

# Critères de qualité pour décrire des centres de santé primaires communautaires

**Hubert Jamart,**  
médecin  
généraliste,  
permanent  
politique à la  
Fédération des  
maisons médicales.

.....

*L'article précédent nous a indiqué comment les centres de santé peuvent s'insérer harmonieusement dans le système de santé et dans une visée de politique de santé visant le bien-être de tous. Il nous reste à explorer à quels critères ils doivent répondre en propre pour tendre vers cet objectif et affirmer leur identité.*

.....

De plus en plus de structures de première ligne voient le jour. Mais si le succès des associations est grand, il persiste néanmoins un fossé entre les pratiques dites 'de groupe' et les pratiques 'en maison médicale'. Il paraît donc opportun de définir notre identité, d'énoncer ce que nous entendons par maison médicale, en lien avec les valeurs qui sous-tendent nos pratiques. Que ce soit pour les communautés auxquelles on s'adresse, aussi bien que pour les pouvoirs publics qui nous soutiennent.

L'article précédent nous a permis d'identifier plusieurs niveaux : définition de critères pour établir un bon système de soins, critères pour définir les centres de santé à l'intérieur de ce système et finalement description des caractéristiques des soins qui devraient y être délivrés. En ce qui nous concerne, notre attention se portera essentiellement sur les critères pouvant définir les centres et les soins au départ de ces centres.

## Critères

*Vient du grec et veut dire littéralement « discerner ». En philosophie : caractère, signe qui permet de distinguer une chose, une notion ; de porter sur un objet un jugement d'appréciation<sup>1</sup>.*

1. Le nouveau petit Robert de la Langue française 2008.

2. Rapport OMS 2008 : « Soins de santé primaires, maintenant plus que jamais ».

Mots clefs : santé publique, centre de santé, critères.

*Remerciements à Monique Van Doormael et Jean Van der Vennet qui nous ont éclairé dans une réflexion globale sur les critères de définition d'un centre de santé communautaire de première ligne.*

*Monique Van Doormael est sociologue et a travaillé de nombreuses années à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Elle a aussi été active au sein du GERM, Groupe d'étude pour une réforme de la médecine. Jean Van Der Vennet est sociologue et travaillé depuis de nombreuses années à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Il collabore encore activement ce jour à des projets.*

## Du côté des autres organisations

Beaucoup d'organisations se sont lancées dans une critérisation, ou du moins une définition d'objectifs et de missions de centres de santé de première ligne. Quelques exemples.

### L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Depuis quelques temps, l'OMS cherche à rassembler un certain nombre d'items. C'est un travail difficile vu la diversité des projets qui voient le jour au niveau international. Il faut réussir à traduire les images des uns et des autres pour pouvoir s'accorder sur l'envers des mots. Outre une définition reprise dans l'article « Un cadre pour des soins de santé primaires communautaires » (voir page 42 de ce cahier, on peut retrouver le tableau<sup>2</sup> ci-après qui met en évidence la plus-value de soins centrés sur la personne en centres de santé ambulatoires.

Nous tenons à attirer l'attention sur la première et la dernière colonne. Nous pensons en effet nous organiser en partie selon les critères développés en dernier lieu. La colonne du milieu se traduit en Belgique notamment par les trajets de soins.



Soins médicaux ambulatoires conventionnels en clinique ou en consultation externe	Programme de lutte contre les maladies	Soins primaires centrés sur le patient
Accent sur la maladie et la guérison	Accent sur les maladies prioritaires	Accent sur les besoins sanitaires
Relation limitée au moment de la consultation	Relation limitée à la mise en œuvre du programme	Relation personnelle durable
Soins curatifs épisodiques	Action de lutte contre les maladies déterminées par les programmes	Soins complets, continus et centrés sur la personne
Responsabilité limitée à la dispense de conseils efficaces et sûrs au patient lors de la consultation	Responsabilité d'atteindre des objectifs ciblés dans la lutte contre la maladie dans la population cible	Responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la santé
Les usagers sont des consommateurs des soins qu'ils achètent	Les groupes de population sont les cibles des actions de lutte contre les maladies	Les gens sont des partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité

Tableau 1 : aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne

### **La Canadian Alliance for Community Health Centre Associations (CACHCA)**

A plusieurs reprises, avec Scott Wolff, coordinateur fédéral du CACHCA, nous avons débattu de ce défi qu'est la description la plus précise possible des centres d'une alliance telle que la leur. Sur leur site internet, les éléments suivants permettent de comprendre dans quels types d'organisation ces structures s'inscrivent :

