

LES MAISONS MÉDICALES, AU CŒUR D'UN TERRITOIRE

Depuis leur création, les maisons médicales se caractérisent par leur ancrage dans un territoire, un quartier. En quoi cette inscription locale invite-t-elle à soigner autrement et à multiplier les collaborations entre les champs de la santé et du social? Quels changements impliqueront les réformes de la première ligne d'aide et de soin à Bruxelles et en Wallonie? Décryptage avec deux permanents politiques du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales.

Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.

« Nous tenons compte des problématiques qui touchent notre patientèle. »

Les réformes de la première ligne d'aide et de soin – le Plan social santé intégré (PSSI) en Région bruxelloise et Proximité en Wallonie – misent sur la territorialisation pour réorganiser l'offre social-santé de façon transversale et intégrée. Ce changement de paradigme dans la coordination de l'action sociale et de la santé n'est pas sans rappeler la voie empruntée de longue date par les maisons médicales dont les équipes dispensent des soins globaux (qui prennent en compte les aspects psychologiques, sociaux et biologiques de la santé) et de proximité, en référence au concept de soins de santé primaires définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) comme étant « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et [constituant] le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »¹.

Diagnostic territorial et approche populationnelle

Quelles sont les spécificités d'une organisation des soins depuis le territoire, au plus proche du vécu des patients et patientes? Elle se caractérise en premier lieu par l'établissement d'un diagnostic territorial dans lequel s'ancre l'offre d'accompagnement et de soins de première ligne dispensés par une équipe interdiscipli-

naire. « Nous ne pouvons pas travailler en décalage avec la réalité, explique Pascaline d'Otreppe, médecin généraliste à la maison médicale ASaSo à Saint-Gilles (Bruxelles) et membre du bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales (FMM)². Nous tenons compte des problématiques qui touchent notre patientèle et, comme notre patientèle est territorialisée, le diagnostic porte de facto sur ce qui se passe aux alentours de la maison médicale. Nous sommes donc plus proches des problématiques et des solutions à y apporter. » « Ce diagnostic se fonde sur une approche populationnelle, complète Gaël Duprat, kinésithérapeute au Repère Santé, la maison de santé de Jemelle et également membre du bureau stratégique de la FMM. À côté de l'approche individuelle qui prend la forme de consultations, un prestataire peut aussi adopter une approche plus "macro" des situations de santé qu'il rencontre et développer une analyse plus sociétale de la localité dans laquelle sa maison médicale est implantée. »

Sur quels éléments repose cette approche? « L'approche populationnelle requiert une analyse de données issues de sources diverses telles que l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) ou les observatoires de la santé qui centralisent de nombreuses données sur la population, y compris des données de santé (causes de mortalité, fréquence de l'obésité, indicateurs de santé mentale...), poursuit-il. Nous mobilisons notamment ces données lors de l'élaboration du plan d'action de la maison médicale qui permet de visualiser les différentes missions pour lesquelles elle est agréée³ et dans lequel nous devons définir les caractéristiques du territoire sur lequel nous sommes implantés (dé-

1. OMS, Déclaration d'Alma-Ata, <https://apps.who.int>.

2. L'organe d'avis pour l'organe d'administration de la FMM dont le rôle consiste à définir des stratégies à suivre pour assurer la continuité philosophique, éthique et politique du mouvement.

mographie, âge, etc.). Elles nous sont également utiles quand nous évaluons et actualisons ce plan d'action. » D'autres données sont aussi à la disposition des équipes. « Une des plus-values de notre mouvement repose sur la collecte de données sociodémographiques et médicales renseignées dans le dossier de santé informatisé de leur patientèle », expose-t-il. Ces données sont par ailleurs compilées et analysées par la FMM dans le cadre du projet « tableau de bord » depuis près de vingt ans. Cette initiative permet aux maisons médicales participantes de mieux connaître les problèmes de santé de leur population et de mieux cibler leurs actions de promotion de la santé.

Travail en réseau

Depuis leur naissance, l'insertion dans le tissu associatif local caractérise aussi le fonctionnement des maisons médicales. Nombreux sont les partenariats et les collaborations qui se nouent avec d'autres acteurs du social-santé (autres maisons médicales, CPAS, communes, éducateurs de rue, maisons d'accueil, centres de planning familial, services de santé mentale...) selon les orientations prises par la maison médicale et les besoins des patients et patientes, « ce qui nous permet d'étendre notre connaissance du réseau, affirme Pascaline d'Otreppe. Un patient peut avoir une accroche avec un lieu, social ou autre, dans lequel il se sent en confiance, mais ne pas avoir accès aux soins. Grâce à la connaissance qu'ont les travailleurs de terrain des patients, cet ancrage dans le quartier permet aussi de capter des publics qui ne se soignent pas de leur propre initiative ».

Autre bénéfice de ce travail en réseau, la connaissance plus fine des réalités vécues à l'échelle d'un territoire. « Ces collaborations permettent d'ouvrir le prisme des représentations que nous pouvons avoir des patients à l'échelle individuelle et nous éclairent sur les autres dimensions de la santé à travailler à l'échelle populationnelle au travers d'actions en santé communautaire co-construites avec les habitants », pointe Gaël Duprat. « Dans la mise en œuvre de projets au niveau territorial, il est cependant difficile de faire participer la population qui, comme chacun d'entre nous, connaît une accélération de ses rythmes de vie, nuance-t-il. Les projets démarrent souvent avec une ou deux personnes qui ont plus de temps ou de motivation et s'inscrivent dans la durée, ce qui requiert beaucoup d'énergie et peut être parfois freinant. »

Il arrive cependant que les équipes des maisons médicales rencontrent des obstacles dans la constitution de leur réseau. « Nous pouvons rencontrer des réticences chez les professionnels de l'accompagnement et du soin qui travaillent dans une optique libérale sous-tendue par la concurrence alors que l'approche populationnelle vise davantage la collaboration », constate Gaël Duprat. « Un autre frein renvoie à la pénurie de soignants, selon Pascaline d'Otreppe. Dans la mise en réseau, il y a beaucoup de volonté, mais cela nécessite du temps de rencontre et de réunion. Or ce temps manque parce que nous sommes toutes et tous pris par nos consultations et nos accompagnements. »

Accessibilité territoriale

Qu'elles soient financées au forfait ou à l'acte, les maisons médicales sont très attentives à leur accessibilité géographique, financière et culturelle. Elles constituent un univers rassurant pour les publics les plus fragilisés. Cette attention particulière à l'accueil des publics peut même parfois rendre plus difficile le recours du bénéficiaire à d'autres soins hospitaliers ou spécialisés : « la nécessité de sortir du quartier, le changement des cultures professionnelles, l'accentuation des contrastes sociaux entre les soignants et les soignés et l'absence de personnes qui parlent les langues d'un quartier constituent quelques-uns des éléments qui peuvent freiner le recours à d'autres soins pour les personnes habituées aux maisons médicales », relève une récente étude sur l'accès et le recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise⁴.

En termes d'ancrage territorial, des différences existent pourtant entre les structures financées à l'acte et celles financées au forfait, dans la mesure où l'Inami impose à ces dernières de définir un périmètre d'action et de soins. « Quand un patient déménage dans un autre territoire, il n'y a pas de souci, car il semble incohérent pour le patient d'être suivi à Bruxelles alors qu'il réside à Liège par exemple, mais en cas de déménagement à proximité de la zone couverte par la maison médicale, la situation est parfois sujette à discussion. Il arrive donc que des patients soient désinscrits contre leur gré. C'est une limite fréquemment renvoyée à propos du modèle forfaitaire », regrette Gaël Duprat. Cette complexité est rencontrée plus fréquemment en ville

3. Sous certaines conditions, les maisons médicales wallonnes sont

L'insertion dans le tissu associatif local caractérise aussi le fonctionnement des maisons médicales.

agréées et financées en tant qu'associations de santé intégrée (ASI) par l'AViQ (Agence pour une vie de qualité). En Région bruxelloise, c'est la COCOF (Commission communautaire française) qui agréée et subventionne les maisons médicales.

4. S. Thunus, A. Donnen, A. Creten et C. Walker, *Melting point : situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise*, Observatoire de la Santé et du Social de Région de Bruxelles-Capitale, 2023, <https://www.ccc-ggc.brussels>.

où le territoire constitue une notion à géométrie variable. « Ce frein peut cependant être atténué quand les soignants étoffent leur travail en réseau, y compris au sein de notre mouvement, selon Pascaline d'Otreppe. À Bruxelles, nous sommes continuellement confrontés au démenagement des patients. Ces situations sont discutées avec le patient. Nous sommes persuadés des plus-values de l'ancrage local des soins. Si un patient n'est plus en lien avec un territoire, nous essayons de favoriser son insertion dans son nouvel environnement. Nous prenons contact avec la maison médicale implantée dans le quartier dans lequel le patient va emménager pour permettre la continuité de l'accompagnement et des soins. »

En outre, la limite territoriale du financement forfaitaire constitue théoriquement un frein à l'accessibilité des soins pour les personnes sans domicile. Quid de l'accès aux soins des plus vulnérables tels que les personnes sans abri ou les personnes sans titre de séjour ? « Une des conséquences de notre implantation territoriale est la responsabilité qui nous engage vis-à-vis de la population occupant ce territoire, explique Gaël Duprat. Mais quand les modes de vie de personnes sans domicile fixe ou dans une situation de précarité impliquent des déplacements, il arrive qu'elles sortent des radars. » Il s'agit de situations auxquelles les maisons médicales sont souvent confrontées. Pour assurer le suivi médical de ces personnes, elles sont parfois amenées à privilégier une interprétation souple de leur zone d'activité. « Être sans domicile fixe n'implique pas forcément de ne pas avoir un territoire de vie, relève Pascaline d'Otreppe. Dans ma maison médicale, nous continuons à suivre une personne anciennement sans abri qui a trouvé un logement social à Etterbeek. Étant donné que son territoire de vie reste Saint-Gilles, nous le considérons comme faisant partie de notre patientèle. Le même cas de figure se présente avec des étudiants domiciliés en Wallonie, mais qui kotent et vivent actuellement à Saint-Gilles. »

Quels changements à l'horizon ?

La réorganisation du système de santé de la Région wallonne et de la Région bruxelloise vise à garantir une prise en charge globale et de qualité à la population en articulant davantage les offres de services de la santé et du social à l'échelle territoriale. Comment la mise en œuvre de ces réformes affectera-t-elle les pratiques des équipes des maisons médicales ?

« Lors des consultations relatives au PSSI, les acteurs et actrices de terrain ont rapporté qu'ils travaillaient déjà selon la logique insufflée par ce plan, relate Pascaline d'Otreppe. En effet, cette vision intégrée et territoriale oriente les pratiques des maisons médicales depuis toujours. Ce qui change, c'est qu'elle est désormais inscrite dans les politiques publiques. Cela revient à acter une autre conception et organisation de l'offre social-santé qui ne fonctionnera plus par secteurs ou par maladies. Ces politiques entérinent ainsi la reconnaissance d'un modèle d'organisation des soins qui était déjà défendu dans des publications du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) ou de l'OMS il y a cinquante ans ! »

Si les équipes des maisons médicales estiment que ces réformes ne changeront pas fondamentalement leurs pratiques, elles éprouvent néanmoins des craintes quant à la normalisation qui pourrait en découler. « L'enjeu consiste à conserver la dimension de réactivité et d'adaptation par rapport aux réalités de terrain, estime Gaël Duprat. À vouloir trop normer, nous courons le risque de perdre cette souplesse qui nous caractérise. » « Une autre crainte serait que notre énergie créative et militante diminue parce que notre modèle serait devenu la norme, appuie Pascaline d'Otreppe. Une norme imposée par le politique peut parfois être décrite. Tout l'enjeu de ces réformes consiste à les ancrer dans la durée et à les évaluer régulièrement, en tenant compte des réalités rapportées par les acteurs de terrain et les usagers. »

« Même si nous ne connaissons que l'architecture globale de la réforme, la philosophie annoncée est encourageante, estime Gaël Duprat. L'intention de Proxisanté est de pouvoir répondre de manière plus efficiente aux différents enjeux de santé publique qui se profilent, tels que le vieillissement et l'augmentation des soins chroniques, en repensant par territoire la mise en lien des différents acteurs autour des dimensions de l'accompagnement et du soin. »

Convaincus par la nécessité de repenser l'organisation social-santé à une échelle plus locale et de manière intégrée, les permanents politiques livrent une conclusion toute en nuance : « les réformes que sont le PSSI et Proxisanté constituent de réelles avancées, mais les défis resteront les mêmes, à savoir tisser des liens au niveau local, renforcer la cohésion sociale et travailler la santé au-delà du versant curatif dans un contexte de pénurie et compte tenu des nouveaux défis liés aux changements climatiques et à l'évolution de nos sociétés. » ■