

Beaucoup d'organisations se sont lancées dans une critérisation, ou du moins une définition d'objectifs et de missions de centres de santé de première ligne. Quelques exemples. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) Depuis quelques temps, l'OMS cherche à rassembler un certain nombre d'items. C'est un travail difficile vu la diversité des projets qui voient le jour au niveau international. Il faut réussir à traduire les images des uns et des autres pour pouvoir s'accorder sur l'envers des mots. Outre une définition reprise dans l'article « Un cadre pour des soins de santé primaires communautaires » (voir page 42 de ce cahier, on peut retrouver le tableau2 ci-après qui met en évidence la plus-value de soins centrés sur la personne en centres de santé ambulatoires. Nous tenons à attirer l'attention sur la première et la dernière colonne. Nous pensons en effet nous organiser en partie selon les critères développés en dernier lieu. La colonne du milieu se traduit en Belgique notamment par les trajets de soins. La Canadian Alliance for Community Health Centre Associations (CACHCA) A plusieurs reprises, avec Scott Wolff, coordinateur fédéral du CACHCA, nous avons débattu de ce défi qu'est la description la plus précise possible des centres d'une alliance telle que la leur. Sur leur site internet, les éléments suivants permettent de comprendre dans quels types d'organisation ces structures s'inscrivent : « Un centre de santé communautaire (CSC) a généralement les caractéristiques suivantes : – être asbl ou ONG, gérée par un conseil d'administration ou un conseil consultatif élu et composé en majeure partie de patients et/ou membres de la communauté. – Peut être déterminé l'accès par un territoire spécifique ou par un groupe de personnes ayant eu des difficultés dans des services de soins de santé primaires (conventionnels ndlr.) – Offre une gamme de services (santé primaire, approche sociale, réadaptation et autres services ambulatoires) avec un accent particulier sur la prévention, la promotion à la santé, l'éducation sanitaire, et des services de développement de la communauté. – Travaille en collaboration avec des organisations d'autres secteurs tels que l'éducation, la justice, développement et transformation économique, de façon à promouvoir la santé au niveau local des communautés. – Travail en équipes multidisciplinaires. » En outre, il rémunère soit par un salaire et/ou paiement à la capitation. On voit à travers ces quelques items les liens étroits entre ce type d'organisation et les maisons médicales. Mais nous souhaitons aller plus loin dans nos définitions. La charte des maisons médicales On retrouve aussi ici des mises en formes. Ainsi trois rubriques distinctes se font suite. Tout d'abord les valeurs, comme la solidarité, la justice sociale, la citoyenneté. Mais aussi le respect de l'altérité et l'autonomie. Ensuite sont décrits les objectifs. Répondre aux besoins par une offre de soins primaires qui soient accessibles, globaux, continus et intégrés. La promotion de l'autonomie fait aussi partie des objectifs déclarés, ainsi que la prise de conscience citoyenne, la participation, pour ne citer qu'eux. Finalement la charte décrit les moyens. C'est entre autres ici que l'on parle, de façon non exhaustive, de la multidisciplinarité, de l'accueil de qualité, de systèmes de financement en adéquation avec le projet3. La fédération flamande des maisons médicales (VWGC) s'est également prêtée à l'exercice. Leur réflexion a abouti à une liste de 11 critères que l'on peut d'ailleurs trouver sur leur site internet (www.vwgc.be) sous la rubrique 'wijkgezondheidscentrum'. Vers où nous pourrions aller Un ensemble d'items ont été croisés dans énormément de directions. En voici une liste: – critères d'objectifs : critères de qualité des soins / de la prise en charge des patients : globalité continuité permanence intégration curatif avec préventif, réhabilitation efficacité efficience critères de qualité des services / des centres :

accessibilité (financier, géographique, acceptabilité) efficience intégration avec promotion de la santé
 équité finalité publique participation de la communauté et autonomie des citoyens/usagers action sur les
 déterminants de la santé (sociaux, etc.) – critères de moyens : centres pluridisciplinaires/ inter-
 disciplinaires et non hiérarchie entre professionnels de santé mode de rémunération des acteurs
 population de responsabilité subsidiarité démocratie participative des travailleurs/ convivialité /conditions
 de travail formation continue la démarche scientifique/ de recherche – critères de fonction : généraliste :
 pas de distinction de la population, ni pour l'âge, le sexe, les caractéristiques sociales, type de
 pathologie premier contact avec le système de santé curatif, préventif, promotionnel, réhabilitation
 fonction de synthèse. A partir de cette liste conséquente, nous sommes finalement arrivés à un choix de
 huit critères que nous pouvons imaginer appliquer aux maisons médicales membres de la Fédération :

