



# Les services de santé de première ligne en Belgique sont-ils sur la voie du changement ?

.....

*Notre système de santé est basé sur un modèle professionnel qui repose sur le modèle biomédical. Une évolution vers un modèle communautaire intégré semblerait rendre notre système plus performant à de nombreux points de vue.*

.....

Plusieurs modes d'organisation des services de santé de première ligne existent, allant de la pratique médicale isolée à l'organisation multidisciplinaire intégrée. En outre, de plus en plus d'éléments empiriques montrent que les modèles organisés autour de la pratique interdisciplinaire sont associés à des résultats significativement plus élevés en matière de continuité des soins, de qualité des soins, de satisfaction des patients, etc.

Pourquoi, alors, les modèles d'organisation de services de santé de première ligne n'évoluent-ils pas tous, et surtout pas plus vite, vers ce modèle d'organisation qui rassemble les résultats les plus favorables ? Il est pourtant nombre de pays qui ont emprunté cette voie et qui bénéficient, aujourd'hui, d'un système de soins de santé primaire très intégré.

**Jean-Marc Jallay**, licencié en sciences de la santé publique, M.Sc. santé communautaire, conseiller à l'Institut Emile Vandervelde.

---

## Les différents modèles d'organisation des services de santé de première ligne ne conduisent pas tous aux mêmes résultats

Un collectif de recherche canadien<sup>1</sup> a analysé les caractéristiques des modèles d'organisation des services de santé de première ligne rencontrés dans la plupart des pays industrialisés : Canada, Etats-Unis, Europe, Océanie. Il a réalisé une taxonomie de ces modèles en agrégeant les différentes caractéristiques de tous les cas étudiés. Cette taxonomie<sup>2</sup> a permis d'identifier quatre grands types de modèles d'organisation des services de santé de première ligne.

Ces quatre modèles se différencient en tout premier lieu par leur vision des services de première ligne. Deux modèles reposent sur une vision qualifiée de professionnelle. Les deux autres modèles reposent sur une vision dite communautaire.

Selon la vision professionnelle, les services de

---

## Introduction

L'amélioration de l'organisation et de l'offre de services de santé de première ligne est une préoccupation importante de la plupart des pays industrialisés ou en développement. L'organisation des services de première ligne constitue d'ailleurs, aux yeux de plusieurs, l'un des enjeux majeurs des systèmes de santé. L'Organisation mondiale de la santé en a fait un levier important de sa politique de développement de la santé des populations. La Belgique n'échappe pas à cette tendance.

**Mots clés** : soins de santé primaires, santé publique.

## Les services de santé de première ligne en Belgique sont-ils sur la voie du changement ?

Modèles professionnels	Modèles communautaires
Modèle professionnel de contact	Modèle communautaire non-intégré
Modèle professionnel de coordination	Modèle communautaire intégré

Quatre modèles d'organisation des services de première ligne

Les modèles communautaires se différencient par leur intégration aux autres composantes du système de soins : intégré ou non intégré. Plusieurs caractéristiques de leurs ressources, structure organisationnelle et pratiques laissent transparaître leur degré différent d'intégration.

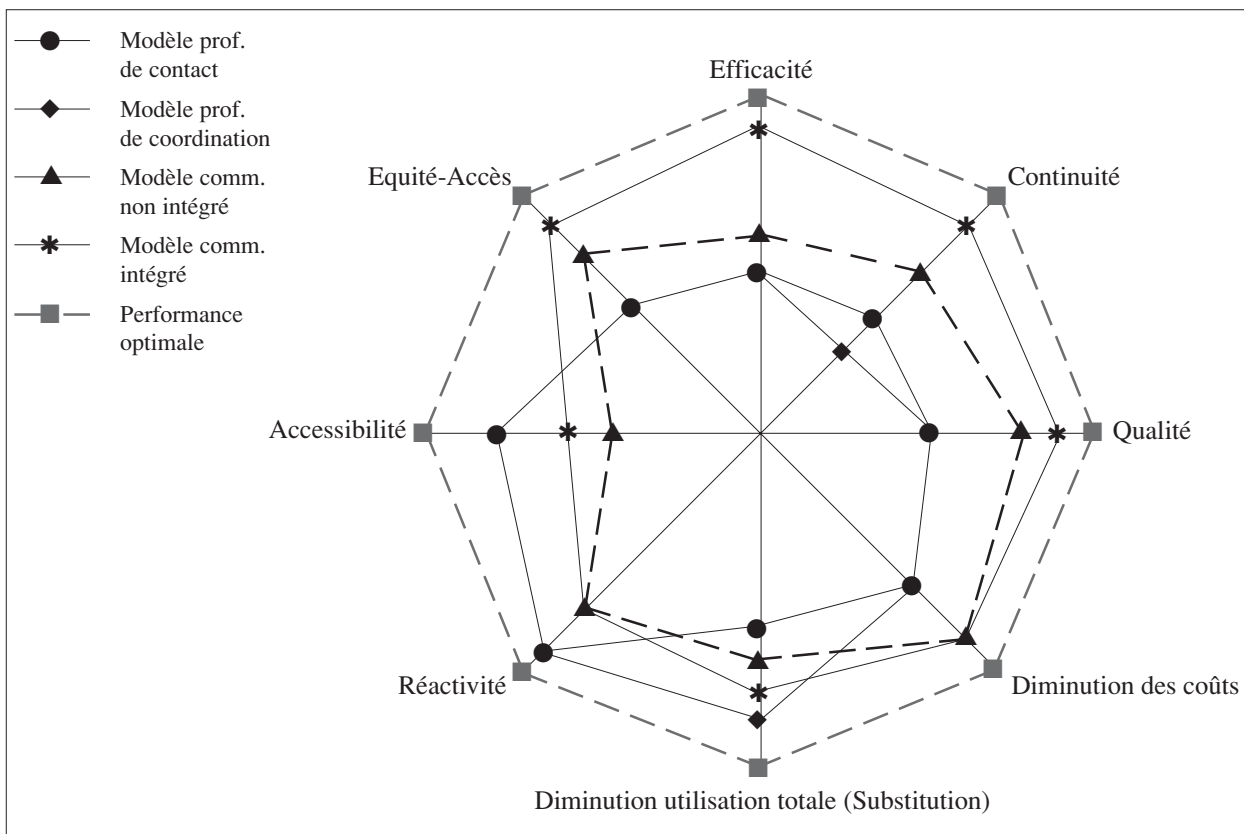
première ligne ont comme finalités et responsabilités de fournir des services médicaux à des patients qui se présentent pour l'obtention de ces services (clients) ou à des personnes qui se sont librement inscrites (adhérents) auprès de l'une ou l'autre des entités responsables des services de première ligne pour l'obtention de leurs services.

Selon la vision communautaire, les services de première ligne ont pour finalités d'améliorer la santé de la population résidant sur un territoire donné et de contribuer au développement de la santé des gens résidants dans l'entité locale. Ils ont pour responsabilités de répondre aux besoins de santé de cette population et de lui assurer l'ensemble des services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires requis.

nelle et pratiques laissent transparaître leur degré différent d'intégration.

Les modèles professionnels se différencient à leur tour par les finalités poursuivies quant à la fourniture de services : un modèle professionnel de coordination qui a pour finalités de fournir des services (médicaux et parfois associés à des services infirmiers) continus, principalement à des adhérents ; et un modèle professionnel de contact qui a pour finalité d'assurer l'accessibilité aux services (exclusivement médicaux) de première ligne<sup>3</sup>.

L'analyse de cette taxonomie nous autorise à penser que l'organisation actuellement dominante des services de première ligne en Belgique s'inspire du modèle professionnel de





contact. Toutefois, les centres de santé intégrés qui se développent au départ des maisons médicales en Belgique se profilent plutôt dans le cadre du modèle communautaire intégré.

