

France : les maisons de santé en plein boom

Interview de
Pierre de Haas,
FORMATION,
président de la
Fédération française
des maisons et pôles
de santé.

Propos recueillis par
Pierre Drielsma,
médecin généraliste,
permanent politique
à la Fédération des
maisons médicales.

.....

Les maisons médicales en Belgique sont apparues comme des initiatives locales spontanées émergeant d'un terreau socio-historique commun. Mais que se passe-t-il actuellement chez nos voisins du sud ? L'organisation des soins de première ligne connaît en France une mutation rapide et passionnante.

.....

Dans les années 70, la crise de la médecine générale face au colosse hospitalier est déjà perceptible en Belgique. En France, le tempo est très différent. On assiste à trois vagues successives. La première, dans l'immédiat après-guerre est marquée par l'esprit de la résistance et la création de centres de santé orientés à gauche. Ces centres sont aujourd'hui au nombre de 168¹. A cela il faut ajouter 264 centres de santé polyvalents, ceux-ci étant les seuls correspondant peu ou prou aux maisons médicales belges.

La deuxième vague, plutôt post soixante-huitarde et contemporaine de nos maisons médicales est symbolisée par le centre de santé intégré de Saint-Nazaire, porté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) et la Mutualité sociale agricole (MSA). Un projet qui a soulevé une opposition très dure de l'aile libérale de la profession. Au point de devoir fermer ses portes. À la même époque, le Syndicat national des médecins de groupe (SNMG) propose l'idée de « développement sanitaire » qui s'appuie sur une démarche de soins globalisés à domicile. À partir de cette expérience se construit le premier réseau de professionnels de santé libéraux : Lubersac Santé qui a élaboré le concept d'hospitalisation externe à domicile (HED). Notons aussi l'existence des groupements d'exercice fonctionnel (GEF), créés en Alsace, pluri-professionnels. Toutes ces tentatives ont éprouvé beaucoup de difficultés à se multiplier ou à sortir de leur région d'origine. Conséquence : pas de continuum entre ces expériences et les suivantes, qui émergeront dans les années 2000.

La troisième vague est caractérisée par l'émergence des maisons de santé, il y a cinq ou six ans, dans le contexte de raréfaction de l'offre médicale, voire d'une crainte de désertification dans certaines régions (voir graphique), et d'une modification de l'image de la profession : les médecins souhaitent de plus en plus sortir de l'isolement et commencent à se regrouper. Il y a actuellement plus de 400 maisons de santé, ce qui représente à peu près 5 % de l'offre. Leur croissance est rapide. Avec plus de 1.000 projets sur la table, d'ici deux ans, les maisons de santé devraient représenter 10 % de l'offre.

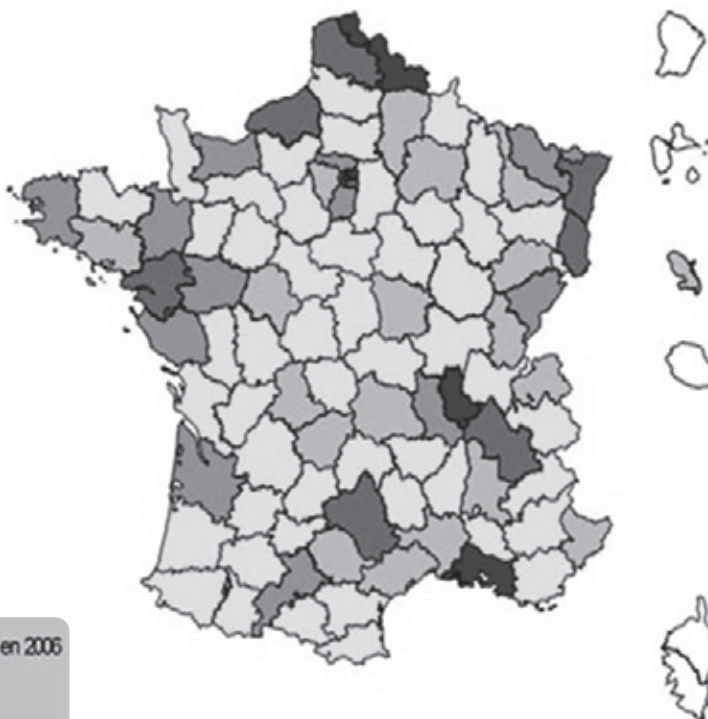
1. www.fnms.org

Mots clés : centre de santé, développement, multidisciplinarité, pratique de groupe, offre de soins, système de santé.

le terreau des
maisons médicales

Maisons de santé : facteurs d'émergence

Mais comment expliquer le succès rapide des maisons de santé en France, alors que toutes les expériences précédentes ont stagné ou échoué ? « Il existe plusieurs raisons, explique Pierre de Haas. La première, la volonté des professionnels de sortir de l'isolement. Les jeunes généralistes veulent aujourd'hui exercer en équipe avec une gestion des données via un système d'information commun. Autre élément : la croissance épidémiologique des pathologies chroniques et des poly-pathologies (comorbidités) difficiles à soigner sans



Les centres de santé sont concentrés dans les zones urbaines : Paris, Lyon, Marseille, la conurbation lilloise. La région Alsace semble également bien représentée.

Mini-dico

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Ils pratiquent la délégation du paiement (tiers-payant). Les centres de santé ne sont pas tous pluri-professionnels, il en existe également des mono-professionnels : infirmiers, médicaux, dentaires. Par ailleurs la présence de spécialistes en leur sein n'est pas rare.

Les maisons de santé sont constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Elles assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours, et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'elles élaborent.

Centres de santé et maisons de santé poursuivent fondamentalement les mêmes objectifs. Leurs différences reposent sur les modes de management et de rémunération.

intervention multiforme. » Ce développement est encouragé par le politique, note aussi Pierre de Haas. « Il souhaite favoriser le regroupement et éviter la désertification. » A contrario, le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé note le peu de soutien du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie : « *Il ne croit pas en la capacité des professions de santé à s'organiser. A sa décharge, ajoute Pierre de Haas, il faut reconnaître que la représentation professionnelle est gravement atomisée en France.* »

Pour Pierre de Haas, ce n'est en tout cas pas dans une évolution de la formation professionnelle qu'il faut chercher les prémisses de ce mouvement. Cette formation est très cloisonnée et hiérarchisée : « *Le fait que l'échec d'étudiants aux études de médecine conduise une partie de ceux-ci à se réorienter vers d'autres professions de santé génère une vision hiérarchique néfaste à la collaboration harmonieuse dans une maison de santé pluri-professionnelle.* » Une vision hiérarchique renforcée par le caractère hospitalo-centré de la formation. « *La santé publique est insuffisamment enseignée aux futurs généralistes, regrette aussi Pierre de Haas. Ce qui est sidérant pour des diplômés qui sortent à bac+9.* »

Pourtant avec l'émergence et le développement des maisons de santé, les pratiques évoluent. Avec une orientation plus marquée en termes de santé publique. « *C'est le grand basculement, explique Pierre de Haas. Tout d'abord, les maisons de santé doivent présenter un projet de santé (...). Ensuite, en matière de recherche, les maisons de santé collaborent bien mieux avec les départements de santé publique (...). La loi « hôpital, patients, santé et territoire » a également été rédigée dans une logique de santé publique, avec le souhait que les services de santé rencontrent les besoins de santé d'un territoire et plus seulement la demande de patients individuels.* »

Vers un modèle unique et fédéré ?

Les différences entre centres de santé et maisons de santé reposent principalement sur leurs modes de management et de rémunération. « *Mais la question du salariat n'est plus un casus belli pour les jeunes médecins, précise Pierre de Haas. Ce qui les intéresse c'est d'être payé, et le niveau de rémunération, la question du statut indépendant et du paiement à l'acte ne les préoccupent pas autant que leurs prédécesseurs.* » D'où la convergence souhaitable entre les deux types de structures.