1. La qualité des soins. Les centres de santé sont généralistes/polyvalents : ils sont un point d'entrée pour tout patient quels que soient son âge, son sexe, ses pathologies ou son statut social. La qualité des soins inclut notamment l'efficacité, la globalité, la continuité, l'efficience. La globalité articule la santé et le social ; elle consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels (une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre adéquatement). Il s'agit de considérer l'être humain, la personne, dans son contexte de vie, au-delà de sa maladie.
2. Travail en équipe pluridisciplinaire. Il est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non-isolement qu'il génère intrinsèquement. Même si tous ne participent pas à chaque projet spécifique, l'important est que le projet global du centre soit compris, porté par l'équipe ; et que les points de vue différents, voire divergents, puissent être partagés de façon ouverte.
3. La finalité est publique. Il doit y avoir une perspective sociale dans la démarche avec une attention particulière à la non discrimination. Les structures ne doivent pas avoir comme but l'enrichissement personnel et le projet doit s'articuler sur une base communautaire en faisant référence à la responsabilité pour une population déterminée.
4. L'accessibilité fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables. L'acceptabilité ou légitimité, définit l'harmonie de la pratique par rapport aux normes sociales, éthiques et culturelles des utilisateurs et de leurs familles.
5. L'intégration se traduit par la coexistence dans le même service et au bénéfice d'une même population, d'activités curatives, préventives, d'éducation santé, de revalidation. Il est important de noter que cela implique aussi des activités de promotion à la santé y compris en s'intégrant dans les programmes existants.
6. La participation des patients. Au-delà de la simple utilisation des services, il s'agit de l'intervention dans la prise de décision. La participation peut prendre des formes collectives ou individuelles, être suscitée par les professionnels ou initiée par les patients... (un projet est participatif s'il est à l'écoute des demandes, si les patients ont l'occasion de s'exprimer, de participer aux différents stades d'un projet, de le modifier, voire de le refuser). La participation implique aussi le développement d'aptitudes visant l'émancipation personnelle qui permet d'être acteur de sa santé.
7. Action sur les déterminants sociaux de la santé. On entend par déterminant social tout ce qui agit sur la santé des

gens en étant en dehors de l'action directe des soins (facteurs socio-économiques, habitat, environnement, lieux de travail, facteurs culturels....). L'action sur ces déterminants se réalise en collaboration étroite avec d'autres acteurs, au niveau local (par l'action communautaire en santé) ou à un niveau plus global. Cette action implique une reconnaissance de l'influence des inégalités sociales sur la santé et de la nécessité de les combattre.

8. L'articulation avec les autres acteurs. Les centres de santé n'atteindront pas seuls les objectifs de santé. Ils font partie d'un système avec lequel ils s'articulent et collaborent. Ce système comprend les autres acteurs du premier niveau, ceux des niveaux spécialisés et hospitaliers et tout autre acteur du champ social (et même plus largement) nécessaire pour atteindre les objectifs de santé. On remarque le parallélisme entre nos critères et ceux que Ade Adeagbo met en avant pour décrire la santé communautaire (voir page 42). Ceci souligne l'intérêt de la confrontation d'idées et du développement des relations et des échanges au niveau international. On voit également dans l'article de Ade Adeagbo, le lien étroit entre le besoin de se définir et la possibilité de se constituer en réseau que celui-ci soit belge, européen ou au-delà. En effet, le même style d'exercice que celui organisé à l'intérieur de la Fédération (définition de critères) a été proposé à différents partenaires potentiels d'Espagne en Angleterre, de la Suède à la Hongrie, en passant par l'Italie et les Pays-Bas. Documents joints Critères de qualité pour décrire des centres de santé primaires communautaires cahier Sc n°56 – Dessine-moi un centre de santé ! – avril 2011 (pdf 127k) Le nouveau petit Robert de la Langue française 2008. 2. Rapport OMS 2008 : « Soins de santé primaires, maintenant plus que jamais ». Charte des maisons médicales et des collectifs de santé francophones – janvier 2006. Cet article est paru dans la revue: