Maisons médicales : un point de vue international

le terreau des maisons médicales

L'organisation des soins de santé diffère fortement d'un pays à l'autre, tant en termes de modalités que de couverture. Un des modèles prédominants : les réseaux de soins intégrés pour lesquels la plupart des pays ont renouvelé leur intérêt au cours de conférences internationales entre 2005 et 2008[1]. Les valeurs liées au choix de ce modèle sont l'équité, la participation, l'inclusion sociale et la multidisciplinarité. Mais quels sont les facteurs qui favorisent l'émergence de ces modèles ? Petit tour d'horizon avec Denis Porignon.

Denis Porignon travaille actuellement pour l'Organisation mondiale de la Santé à Genève dans le Département Gouvernance et financement des systèmes de santé.

On pourrait distinguer trois groupes de facteurs d'émergence des réseaux de soins intégrés. Ils sont liés à la décision et au contexte politique, aux choix des prestataires ou encore à l'acceptation par les populations bénéficiaires.

Outre les engagements qui sont pris au cours de conférences internationales, le modèle social, politique et économique d'un pays a des conséquences sur l'organisation des services sociaux et de santé, ainsi que sur les modalités de participation des différents acteurs. Unger *et al* pour le Costa Rica et Victora *et al* pour le Brésil[2] ont récemment montré l'importance des choix et de l'engagement politiques sur le mode d'organisation des services, et sur les impacts en termes d'accessibilité, de couverture, de résultats sur la santé et/ou le bien-être de la population. Lorsqu'ils sont orientés vers une politique sociale, démocratique, et basée sur l'équité et la solidarité à long terme, les systèmes mis en place permettent à la population d'accéder à des services publics soutenus par une couverture sanitaire et sociale universelle. Ces auteurs mettent l'accent sur la pertinence de la participation des populations bénéficiaires, sur l'engagement des autorités nationales, ainsi que sur la recherche d'un équilibre entre qualité des services, équité et partage des risques financiers, dans une approche publique globale.

Une approche centrée patient

La décision politique de renforcer l'émergence des centres de santé intégrés ne peut être effective qu'à deux conditions. La première est relative aux prestataires. Ceux-ci doivent adhérer au modèle organisationnel permettant entre autres une approche centrée sur le patient. Dans une étude récente de l'unité d'analyse du journal anglais *The Economist* sur la vision que les professionnels de santé issus de quatre pays (Allemagne, Etats-Unis, Grande Bretagne et Inde) ont de leur pratique, 85% d'entre eux reconnaissent que l'approche centrée sur le patient joue un rôle important dans le contrôle des dépenses de santé et dans l'amélioration des standards de prestation des

***Denis Porignon**, médecin, département des Sciences de la santé publique, faculté de médecine, université de Liège.*

1.Voir par exemple, Pan American Health Organization, Health in South America, 2012 Edition : Health Situation, Policies and Systems Overview, *Washington DC, 2012 et Organisation mondiale de la santé,* soins de santé primaires*, Assemblée mondiale de la santé, Résolution 62.12, Genève, 2009.*

2. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W, « Costa Rica : achievements of a heterodox health policy » in Am J Public Health, 98(4), 2008, pp. 636-43. Victora C.G., Barreto M.L., do Carmo Leal M., Monteiro C.A., Schmidt M.I., Paim J., Bastos F.I., Almeida C., Bahia L., Travassos C., Reichenheim M., Barros F.C. ; Lancet Brazil Series Working Group, « Health conditions and health-policy innovations in Brazil : the way forward », in The Lancet, *377(9782), 2011, pp. 2042-53.*

Mots clefs : équité, multidisciplinarité, organisation des soins, participation, soins intégrés.

services de santé[3]. En outre, le travail en équipe multidisciplinaire apporte aux prestataires une meilleure satisfaction, pour autant que les mécanismes de financement permettent une réelle collaboration interprofessionnelle et un changement pérenne de l'offre de soins[4].

En Nouvelle Zélande, de récentes réformes ont permis la constitution de structures intégrées multidisciplinaires de soins primaires organisées pour assurer une meilleure accessibilité aux soins de première ligne[5]. La multidisciplinarité, la continuité de la prise en charge, la globalité et l'intégration prônées dans ce modèle correspondent à des qualités pratiques que les prestataires peuvent mettre en œuvre pour considérer tous les éléments qui « font » le patient : ses préoccupations physiques, émotionnelles et sociales, son passé, son avenir, ainsi que les réalités du monde dans lequel il vit[6]. L'apprentissage relatif à ces caractéristiques devrait commencer aussi tôt que possible durant la formation des professionnels de santé, et se poursuivre à travers la formation continuée et par des échanges avec les pairs.

Des patients qui participent

La deuxième condition concerne les bénéficiaires. Les éléments liés à la satisfaction des usagers, ainsi que la reconnaissance et l'acceptation du modèle sont essentiels. En Thaïlande, la pratique médicale organisée en médecine de famille autour de centres de santé intégrés est mieux perçue par les patients que les services habituellement fournis dans les autres structures du pays, tant dans le secteur public que le secteur privé[7]. Dans une étude récente menée auprès de 12 000 adultes dans sept pays (Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle Zélande, Pays Bas et Royaume Uni), 80 % d'entre eux considèrent comme très important le fait d'avoir un centre de soins joignable en cas de problème de santé, où une équipe de soignants les connaît et peut leur fournir les soins dont ils ont besoin de manière coordonnée[8]. Dans d'autres contextes (Ouganda), les réformes du système de santé promouvant la création de centres de santé intégrés multidisciplinaires et centrés sur les besoins des patients ont non seulement abouti à une meilleure satisfaction des usagers mais également à des résultats en termes d'impact sanitaire[9].

Autre facteur favorisant : la participation des bénéficiaires dans la prise de décision. Les exemples sont nombreux. Citons entre autres un récent rapport de l'Association américaine des hôpitaux (AHA) qui relève l'importance de l'engagement des usagers, notamment dans le cadre des maladies chroniques, dans la définition des stratégies de prise en charge faisant appel à un équilibre entre communauté, soins de première ligne et structures de référence[10].

« En dehors de la boîte » : le rôle de la recherche

A ces trois dimensions, on pourrait en ajouter une quatrième, fondamentale. Il s'agit de la concomitance des opportunités. La ligne politique d'un côté, la demande des bénéficiaires et l'offre proposée par les prestataires ne sont en phase qu'à certains moments privilégiés. En bref, il s'agit de se faire rencontrer arguments techniques et volonté politique. A titre d'exemple, l'inscription récente du droit à l'accès aux soins de santé dans la constitution marocaine (2011) permet de poursuivre un dialogue au niveau national sur la couverture universelle en santé, sur la nature et la qualité des soins. Il existe beaucoup d'autres exemples, notamment en Turquie[11], en Thaïlande, au Kyrgyzstan, en Moldavie, au Tamil Nadu et au Kerala (Inde)[12].

Pour enrichir le débat, la recherche - et singulièrement la recherche-action - en matière de modèles organisationnels est essentielle. Particulièrement si elle peut assurer une analyse critique du fonctionnement du modèle de centre de santé intégré, et de la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires. Pour cela, il est nécessaire de penser en « dehors de la boîte », de considérer la formidable expérience accumulée au niveau international

3. Economist Intelligence Unit, « Fixing healthcare : the professionals' perspective », The Economist*, London, 2009.*

4. Suter E., Oelke N.D., Adair C.E., Armitage G.D., « Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration », in Healthcare Quarterly*, 13, 2009, pp. 16-23.*

5. Matheson, D., New Zealand's Journey towards People Centred Care*, Presented at the Fourth Geneva Conference on Person-centered Medicine, Switzerland, 2011.*

6. Organisation mondiale de la Santé, Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Genève, 2008.*

7. Pongsupap Y., Introducing a human dimension to Thai health care : The case for family practice*, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.*

8. Schoen C., Osborn R., Doty M.M., Bishop M., Peugh J. and Murukutla N., « Toward Higher-Performance Health Systems : Adults' Health Care Experiences In Seven Countries »in Health Affairs*, 26 (6), 2007, pp. 717-734.*

dans des contextes certes différents mais dont les principes d'engagement restent communs[13].

L'aval des communautés, par le biais d'une approche participative, la réforme de la formation des professionnels de santé vers une meilleure adéquation aux besoins des populations et des systèmes de santé, la réallocation des ressources afin d'assurer des incitations suffisantes, la volonté politique pour soutenir les réformes, une meilleure adhésion des organisations professionnelles à travers un dialogue politique structuré, des pratiques professionnelles en équipes multidisciplinaires, une meilleure connaissance des besoins des gens à travers une définition plus claire des populations et territoires couverts, telles sont quelques-unes des pistes qui ont montré des résultats au niveau international. Et qui pourraient être suivies en Belgique... ●

9. Montenegro H., Ramagem C., Kawar R., Matheson D., Bengoa R., Fabrega Lacao R., Kaitiritimba R., Schmets G., Porignon D., Etienne C., Van Lerberghe W., « Making progress in people-centred care : country experiences and lessons learnt », in International Journal of Person Centered Medicine, *2(1), 2011, pp. 64-72.*

10. American Hospital Association, Committee on Research, Benjamin K. Chu and John G. O'Brien, co-chairs, Engaging Health Care Users : A Framework for Healthy Individuals and Communities, *Chicago, 2013.*

11. Menon R., Mollahaliloglu S., Postolovska I., Toward Universal Coverage : Turkey's Green Card Program for the poor, *The World bank, Washington, DC, 2013.*

12. Balabanova D., McKee M,. Mills A. (Eds), « Good health at low cost » 25 years on. What makes a successful health system ?, *London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2011.*

13. Voir par exemple Pan American Health Organization, Integrated Health Service Delivery Networks : Concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas, *Washington D.C, 2011.*