LES MAISONS MÉDICALES BELGES, UN ACCIDENT DE PARCOURS POST-SOIXANTE-HUITARD OU UN MODE D'ORGANISATION INOXYDABLE ?

Pierre Drielsma

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2009/hs1 Vol. 21 | pages 49 à 55

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.090.0049

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-49.htm

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable ?

Belgian medical houses: a post-68 accident or an enduring mode of organization?

Pierre Drielsma (1)

Résumé : Les appellations concernant les maisons de santé varient suivant les pays et l'historique de l'organisation de l'offre de santé. Cependant, beaucoup de convergences existent sur leur mode actuel d'organisation et le type de services rendus à la population. Un des objectifs partagés est de constituer « une première ligne » d'offre de santé et de soin, dans une situation de crise de la médecine générale mais aussi parmi les paramédicaux. L'expérience passée et actuelle en Belgique montre qu'il est possible de « rendre les usagers heureux » et de faciliter l'accès à des services de santé de qualité aux populations les plus défavorisées. Les études réalisées soulignent que certaines pratiques de groupes peuvent être efficientes, notamment sur la prescription de médicaments. La question du mode de rémunération est centrale et si la capitation n'est pas sans défaut, elle semble avoir permis l'adoption de nombreuses pratiques « vertueuses » qui génèrent un ensemble harmonieux, favorable à la qualité des soins. De plus, les maisons médicales belges correspondent aux envies des jeunes professionnels de santé. Aujourd'hui, dans ce pays, 20 % des généralistes de moins de trente ans travaillent au sein de ces structures. Si des causes différentes peuvent avoir les mêmes effets, c'est probablement parce que, d'une part, la profession de généraliste est en crise et en mutation, et d'autre part, que la maison pluridisciplinaire est la moins mauvaise réponse pour sortir des difficultés actuelles.

Mots-clés : Maison de santé - offre de premier recours - patient - généraliste.

Summary: *The names of health houses vary from one country to another and according to the specific organizational history of healthcare provision. Yet their current mode of organization and the type of services which they make available to the public largely tend to converge. One of their shared objectives is for health houses to constitute "a first line" of health and healthcare provision, amidst a general crisis of general medical practice but also among paramedical workers. Past and current experience in Belgium indicates that it is possible to 'make users happy' and to facilitate access to quality healthcare services for the most underprivileged sectors of the population. Recent studies argue that certain group practices may prove to be efficient, especially in terms of medical prescriptions. Defining the most appropriate mode of remuneration is a central issue, and while capitation is not altogether flawless, it appears to have enabled the adoption of a wide range of "virtuous" practices resulting in a harmonious whole that ensures high standards of healthcare provision. Belgian medical houses also reflect the preferences of young healthcare professionals. In Belgium, 20% of GPs under the age of thirty currently work in these organizations. If different causes are liable to have the same effects, it is because the GP profession is in crisis and is undergoing profound and significant changes, but also because multidisciplinary houses are the least unsatisfactory solution for overcoming current difficulties.*

Keywords: Health house - front-line healthcare provision - patient - general practitioner.

(1) Responsable du service d'études et de recherche à la fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones et médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen, Seraing, Belgique. Service d'études et de recherche - Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones - Boulevard du midi 25, boîte 5 - 1000 Bruxelles - Belgique - pierre.drielsma@fmm.be

Correspondance : P. Drielsma

Réception : 16/04/09 – *Acceptation :* 24/06/2009

Donner sa langue

On connaît la boutade de Bernard Shaw : « *L'Angleterre et l'Amérique sont deux pays séparés par la même langue* ». La France et la Walbruxie (2) font de même. La meilleure preuve, les maisons médicales (de garde) en France sont traduites en « français de Belgique » par poste (fixe) de garde. Tandis que *les maisons médicales (pluridisciplinaires)* belges deviennent « Outre Quiévrain » des *maisons de santé* (*pluridisciplinaires* (3) elles aussi). À la décharge de nos voisins du Sud, nous appelons aussi nos maisons médicales des *centres de santé intégrés*, nos compatriotes flamands ont choisi le terme plus poétique encore de ***Wijk****gezondheidscentrum* (centre de santé de **quartier**). Ces considérations linguistiques ne sont pas innocentes, elles permettent d'emblée de repérer une différence fondamentale entre le projet des maisons médicales (« post-soixante-huitard » et urbain/suburbain) et le développement récent (mais intense et jubilatoire) des maisons de santé dans de petites et moyennes villes de province. Le problème français semble, au départ, de fidéliser les professionnels de première ligne dans des régions en voie de déshérence médicale. Le projet des MM était avant tout politique : *changer la vie, transformer le monde*...