L'enjeu, pour Pierre de Haas serait de réussir à constituer une forme de services de soins de première ligne qui couvrent l'ensemble du territoire et qui soient regroupés dans une fédération. Mais il craint que le processus de privatisation à l'œuvre dans les cliniques chirurgicales françaises ne s'étende aux maisons de santé. Voire, autre scénario catastrophe, que « *l'hôpital et les médecins spécialistes ne s'emparent de la télémedecine et organisent le contournement des soins de première ligne pour délivrer de soins spécialisés à distance* ».

« *Nous sommes dans la même galère, conclut le président de la Fédération française des maisons et pôles de santé. Vous avez gagné quelques années grâce au dépassement du paiement à l'acte qui résiste encore en France. Votre basculement vers le forfait à la capitation vous a été profitable. Votre développement nous intéresse, mais aussi celui des Penobscot community health care aux États-Unis. La résistance du modèle libéral a probablement été plus forte en France. Par contre, nous avançons dans l'hypothèse de l'intégration de la pharmacie au sein des maisons de santé.* » ●



le terreau des
maisons médicales

Désertification médicale ?

« Il y a tout un discours alarmiste sur les déserts médicaux. Mais actuellement, il n'y a pas 5 % de la population qui se trouve à plus de 30 minutes d'un généraliste.

Par contre, il est clair que si le généraliste veut continuer à tout faire et à ne pas déléguer, il n'en sortira pas. S'il continue à soigner les gastro-entérites banales et les rhumes, administrer les vaccins, peser les bébés, il aura trop de boulot. Le médecin doit se concentrer sur sa spécificité : le diagnostic, l'organisation du traitement, la supervision médicale des activités d'autres professionnels, alors ce sera possible.

On observe le même problème pour les infirmières, si elles veulent effectuer elles-mêmes tout le nursing, nous serons en déficit. Mais une grande partie des toilettes et de l'aide à domicile peuvent être déléguées, par exemple à des auxiliaires de vie sociales. Le rôle infirmier devra plutôt se focaliser sur l'accompagnement et la surveillance des pathologies chroniques.

Ce syndrome de la pénurie est provoqué par les élus territoriaux de petits villages qui considèrent qu'il faut un généraliste par clocher. »

(Pierre de Haas)

Les maisons de santé : une chance pour la réforme du système de santé ?

« Les maisons de santé (...) sont porteuses de transformations. Elles interrogent de fait la politique de santé du pays, tant au niveau de l'évolution du système de soins, que des transformations des exercices professionnels, que de la santé publique. Et de ce point de vue, elles vont fortement modifier, voire déranger l'existant. Mais dans quel sens ? » Telle est la question posée par Didier Ménard dans son article paru dans *Pratique* « Les maisons de santé : une chance pour la réforme du système de santé ? » Quelques morceaux choisis en guise d'éléments de réponse.

Les maisons de santé réinterrogent les pratiques professionnelles. « C'est une chance pour celles-ci de se transformer dans le cadre des maisons de santé. Il est acquis aujourd'hui, mais bien tardivement, que la question des maladies et de leurs traitements ne concerne pas uniquement le médecin. » C'est particulièrement vrai dans le cas des maladies chroniques, souligne l'auteur : « Il ne s'agit plus seulement de prescrire des traitements pour atteindre des objectifs, il faut élaborer de véritables stratégies de projets thérapeutiques partagés pour être efficace. » Des stratégies au sein desquelles les personnes malades doivent être impliquées en tant qu'acteurs de leur propre santé ; des stratégies caractérisées par un exercice collectif de la médecine et un travail main dans la main avec d'autres acteurs de la santé : professionnels du social, de la santé publique, de la santé communautaire entre autres.

Plus encore, les maisons de santé pourraient avoir un rôle de coordination des différentes structures qui interviennent à l'échelon d'un territoire, tout en impliquant la population dans l'organisation de cette offre de santé.