« Un centre de santé communautaire (CSC) a généralement les caractéristiques suivantes :

1. Être asbl ou ONG, gérée par un conseil d'administration ou un conseil consultatif élu et composé en majeure partie de patients et/ou membres de la communauté.
2. Peut être déterminé l'accès par un territoire spécifique ou par un groupe de personnes ayant eu des difficultés dans des services de soins de santé primaires (conventionnels ndlr.)
3. Offre une gamme de services (santé primaire, approche sociale, réadaptation et autres services ambulatoires) avec un accent particulier sur la prévention, la promotion à la santé, l'éducation sanitaire, et des services de développement de la communauté.
4. Travaille en collaboration avec des organisations d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, développement et transformation économique, de façon à promouvoir la santé au niveau local des communautés.
5. Travail en équipes multidisciplinaires. »

En outre, il rémunère soit par un salaire et/ou paiement à la capitation.

On voit à travers ces quelques items les liens étroits entre ce type d'organisation et les maisons médicales. Mais nous souhaitons aller plus loin dans nos définitions.

### La charte des maisons médicales

On retrouve aussi ici des mises en formes. Ainsi trois rubriques distinctes se font suite. Tout d'abord *les valeurs*, comme la solidarité, la justice sociale, la citoyenneté. Mais aussi le respect de l'altérité et l'autonomie. Ensuite sont décrits *les objectifs*. Répondre aux besoins par une offre de soins primaires qui soient accessibles, globaux, continus et intégrés. La promotion de l'autonomie fait aussi partie des objectifs déclarés, ainsi que la prise de conscience citoyenne, la participation, pour ne citer qu'eux. Finalement la charte décrit *les moyens*. C'est entre autres ici que l'on parle, de façon non exhaustive, de la multidisciplinarité, de l'accueil de qualité, de systèmes de financement en adéquation avec le projet<sup>3</sup>.

La fédération flamande des maisons médicales (VWGC) s'est également prêtée à l'exercice. Leur réflexion a abouti à une liste de 11 critères que l'on peut d'ailleurs trouver sur leur site internet ([www.vwgc.be](http://www.vwgc.be)) sous la rubrique 'wijkgezondheidscentrum'.

---

## Vers où nous pourrions aller

Un ensemble d'items ont été croisés dans énormément de directions. En voici une liste:

- **critères d'objectifs :**
  - critères de qualité des soins / de la prise en charge des patients :
    - globalité
    - continuité
    - permanence
    - intégration curatif avec préventif, réhabilitation
    - efficacité
    - efficience

- critères de qualité des services / des centres :
  - accessibilité (financier, géographique, acceptabilité)
  - efficience
  - intégration avec promotion de la santé
  - équité
  - finalité publique
  - participation de la communauté et autonomie des citoyens/usagers
  - action sur les déterminants de la santé (sociaux, etc.)
- **critères de moyens :**
  - centres pluridisciplinaires/ interdisciplinaires
    - et non hiérarchie entre professionnels de santé
  - mode de rémunération des acteurs
  - population de responsabilité
  - subsidiarité
  - démocratie participative des travailleurs/ convivialité /conditions de travail
  - formation continue
  - la démarche scientifique/ de recherche
- **critères de fonction :**
  - généraliste : pas de distinction de la population, ni pour l'âge, le sexe, les caractéristiques sociales, type de pathologie
  - premier contact avec le système de santé
  - curatif, préventif, promotionnel, réhabilitation
  - fonction de synthèse

À partir de cette liste conséquente, nous sommes finalement arrivés à un choix de huit critères que nous pouvons imaginer appliquer aux maisons médicales membres de la Fédération :

**1. La qualité des soins.** Les centres de santé sont généralistes/polyvalents : ils sont un point d'entrée pour tout patient quels que soient son âge, son sexe, ses pathologies ou son statut social. La qualité des soins inclut notamment l'efficacité, la globalité, la continuité, l'efficience. La globalité articule la santé et le social ; elle consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques

3. Charte des maisons médicales et des collectifs de santé francophones - janvier 2006.



ou culturels (une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre adéquatement). Il s'agit de considérer l'être humain, la personne, dans son contexte de vie, au-delà de sa maladie.

