Plus de maisons médicales en Flandre ?

Sens et diversité

le terreau des maisons médicales

Les wijkgezondheidscentra*, équivalent des maisons médicales en Flandre, connaissent aujourd'hui une croissance importante puisqu'elles sont passées de 8 à 23 entre 2000 et aujourd'hui. Comment cette croissance se caractérise-t-elle ? Le point avec Lies Vermeulen et Nele Gerits de la* Vereniging van wijkgezondheidscentra*, l'alter ego flamande de Fédération des maisons médicales.*

Mots-clefs : centre de santé, développement, maison médicale, première ligne de soins.

Le secteur des *wijkgezondheidscentra* ne cesse de croître et présente encore un fort potentiel de croissance. Les évolutions sociales telles que le vieillissement de la population, le nombre croissant d'affections chroniques et complexes, l'évolution des attentes des patients, l'augmentation du coût des soins de santé, la pénurie des dispensateurs de soin et une fracture sanitaire de plus en plus importante exigent des modifications dans l'organisation des soins de santé de première ligne. Pour pouvoir relever ces nombreux défis, il est indispensable de renforcer la collaboration entre les différents acteurs de première ligne, mais également entre le secteur de la santé et celui de l'aide sociale. Les maisons médicales peuvent y contribuer.

Certaines maisons médicales ont atteint leur nombre maximal de patients, compte tenu de leurs capacités en matière d'infrastructure et de personnel et ne souhaitent pas s'agrandir. Mais la plupart ont encore une importante

Les *wijkgezondheidscentra* en quelques chiffres :

- La population concernée : 55.844 patients en 2012 (contre 48.102 en 2010 et 53.142 en 2011), dont 95 % sous le régime forfaitaire[1]. La croissance du secteur en 2011 et en 2012 est davantage due à l'extension des maisons médicales existantes qu'à la création de nouveaux projets. En effet, seul un nouveau centre a ouvert ses portes en 2012.
- Sur le plan de l'emploi : 425 collaborateurs, soit 289,06 équivalents temps plein, en 2012 ; et 57 bénévoles (principalement au niveau de l'accueil).

***Lies Vermeulen**, licenciée en sciences politiques et sociales, **Nele Gerits,** licenciée en agogie socio-culturelle, collaboratrices à la Vereniging van Wijkgezondheidscentra.*

*Traduction par **Laurence Vermaut**.*

1. Tous les wijkgezondheidscentra *fonctionnent selon le régime forfaitaire. A côté de cela, il existe en Flandre quelques maisons médicales qui appliquent le régime du paiement forfaitaire mais qui ne sont pas affiliées au* Vereniging van wijkgezondheidscentra *ou ne se considèrent pas comme des* wijkgezondheidscentra. *Il s'agit par exemple d'un cabinet de deux généralistes travaillant sans infirmière. Ou d'un cabinet de groupe multidisciplinaire qui ne souhaite pas faire partie des* wijkgezondheidscentra. *Les cinq cabinets flamands de Médecine pour le peuple ne sont pas affiliés au* Vereniging van wijkgezondheidscentra, *mais travaillent avec nous sur des dossiers communautaires comme la question du forfait. Le nombre de maisons médicales non affiliées à la VWGC est peu important et ne semble pas augmenter, et ces dernières collaborent avec nous.*

marge de croissance. Il y a également certainement encore de la place pour la création de nouvelles maisons médicales. D'un point de vue géographique, on identifie encore quelques zones mal desservies, comme la Flandre-Occidentale, où on ne trouve aujourd'hui aucune maison médicale. De même, la concentration de maisons médicales dans les grandes villes flamandes est inégale : si Gand bénéficie d'une grande concentration de maisons médicales, Anvers et le Limbourg sont beaucoup moins gâtés. Les maisons médicales sont aussi l'apanage de la ville : une seule est implantée en milieu rural. Là aussi, des possibilités de croissance existent ; des projets sont aujourd'hui à l'étude[2].

La liste de l'INAMI fournit également des indicateurs objectifs du potentiel de croissance en identifiant les zones où règne une pénurie de généralistes et les zones choisies pour des actions à mener dans le cadre de la politique des grandes villes.

Un développement à la demande

Une stratégie de croissance peut se baser sur deux types de scénarios. Le démarrage peut être proactif. C'est l'organe coordinateur qui prend l'initiative et essaie de créer une maison médicale en établissant des contacts avec les organisations locales actives en matière d'aide sociale et de santé afin de susciter leur adhésion. Il peut être réactif. Nous sommes contactés par une organisation locale / les pouvoirs publics qui manifeste(nt) un intérêt pour la création d'une maison médicale. Nous avons décidé d'opter en ce moment pour ce deuxième scénario. Nous ne prenons pas l'initiative de démarrer une maison médicale quelque part, mais nous répondons aux demandes des initiateurs locaux et leur apportons notre soutien. Nous investissons prioritairement du temps et des moyens dans le développement et l'ancrage des centres existants.