Les maisons de santé, un outil pour agir sur les déterminants de santé. « La maison de santé doit agir pour diminuer les inégalités de santé, et pas seulement par l'accès aux soins, souligne Didier Ménard. Elle doit rechercher à comprendre quels sont, sur son territoire, les éléments qui participent à l'augmentation ou à la diminution du différentiel de morbidité et mortalité qui concernant les habitants du quartier comme par exemple l'accès à la prévention. » Tout cela par le biais de la pratique du tiers-payant intégral, par des actions d'éducation à la santé menées en milieux scolaire, professionnel..., mais aussi par une approche populationnelle de la santé : le suivi des femmes enceintes, des adolescents, des enfants, des personnes âgées...



le terreau des
maisons médicales

● ● ●

Les maisons de santé sont perçues comme un outil pour répondre à la crise du système de santé, caractérisée par l'apparition de déserts médicaux d'un côté, par un déficit de la sécurité sociale et un acharnement à vouloir diminuer le coût des soins de l'autre. *« Cela semble être une réponse adaptée qui séduit à la fois les élus en quête d'offre médicale pour leurs populations et des soignants qui recherchent l'exercice collectif. »* Toute la question, pour Didier Ménard, est celle de la pérennisation de ces structures : *« Nous pensons que ce qui inscrit les maisons de santé dans la durée, c'est leur capacité à résoudre les problèmes de santé de la population, ce qui implique leur évolution vers de véritables lieux de santé et pas uniquement de soins. »* Avec, notamment, le développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique. L'autre aspect étant celui d'une gestion plus économique de l'offre de soins.

« Là où réside le problème, souligne alors l'auteur, est la vision de la maison de santé comme outil de rationalisation des pratiques professionnelles, même et surtout quand on masque cette rationalisation sous couvert de qualité des soins. » Didier Ménard met ainsi en évidence la finalité du projet de « contrats amélioration des pratiques individuelles (CAPI) » de la Caisse nationale d'assurance maladie qui, dans le but d'améliorer la pratique des médecins, mènerait à la contractualisation avec ceux-ci afin qu'ils rationalisent leurs soins en échange d'une rémunération. *« La question de la liberté de conduire les soins par le médecin est posée. (...) Dans ce contexte (...), il est facile de franchir le pas et de se demander si la tentation ne sera pas, pour le financeur, qu'il soit public ou privé, de considérer qu'il doit investir dans les maisons de santé pour mettre en place un exercice de la médecine normalisé dans un cadre défini par une rationalisation économique de l'offre de la santé (...). »*

Une autre crainte de Didier Ménard réside dans la relation que les maisons de santé pourront entretenir avec les pouvoirs publics et les assurances complémentaires privées : *« Nous savons très bien que les maisons de santé sont intéressantes comme courroies de transmission des politiques publiques. Nous savons qu'elles intéressent les assurances complémentaires privées, dont l'objectif est de normaliser les pratiques des soins afin de diminuer les remboursements aux cotisants. D'un autre côté, certains verraient bien la juxtaposition de deux systèmes, l'un à dominante privée, où les complémentaires assureraient les remboursements de ce que certains appellent le petit risque, surtout pour les populations solvables, et un autre pour les populations plus précaires, prises en charge par la collectivité et soignées dans des dispensaires pour pauvres et de proximité que constitueraient alors les maisons de santé. Cela changerait la finalité de ces dernières et surtout, entérinerait un double système de protection maladie, ce qui n'est pas concevable (...). »*

Extraits tirés de l'article Ménard D, Les maisons de santé : une chance pour la réforme du système de santé ?, in [www.smg-pratiques.info/IMG/pdf_Les_mds_une_chance_pour_la_reforme_du_systeme_de_sante.pdf](http://www.smg-pratiques.info/IMG/pdf/Les_mds_une_chance_pour_la_reforme_du_systeme_de_sante.pdf), 10 décembre 2009.