ne pourra pas répondre parce que la personne est domiciliée hors de la zone d'inscription) en améliorant la visibilité du projet et du fonctionnement des maisons médicales. On part des demandes observables pour comprendre d'où elles viennent, de qui, et ce que croient les personnes qui viennent ou envoient des patients que nous ne pourrions pas inscrire.

Il ressort **5 types d'acteurs** vers lesquels il serait utile de faire une démarche pour améliorer la compréhension de ce qu'est une maison médicale :

1. les patients inscrits ;
2. les réseaux de personnes en difficulté où fonctionnent le bouche à oreille ;
3. des médecins spécialistes qui ne perçoivent pas les fondements des maisons médicales ;
4. des institutions qui accueillent des personnes en difficulté (Forem, ONE, ...)
5. des institutions qui se déchargent sur les maisons médicales, tel que le service des urgences d'un hôpital qui renvoie vers la maison médicale la plus proche ou le CPAS qui se décharge d'une part du travail social qui lui revient.

Il ressort également **5 types d'idées reçues et malentendus** par rapport auxquels nous souhaitons « dire quelque chose » :

1. la maison médicale c'est gratuit ;
2. on y accepte les personnes en difficulté financière et administrative ;
3. la maison médicale sait/peut tout ;
4. une mauvaise compréhension du fonctionnement (modalités d'inscription, limites territoriales, ...)

⁴Commune Liégeoise où il n'y a pas de maison médicale. Les maisons médicales au forfait de Liège ne couvrent pas cette zone. Pour garantir des soins de qualité, chaque maison médicale définit une zone géographique sur laquelle elle travaille. Les maisons médicales au forfait déclarent cette zone à l'INAMI et dès lors, ne peuvent inscrire de patients qui n'habitent pas dans cette zone.

5. une méconnaissance de ce qu'est une équipe pluridisciplinaire, de l'intérêt de l'échelonnement.

L'IGL va relayer cet état de travail vers ses différents groupes sectoriels. L'objectif est de clarifier si, dans d'autres secteurs, on observe aussi que le fonctionnement des maisons médicales au forfait est souvent mal compris et interprété.

Dans la suite, il sera question d'élaborer un discours à porter à l'attention de différents acteurs. Une étape importante également sera d'élaborer la forme de communication la plus pertinente.

Ce travail d'analyse et de réflexion se poursuit donc. A suivre...