Au-delà de la taxonomie des modèles, ce sont les effets associés à ces différents modèles qu'il est utile d'analyser. Globalement, les données empiriques, analyses de cas et méta-analyses, croisées par les avis d'experts, montrent que les modèles d'organisation des soins de santé primaires orientés vers la pratique interdisciplinaire sont associés à des résultats de performance du système de santé significativement plus élevés.

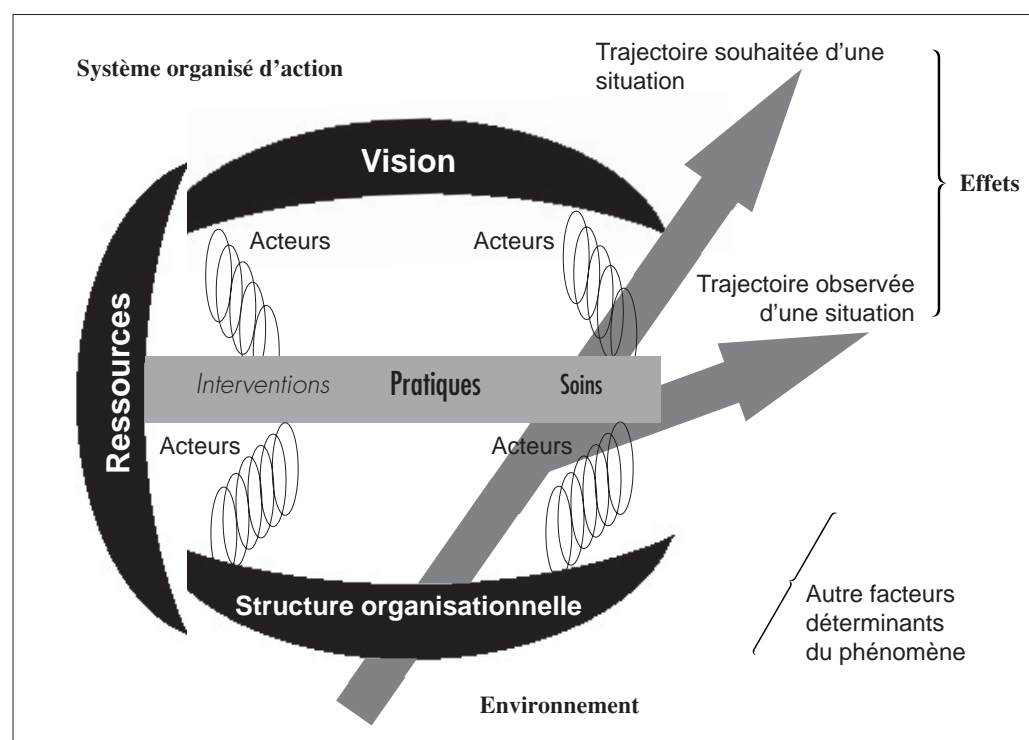
Le modèle communautaire intégré ressort comme le plus avantageux aux plans de l'efficacité (de santé et de service), de la qualité (technique et pertinence), du contrôle des coûts et de l'utilisation (effet de substitution entre la première ligne et les autres niveaux), ainsi que de l'équité. Il comporte pourtant des lacunes sur le plan de l'accessibilité (notamment aux services de première ligne). Quoiqu'il en soit, le modèle communautaire intégré apparaît comme celui qui maximise l'atteinte du plus grand nombre d'effets.

## Les services de santé de première ligne : un système organisé d'action

L'organisation des services de santé de première ligne peut être perçue comme un *système organisé d'action*<sup>4</sup>. Elle résulte du jeu d'acteurs qui, dans un champ social (les services de première ligne) et un environnement définis (entité géopolitique) interagissent pour mobiliser et utiliser des ressources afin de produire des activités, biens ou services, nécessaires à la poursuite de leur projet collectif et à l'atteinte de leurs objectifs.

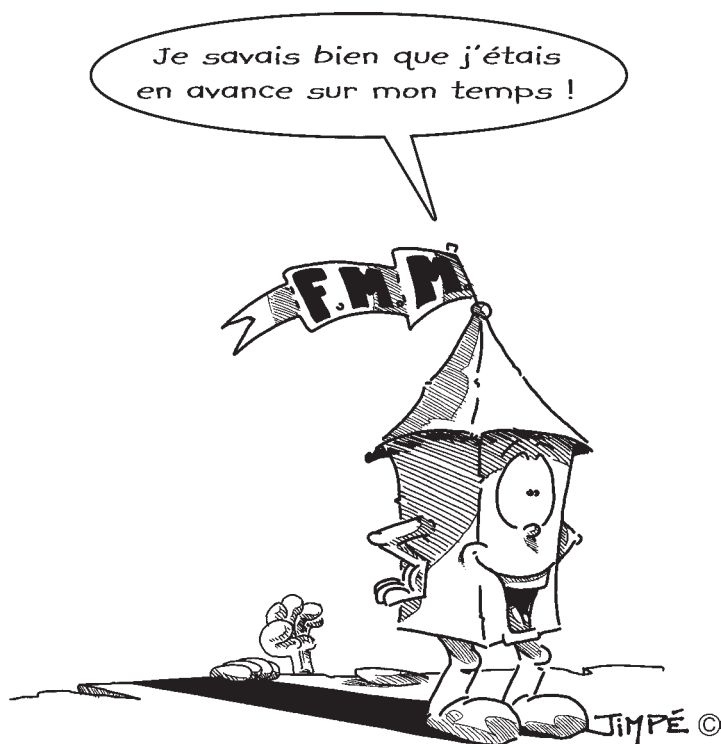
Comme système organisé d'action, les services de première ligne se décomposent en six dimensions : la vision, les ressources, la structure organisationnelle, les pratiques, l'environnement et les effets.

La forme des organisations se base sur une cohérence qui existe entre les caractéristiques des organisations. Une cohérence est susceptible d'exister entre la vision qu'ont les acteurs de la première ligne, les ressources qu'ils mobilisent



Résultats associés aux quatre modèles d'organisation des services de santé de première ligne

## Les services de santé de première ligne en Belgique sont-ils sur la voie du changement ?



et le cadre organisationnel dont ils se dotent pour assurer la fourniture de ces services. Les pratiques qui guident cette fourniture sont susceptibles, à leur tour, d'être influencées par la vision des services de première ligne, les ressources qui y sont consacrées ainsi que la structure organisationnelle.

Un modèle d'organisation est donc une configuration particulière de la vision des services de première ligne, des ressources, de la structure organisationnelle et des pratiques qui est conceptuellement distincte et empiriquement observable, à un moment donné, dans un contexte défini.

### **Le rôle essentiel de la vision des acteurs...**

Le système organisé d'action nous apprend donc qu'un système de services de santé de première ligne ne peut fonctionner avec performance que s'il s'organise en cohérence avec la vision qu'en ont les acteurs essentiels qui le composent. De même, des évolutions fonda-

mentales du système - dans ses ressources et dans sa structure - ont bien plus de chances d'aboutir favorablement si celles-ci sont en adéquation avec la vision (conception) de l'organisation qu'en ont les acteurs. Cette vision englobe les croyances, représentations, valeurs et finalités qui permettent aux acteurs de communiquer et de se comprendre dans leur rôle, mais aussi de donner du sens à leurs actions.

Dans notre système de santé « biomédical » tel qu'on le connaît en Belgique, le corps médical est, au sein des acteurs directs du système organisé d'action, indéniablement le leader d'opinion et de valeur le plus influent. Ce modèle biomédical est centré sur la maladie, sur l'organe et sur la causalité biologique. Selon cette logique, l'acteur principal ne peut être et ne doit être que le médecin puisque c'est lui seul qui détient le pouvoir acquis du fait de sa possession de l'information et de la connaissance pour pouvoir donner les réponses enseignées par le modèle biomédical aux besoins de santé exprimés par les gens. Comme le modèle biomédical est dominant dans notre société, celle-ci reconnaît le médecin comme l'acteur principal de son système de santé. En outre, ce modèle se pérennise et n'est pas ou peu remis en question puisque c'est le modèle biomédical classique qui reste le principal axe de formation des médecins.