Pourtant, j'ai eu l'honneur de participer à deux colloques [12, 35] portant sur les maisons (médicales ou de santé), et ce que nous avons entendu venant de France converge étrangement avec notre mode actuel d'organisation et avec les services que nous essayons de rendre à la population. Ce rapprochement n'est pas un hasard ; ce mode d'organisation se développe parce qu'il répond à un ensemble de besoins urgents, besoins qui, d'ailleurs, n'étaient pas encore aussi visibles en 1972, année de la création des deux premières maisons médicales belges : Bruxelles et Tournai. De quels besoins s'agit-il ? Pour analyser les systèmes de santé, il nous faut disposer des points de vue les plus complets possibles : il y a celui des usagers des services de santé, l'opinion des décideurs et financeurs, le souci des professionnels de santé de première ligne (*et au-delà*), l'avis des experts en santé publique et l'opinion des citoyens bien portants.

Choisir sa ligne

Or, nous allons voir que la formule est avantageuse pour rencontrer les désirs de ces différents intervenants.

Du point de vue *scientifique*, une très abondante littérature souligne l'importance des soins de première ligne [28, 32] pour améliorer la santé des populations tant sur le plan de la qualité, de l'équité [33] que de l'efficience. Ce qui n'est déjà pas si mal. Le *décideur* est souvent ambigu car il doit faire deux choix cornéliens :

1. transférer des moyens de la deuxième ligne vers la première, ce qui présente l'inconvénient de provoquer l'ire de la caste mandarinale des spécialistes souvent bien en Cour ;

(2) Dénomination univoque de la *se-disant* Communauté française de Belgique, terme lui-même plutôt ambigu. Donc, en gros, l'association des régions wallonne et bruxelloise.
(3) Quand nous parlerons de Maisons médicales belges nous utiliserons l'acronyme MM, pour les maisons de santé françaises MDS.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

2. mais aussi structurer la première ligne alors que la médecine générale du mode soliste renâcle devant l'obstacle par une coupable inertie [29]. Mais heureusement, en France, les maires de petites villes n'ont plus le choix : s'ils veulent maintenir une offre de soins de proximité, ils doivent favoriser l'éclosion de centres de santé de première ligne à même d'attirer le professionnels par des conditions de travail convenables (horaires, vacances, diversité des tâches…).

Les professionnels de santé de première ligne sont à la croisée des chemins, la crise du « généralisme » [3] est une antienne qui inonde la littérature scientifique depuis des lustres. Les pays les plus généreux avec leurs généralistes n'arrivent qu'à demi à endiguer l'hémorragie [5, 9] de personnel. Les soins infirmiers à domicile ne sont pas dans un état plus brillant. Les autres professionnels ambulatoires sont encore plus fragiles. Une étude récente de l'OCDE [20] montre que partout, les spécialistes sont mieux payés que les généralistes : le ratio des moyennes de rémunération varie entre 1,1 (la Suisse) et 2,4 (les Pays-Bas). (4) À ce déficit économique, s'ajoute le faible prestige des professions de première ligne, les paires MG/MS sont frappantes, mais l'infirmière en soins à domicile ne fait guère mieux contre sa consœur hospitalière, en particulier dans les disciplines techniques. Enfin, et ce n'est pas négligeable en terme d'auto-estime, ce qui a été bien observé, c'est l'insuffisance de recherches [17] en médecine générale, bien difficiles à réaliser dans le cadre « soliste ».

Rendre les usagers heureux

Les *usagers des services de santé* rêvent encore parfois de la médecine générale de papa [31]. Cela se voit dans les études qui montrent l'attachement des patients à la continuité de soins absolue avec le même prestataire. Malheureusement, pour la satisfaction de ce désir, le modèle oblatif en soins de santé est en train de rendre l'âme [4, 15, 22]. Les patients savent qu'ils vont devoir composer. L'équipe pluridisciplinaire [6, 7, 8, 21, 34] permet une substitution de continuité du soignant vers l'équipe. Le patient (en particulier porteur des pathologies chroniques [7, 10, 19]) connaît l'équipe, en tous cas plusieurs de ses représentants. La permanence d'ouverture est meilleure que celle des praticiens « solistes » écartelés entre cabinet et visite à domicile. La MM, elle, est ouverte de 8 h à 18 h et souvent au-delà. Le patient trouve, réunis en un même lieu, personnels d'accueil, généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux… Ce qui lui permet d'apprivoiser un ensemble de prestataires diversifiés qu'il connaîtra quand il en aura besoin.

Au total, les MM ont démontré en trente ans d'existence que les patients étaient fidèles aux équipes pluridisciplinaires [6]. Les études montrent également qu'un puissant soutien à la première ligne rencontre les besoins des citoyens les plus défavorisés [2]. L'équité est un objectif des soins de santé que ne peuvent rencontrer aisément les services spécialisés. Là encore,

(4) Pour être entièrement objectif, il faut citer l'Islande et la Tchéquie qui pratiquent l'inverse mais à une modeste échelle.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

les MM confirment la tendance générale, elles médicalisent en priorité les patients les plus précarisés [18].

Apprendre aux financeurs à compter

Les *financeurs* attendent avec impatience un système de santé qui parvienne à maîtriser les dépenses, là aussi les pratiques de groupes (et *a fortiori* multidisciplinaires) sont efficaces grâce à l'ajustement mutuel [14, 30] entre prestataires. Nos études sur la prescription de médicaments en maison médicale, montre l'impact du groupe [16] (intra-MM et inter-MM) pour harmoniser les pratiques dans le sens des recommandations. Il est remarquable que ces résultats aient été obtenus sans politique concertée au sein des MM. Dans certaines régions, des groupes de pairs (GLEM) existent, composés surtout de médecins de MM. Il est possible que ce canal ait permis à des leaders d'opinion de faire passer quelques principes élémentaires de bonne prescription.

Les *prestataires de 2e ligne* peuvent voir le développement d'une première ligne structurée de plusieurs façons. Si on prend la question d'un point de vue strictement économique, les prestataires de 2e ligne peuvent se sentir menacés par une première ligne mieux à même de suivre de façon optimale des pathologies lourdes et chroniques. Cette réaction corporatiste se rencontre aisément dans le cadre belge où la pléthore de spécialistes favorise la remontée de soins de base au niveau spécialisé [13, 27]. Mais, pour autant que ce problème démographique soit résolu, les spécialistes peuvent trouver une valorisation professionnelle à jouer un rôle spécifique pour les maladies plus rares, pour les soins plus lourds et techniques, ils peuvent aussi trouver une grande satisfaction dans le rôle de télé-conseil auprès des MG, quand ceux-ci doivent mettre en place un maintien à domicile complexe par exemple.

Au total, bien accompagnée, la réforme des soins primaires devrait permettre de maintenir, voire de développer, une première ligne performante et efficiente. Un point très lié à cette question est la question du mode de rémunération. Lors de ces journées de Mons et Besançon dont nous avons déjà parlé, l'éventualité de modifier le paiement des agents (ou des services) a été maintes fois évoquée en particulier la capitation. Pour les MM qui connaissent ce mode de paiement depuis juillet 1984 (bientôt vingt-cinq ans), l'expérience est concluante. Certes la capitation n'est pas sans défaut, mais elle a permis d'effectuer un saut qualitatif dans le cadre de pratiques multidisciplinaires. Ci-après un schéma d'interactions que nous avons réalisé pour un mémoire de 3e cycle.

Et pour finir, faire plaisir à tout le monde !

Par lui-même, le paiement à la capitation n'a que peu d'influence sur la qualité [1, 7, 11, 23, 24, 25, 26], mais il aide à l'adoption de nombreuses autres caractéristiques vertueuses qui génèrent un ensemble harmonieux favorable à la qualité des soins (figure 1).

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

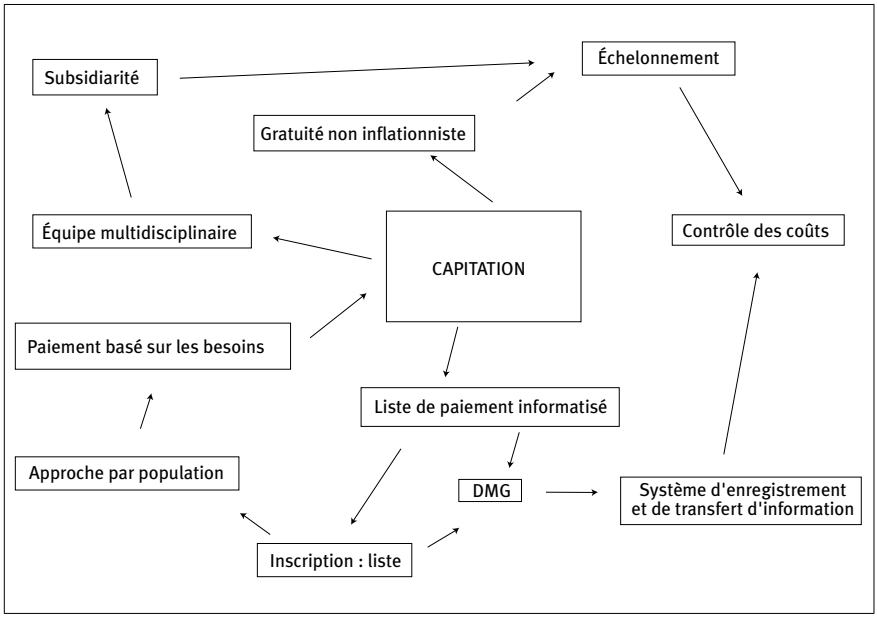

Figure 1 : Capitation et cycle harmonieux favorable à la qualité des soins.

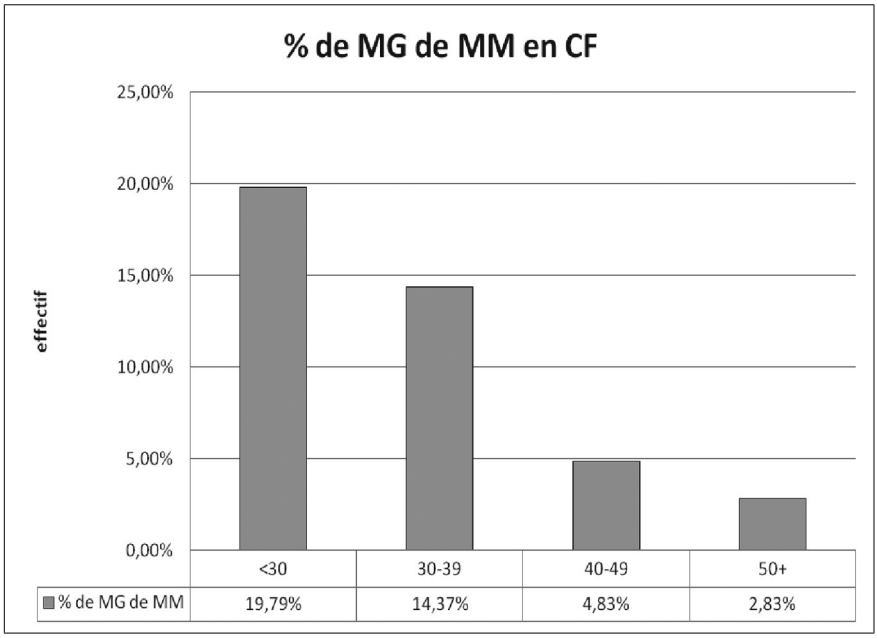

Figure 2 : Répartition par tranche d'âge des médecins généralistes exerçant en maison médicale dans la communauté française de Belgique.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

Nous avons observé le grand intérêt des médecins des maisons de santé pour la capitation ou à tout le moins pour un paiement mixte qui ferait la part belle à la capitation. Il est remarquable qu'en Belgique les rémunérations financées par l'acte sont en chute libre, et que, si les syndicats de généralistes n'avaient pas obtenu un financement par patient pour la tenue du dossier médical, les masses financières de la MG auraient fondu, entraînées par la chute des visites à domicile.

Les maisons médicales belges ont le vent en poupe, la meilleure preuve, me semble-t-il, est le pourcentage croissant de jeunes professionnels qui nous rejoignent (figure 2).

Nous pouvons observer que les 20 % des généralistes de moins de trente ans travaillent en MM, alors qu'il y a vingt ans nous ne représentions que quelques pourcents des généralistes francophones.

Pour conclure, nous pouvons dire que si des causes différentes peuvent avoir de même effets, c'est probablement parce que la profession de généraliste est à la fois en crise et en mutation (c'est en partie la même chose) et que la maison pluridisciplinaire semble la moins mauvaise réponse pour sortir de cette crise quel que soit le bout par lequel on prend le problème.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abelson J, Birch S. Alternative funding and delivery models: practice and prospects in Ontario. J Ambul Care Manage 1993;16:19-29.
2. Annemans L, CJ-PCM-CHILRMdCEeal. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. 2008. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 85B (D/2008/10.273/50).
3. Barondess JA. The future of generalism. Ann Intern Med 1993;119:153-160.
4. Beauchene PV, Carter WH. From doorkeeper to building manager: the changing role of the primary care physician. A fable. Qual Lett Healthc Lead 1993;5:18-24.
5. Bodenheimer T. Primary care-will it survive? N Engl J Med 2006;355:861-864.
6. Bodenheimer T, Grumbach K. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004;291:1246-1251.
7. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. Ann Fam Med 2007;5:457-461.
8. Bodenheimer T, MacGregor K, Stothart N. Nurses as leaders in chronic care. BMJ 2005;330:612-613.
9. Boerma W, Rico A, Saltman RB. Primary care in the driver's seat. Mc Graw-Hill ; 2006.
10. Bravo G, Fortin M, Hudon C, Lapointe L, Vanasse A. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. Ann Fam Med 2005;3:223-228.
11. Capitated groups get serious about practice guidelines. Capitation Manag Rep 2003;10:117-121
12. Colloque national « Maisons de santé : une solution d'avenir ? », 13 et 14 juin 2008, Besançon, France. [Lien internet : http://www.femasac.org] (consulté le 29/04/09).
13. Corens D. Belgium Health system review. 2007. OMS. Health system in transition.
14. De Jong JD, Groenewegen P.P., Westert G.P. Mutual influences of general practitioners in partnerships. Soc Sci Med 2003;57:1515-1524.
15. De Ridder R, Drielsma P, Evans P, Maroy L, Peleman A, Vandendrinck E et al.: Eerste lijn in beweging, 1 edn. Brussel: VUBPress; 1998.
16. De Rouck N, Denis B, Drielsma P. Coûts de la prescription de médicament dans les maisons médicales au forfait. 1-2-2000.
17. Del Mar CB, Freeman GK, Van Weel C. Only a GP?: is the solution to the general practice crisis intellectual? Med J Aust 2003;179:26-29.
18. Emplit G. Rapport d'évaluation pour la commission chargée des accords forfaitaires. 1998.

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)

19. Fortin M, Hudon C, Lapointe L, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? Can Fam Physician 2005;51:244-245.
20. Fugisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 oecd countries: what are the factors influencing variations across countries? 2008;41:1-63. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO.41.
21. Gastright JA. The primary care group model. J Med Assoc Ga 1994;83:569-572.
22. Gezondheids raad. European health care reform. 1997. Copenhague, OMS/Europe.
23. Gosden T, Leese B, Petchey R, Sibbald B, Williams J. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. J Health Serv Res Policy 2002;7:26-33.
24. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. QJM 1999;92:47-55.
25. Gottschau A, Groenewegen PP, Krasnik A, Mooney G, Pedersen PA, Von Scholten P et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. BMJ 1990;300:1698-1701.
26. Gottschau A, Krasnik A. Doctor and patient characteristics as modifiers of the effect of a changing remuneration system in general practice. Dan Med Bull 1993;40:380-382.
27. Health Care Systems in Transition Belgium. 2000.
28. Macinko J, Shi L, Starfield B. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502.
29. Majnoni D'intignano B. La protection sociale. Paris : Livre de poche ; 1997.
30. Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris: les éditions d'organisation ; 1996.
31. Saultz JW. A Textbook of Family Medicine Companion Handbook. McGraw-Hill Professional ; 2000.
32. Starfield B. Primary car and health, a cross national comparison. JAMA 1991;266:2268-2271.
33. Starfield B. Global health, equity, and primary care. J Am Board Fam Med 2007;20:511-513.
34. The primary care team. AMSA. 2008.
35. Troisième colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, du 1er au 4 avril 2008, Mons, Belgique. [Lien internet : http://www.mons2008.info/fr] (consulté le 29/04/09).
36. Van Weel C, Del Mar CB. How should GPs be paid? Med J Aust 2004;181:98-99.

Santé publique, volume 21, Supplément N° 4, Juillet-Août 2009, pp. S49-S55

© S.F.S.P. | Téléchargé le 16/12/2021 sur www.cairn.info via Université de Lausanne (IP: 155.105.166.89)