2. Le Samenlevingsopbouw *(asbl qui s'inscrit dans le cadre du décret sur la reconnaissance et la subvention d'associations de développement communautaire) mène une étude sur la viabilité du concept d'une maison médicale dans le Meetjesland et le Pajottenland.*

Nouveau projet : étapes préparatoires

- Première étape, la réalisation d'une analyse contextuelle portant sur la population, l'offre existante en matière de santé et d'aide sociale, l'identification des besoins.
- Seconde étape, la création d'un comité de pilotage composé de représentants des organisations locales, chargés d'établir ensemble un plan de projet (plan financier, plan stratégique, plan de communication...).
- Au cours de cette phase préparatoire, une organisation unique endosse généralement le rôle de chef de file, par exemple en libérant un collaborateur du projet. Lorsque ce n'est pas possible, cette phase est plus difficile et plus lente, et les chances de réussite plus faibles. En tant qu'organisme coordinateur, nous essayons de convaincre les pouvoirs publics de financer des collaborateurs pour prendre en charge cette phase. Sans succès jusqu'à présent.
- La cellule stratégique de la *Vereniging van wijkgezondheidscentra* suit et soutient le parcours de ces nouveaux projets. Un fonds sectoriel peut être utilisé afin d'obtenir un prêt sans intérêt pour le démarrage. Le projet peut être parrainé par une maison médicale existante.

le terreau des maisons médicales

Dans le cadre d'un démarrage de type *bottom up* (favoriser les initiatives locales), l'émergence d'une maison médicale peut prendre trois formes :

- une maison médicale existante qui a atteint sa capacité maximale érige un centre supplémentaire dont le terrain d'action est proche du sien ;
- des organisations locales prennent l'initiative de créer une maison médicale en se basant sur les besoins identifiés ;
- un cabinet (de groupe) existant devient maison médicale.

Défis à relever

Si chaque maison médicale a sa propre façon de démarrer, des enjeux communs se posent. Le premier d'entre eux, la réticence des généralistes. Certains médecins ne se sentent pas reconnus pour les efforts qu'ils fournissent en faveur des populations défavorisées. Ils considèrent les « soins gratuits » (vu l'application du système de paiement forfaitaire) comme de la concurrence déloyale. Nombreux sont ceux qui estiment que la médecine générale est déjà extrêmement accessible, notamment grâce au régime du tiers-payant.

Démontrer la valeur ajoutée d'une maison médicale tout en restant convaincu de la complémentarité des différents modèles de pratique médicale représente un exercice difficile. Mais il se trouve que tous les patients ne souhaitent pas recourir à une maison médicale et que tous les dispensateurs de soin ne sont pas capables de travailler au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Deuxième enjeu : concilier équilibre financier et attractivité de la profession médicale en maison médicale. Etant donné que ce sont généralement les organisations locales qui sont à l'origine de la demande, les dispensateurs de soins ne sont donc pas nécessairement impliqués dès le début du projet. Or, il est souvent très difficile de trouver des généralistes et des infirmières qui acceptent non seulement d'exercer leur fonction première mais également de participer au développement du projet. Il est donc crucial de leur proposer des conditions de travail attractives, tout en menant le projet à bien financièrement.

Préserver l'indépendance et le pluralisme des maisons médicales constitue un autre défi majeur : qui fait partie du comité de pilotage ? Qui siège dans le conseil d'administration de l'asbl ? Quels rapports entretenir avec les mutualités et les autorités locales ?

Les autorités locales peuvent jouer un rôle important dans le développement des maisons médicales, en mettant par exemple des espaces et des infrastructures à leur disposition, en stimulant la concertation locale[4]… Leur attitude est parfois versatile, tantôt s'opposant au projet, tantôt désirant y participer activement. Dans tous les cas, il est capital de pouvoir s'appuyer sur les autorités locales compétentes en matière de santé et de développer des partenariats en ce sens.

Quelle politique de reconnaissance des maisons médicales[3] ?

La communauté flamande est compétente en matière de politique de santé préventive et d'organisation des soins de santé de première ligne. Les maisons médicales devraient donc être reconnues, d'une part dans le cadre du décret de prévention et, d'autre part, dans le cadre du décret sur la collaboration en première ligne. Les arrêtés d'exécution en la matière en sont toujours à la phase de développement.

Pour ce qui est de la construction des bâtiments, les maisons médicales peuvent bénéficier de l'intervention définie dans le cadre du Fonds flamand de l'infrastructure affectée aux matières personnalisables.