- 2. Travail en équipe pluridisciplinaire.** Il est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non-isolement qu'il génère intrinsèquement. Même si tous ne participent pas à chaque projet spécifique, l'important est que le projet global du centre soit compris, porté par l'équipe ; et que les points de vue différents, voire divergents, puissent être partagés de façon ouverte.
- 3. La finalité est publique.** Il doit y avoir une perspective sociale dans la démarche avec une attention particulière à la non discrimination. Les structures ne doivent pas avoir comme but l'enrichissement personnel et le projet doit s'articuler sur une base communautaire en faisant référence à la responsabilité pour une population déterminée.
- 4. L'accessibilité** fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables. **L'acceptabilité** ou légitimité, définit l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles des utilisateurs et de leurs familles.
- 5. L'intégration** se traduit par la coexistence dans le même service et au bénéfice d'une même population, d'activités curatives, préventives, d'éducation santé, de revalidation. Il est important de noter que cela implique aussi des activités de **promotion à la santé** y compris en s'intégrant dans les programmes existants.
- 6. La participation des patients.** Au-delà de la simple utilisation des services, il s'agit de l'intervention dans la prise de décision. La participation peut prendre des formes collectives ou individuelles, être suscitée par les professionnels ou initiée par les patients... (un projet est participatif s'il est à l'écoute des demandes, si les patients ont l'occasion

de s'exprimer, de participer aux différents stades d'un projet, de le modifier, voire de le refuser). La participation implique aussi le développement d'aptitudes visant l'émancipation personnelle qui permet d'être acteur de sa santé.

- 7. Action sur les déterminants sociaux de la santé.** On entend par déterminant social tout ce qui agit sur la santé des gens en étant en dehors de l'action directe des soins (facteurs socio-économiques, habitat, environnement, lieux de travail, facteurs culturels...). L'action sur ces déterminants se réalise en collaboration étroite avec d'autres acteurs, au niveau local (par l'action communautaire en santé) ou à un niveau plus global. Cette action implique une reconnaissance de l'influence des inégalités sociales sur la santé et de la nécessité de les combattre.
- 8. L'articulation avec les autres acteurs.** Les centres de santé n'atteindront pas seuls les objectifs de santé. Ils font partie d'un système avec lequel ils s'articulent et collaborent. Ce système comprend les autres acteurs du premier niveau, ceux des niveaux spécialisés et hospitaliers et tout autre acteur du champ social (et même plus largement) nécessaire pour atteindre les objectifs de santé.

On remarque le parallélisme entre nos critères et ceux que Ade Adeagbo met en avant pour décrire la santé communautaire (voir page 42). Ceci souligne l'intérêt de la confrontation d'idées et du développement des relations et des échanges au niveau international.

On voit également dans l'article de Ade Adeagbo, le lien étroit entre le besoin de se définir et la possibilité de se constituer en réseau que celui-ci soit belge, européen ou au-delà. En effet, le même style d'exercice que celui organisé à l'intérieur de la Fédération (définition de critères) a été proposé à différents partenaires potentiels d'Espagne en Angleterre, de la Suède à la Hongrie, en passant par l'Italie et les Pays-Bas.

## Ligne d'horizon

Tout ce dont nous parlons ici n'est qu'une ébauche, toujours flexible, et qui demandera à être adaptée au fur et à mesure des discussions qui seront prévues sur ces critères. Encore long, le chemin pour y arriver sera émaillé de rencontres, d'échanges, de débats pour façonner ensemble ce qui nous définira.

Nous ne pouvons pas imaginer que tous les indicateurs soient au maximum tout le temps, les forces de travail doivent être réparties selon les priorités des structures. Il s'agirait plus d'une ligne d'horizon vers laquelle un centre essaie de tendre. Reste qu'un certain nombre d'outils d'évaluation doivent être mis en place de façon spécifique et adaptées aux critères retenus.

Le travail de critérisation doit déboucher aussi bien sur une identification pour les pouvoirs subsidiants, avec des critères de qualité clairs et objectivables, selon des évaluations

appropriées, que sur une possibilité pour les patients de s'y retrouver dans la jungle actuelle de l'offre en soins de santé où la moindre plaque apposée au mur d'un cabinet ou d'une structure de soins ne fait qu'entretenir une subtile confusion.

Nous rêvons d'un autre monde, d'une société plus égalitaire, à une époque où tout laisse penser que nous allons dans la direction opposée. Déterminer les critères d'identification de nos centres, c'est un pas pour avancer vers cet autre monde, vers des soins de qualité dans un système cohérent avec une démarche intégrant l'ensemble des acteurs dans un dessein commun. ●