Dans notre système de santé, le leadership d'opinion et de valeurs qui s'exerce au départ des syndicats médicaux est fait avec une certaine efficacité. D'autant que notre système est conçu de telle manière que ce sont les syndicats qui jouent un rôle important dans les rapports avec l'État, en particulier avec les institutions relevant de l'assurance maladie obligatoire et de la santé publique, puisque seuls les syndicats reconnus comme représentatifs peuvent participer à la négociation.

Tout changement fondamental de modèle dominant d'organisation de services de santé de première ligne passera donc, inévitablement, par les acteurs influents du système et, plus particulièrement, par la vision qu'ils ont du modèle le plus performant vers lequel il faut tendre. Une des clés de l'évolution du modèle belge d'organisation des services de santé de



première ligne réside donc, sans doute, dans la capacité des acteurs, convaincus de l'intérêt général du modèle communautaire intégré à continuer à faire évoluer le modèle biomédical dominant, à éveiller les futurs acteurs principaux du système de santé aux avantages et aux intérêts du modèle communautaire intégré (via la formation des médecins, la formation des professions de santé, la formation continuée), et dans leur capacité à devenir démocratiquement les leaders d'opinion au sein des groupes d'influence effectifs.

moins aussi important que toutes les dispositions légales qui pourraient être prises. ●

## En guise de conclusion...

De plus en plus d'éléments empiriques, associés aux avis d'experts des systèmes de santé indiquent que les systèmes de santé de première ligne organisés autour d'un modèle communautaire et intégré rencontrent un niveau de performance en matière de qualité de soins, de continuité et d'efficience (coût/bénéfice) plus élevé. En Belgique, l'évolution progressive de notre modèle biomédical dominant vers un modèle communautaire et intégré semble donc être pertinent.

Des modifications légales et réglementaires, dans les ressources ou dans les structures, peuvent introduire des incitants ou des contraignants pour l'amélioration de notre système de services de santé de première ligne. C'est à ce niveau que le législateur peut jouer un rôle. Il le fait en partie : forfaitarisation dans le financement de certaines pratiques, incitants à la pratique de groupe ou multidisciplinaire, incitant à l'utilisation de la bonne trajectoire de soins qui trouve son origine, dans la plupart des cas, auprès de son médecin de famille, etc.

Toutefois, ces éléments ne seront pas suffisants ou se confronteront à de sérieuses résistances au changement si les acteurs du système ne s'inscrivent pas favorablement dans cette voie, et ce, parce qu'ils partagent la vision de ce mode d'organisation. Le rôle des leaders d'opinion, et notamment des leaders médicaux, constitue donc un facteur clé de la réussite de l'évolution de notre modèle belge d'organisation des services de première ligne vers encore plus d'efficience, de continuité et de qualité des soins, au

## Notes

(1) La réflexion présentée dans cet article s'inspire des travaux entrepris en 2003 par un collectif de recherche canadien qui a réalisé une analyse comparée des modèles d'organisation des services de première ligne. in Lamarche P, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. *Choices for change : the path for restructuring primary healthcare services in Canada*, Canadian Health Services Research Foundation, 2003.

(2) Ibidem 1.

(3) Les caractéristiques complètes des quatre modèles présentés dans la taxonomie peuvent être consultées dans le rapport de recherche sur [http://www.chsrf.ca/final\\_research/commissioned\\_research/policy\\_synthesis/pdf/choices\\_for\\_change\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/final_research/commissioned_research/policy_synthesis/pdf/choices_for_change_f.pdf).

(4) Ce concept a été développé et utilisé pour caractériser d'une façon générale toute intervention par Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. (2000), « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48, 517-539. Il est en partie emprunté à : Rocher G. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, P.U.F. 1972 ; Parson T., *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York : Free Press, 1977 ; Bourdieu P., Wacquant L., *Réponses*, Paris, Seuil, 1992 ; Freidberg E. (1993), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil. II.