3. De Roo L., De Maeseneer J., Willems S., Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting, *2012.*

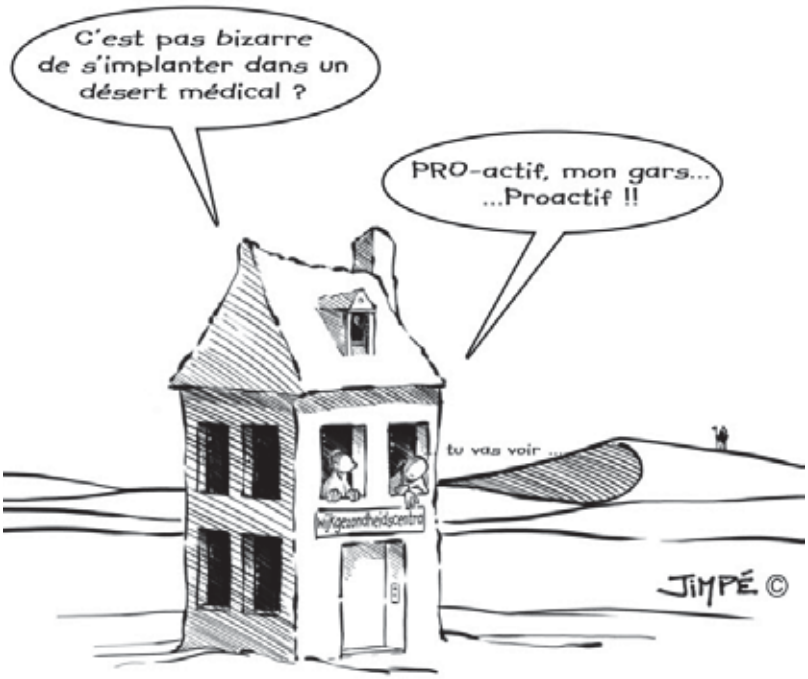
4. Ibidem.

Nouvelles initiatives au second plan

Depuis 2009, le CD&V – parti démocrate-chrétien, le SP.A – parti socialiste - et la NV-A – parti nationaliste flamand - siègent ensemble au Gouvernement flamand. Groen, Open VLD et Vlaams belang sont dans l'opposition. Durant la période préélectorale, le SP.A et Groen ont explicitement fait référence, dans leur programme, au développement et au renforcement des maisons médicales. L'accord gouvernemental 2009-2014 est le premier à mentionner explicitement les maisons médicales : « *Le rôle des maisons médicales dans les quartiers défavorisés est renforcé et étendu, afin de réduire la fracture sanitaire en faveur des personnes à faible revenu. (...). Nous renforçons l'action des maisons médicales notamment en (...) reconnaissant leur expertise en matière de promotion de la santé de proximité et en matière de soins primaires offerts aux groupes socialement vulnérables.* ».

Dans ses premières notes annuelles de politique générale, Jo Vandeurzen (CD&V), ministre de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille reprend ces intentions. Fin 2010, une conférence sur les soins de santé de première ligne est organisée à son initiative, à l'issue de laquelle un cadre clair pour la reconnaissance des maisons médicales, en tant que l'une des formes de pratique de soins primaires a été élaboré. Avec une insistance particulière pour les critères de qualité tels que la collaboration multidisciplinaire, les relations étroites entre collaborateurs, l'orientation communautaire et la qualité des soins.

Un début extrêmement prometteur donc pour les maisons médicales. Si la reconnaissance des activités actuelles est un bon point de départ, elle devrait toutefois s'accompagner d'un intérêt marqué pour les nouvelles initiatives. Or, la dernière note de politique générale du ministre Vandeurzen (2013) se contente de mentionner le développement des critères de qualité des maisons médicales. L'ambition de renforcer et de développer les maisons médicales passe au second plan.

La législature vit actuellement ses derniers moments. Les prochaines élections de juin 2014 sont déjà en marche. Et jusqu'à présent, le Gouvernement flamand a entrepris peu d'actions pour mettre en pratique ces intentions politiques relatives au renforcement et au développement des maisons médicales. « *Force est de constater qu'au terme de ces dix dernières années, l'évolution vers une plus grande intégration entre l'aide sociale et les soins de santé en est toujours à l'état d'ébauche. Le fossé entre les deux secteurs est toujours extrêmement profond et rien ne laisse présager une disposition qui intégrerait les deux. Ce cloisonnement existe aussi entre d'autres secteurs : développement communautaire, travail de proximité, éducation... Tout le monde a beau plaider en faveur d'une approche intégrée, lorsqu'il s'agit de procéder à l'allocation des subsides, chacun veut sa part du gâteau. Les maisons médicales se positionnent comme des organismes pluralistes, ce qui n'a pas toujours été simple dans ce paysage cloisonné et encore fortement pilarisé*[5]*. Les VWGC sont en plein essor mais il y a encore beaucoup de potentiel de croissance. Même si de nombreux défis restent à relever.* »

5. *Ibidem.*