

# La prise en soins des seniors en maison médicale

*Proximité Continuité  
Accessibilité Equité  
Participation du patient  
Transdisciplinarité  
Efficience*

**Marie-Louise Fisette**

[marie-louise.fisette@fmm.be](mailto:marie-louise.fisette@fmm.be)

A la Maison Médicale de Ransart

Soins infirmiers, éducation diabète et chargée de projets

A la fédération des maisons médicales

Mandataire au bureau stratégique

Coordinatrice du secteur infirmier

Référente infirmière du dossier santé informatisé

Intervention CAS  
22/11/2018



# Plan de la présentation

- **Cadre de l'intervention**
- **Quelques mots d'histoire**
- **Qu'est ce qu'une maison médicale ?**
- **Nos critères de qualité en pratique**
- **Les enjeux**



# Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles



## *Cadre de l'intervention*



# Le cadre de l'intervention

## Des soins de proximité – de première ligne

### Une équipe pluridisciplinaire

**Un médecin ou un groupe de médecin**

**Un professionnel ou un groupe de professionnel**

**Un service de soins**

- **Office de la naissance et de l'enfance**, Service public dépendant du Ministère de la communauté Wallonie-Bruxelles **assure des soins préventifs périnataux et auprès de la petite enfance**
- **Plannings familiaux**
- **Centres de santé mentale**



- **Une équipe pluridisciplinaire**
  - **Association de Santé Intégrée : ASI**
  - **Maison Médicale : MM**
  - **Centre de santé**
  - **Collectif de santé**
  
- **Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophone**
  
- **Financée au forfait**



# Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles

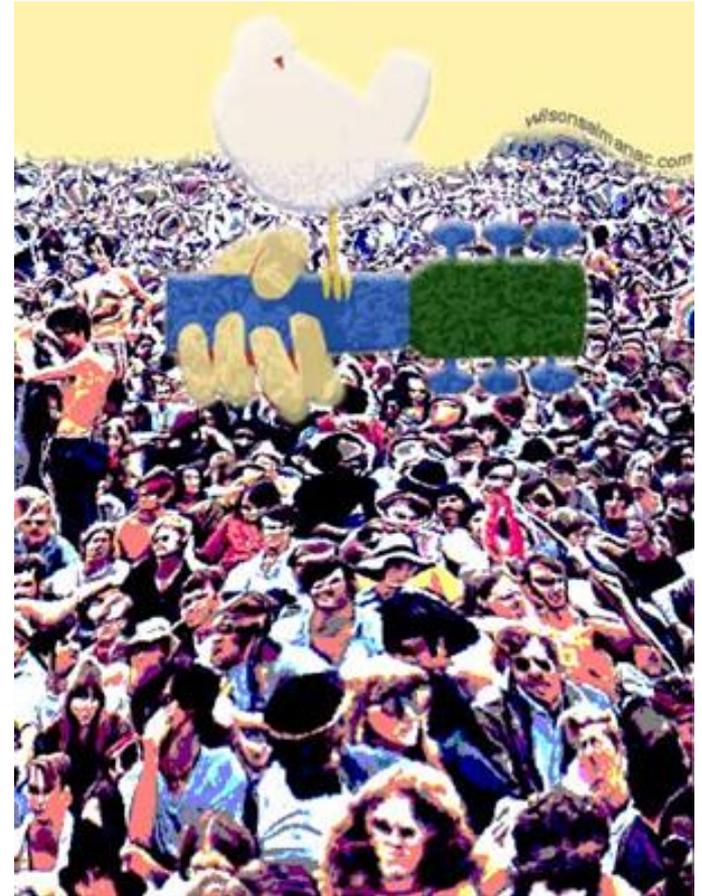


*Quelques mots  
d'histoire...*



# Au commencement...

- Les premières maisons médicales sont apparues en 1972.
- Elles sont nées dans la fièvre idéaliste des golden sixties.
- Elles sont clairement une vendange tardive de Mai '68...





# Le monde ne s'est pas créé en un jour...



- Les fondateurs des premières maisons médicales voulaient (avec d'autres) changer le Monde.
- Dans un sens fraternel, égalitaire et libertaire...
- Les fondateurs voulaient :
  - ✓ rapprocher les soignants des soignés
  - ✓ valoriser la pluridisciplinarité
  - ✓ combattre l'hospitalocentrisme
  - ✓ mettre en priorité leur nouvel outil au service des plus défavorisés
  - ✓ développer l'éducation à la santé et la prévention



# Une vision des soins

- Les Soins de santé primaires (cf. OMS)
- Le Centre de Santé Intégré, base d'une politique de santé (cf. GERM)
- L'échelonnement des soins



# Les soins de santé primaires

Déclaration d'Alma-Ata ((OMS, 1978)

*« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. »*



# Les soins de santé primaires

Déclaration d'Alma-Ata ((OMS, 1978)

*« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays. »*



# Déclaration d'alma-ata

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté.



# Déclaration d'alma-ata

*Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »*



# La réflexion des pionniers

## *Des soins intégrés*

*c'est-à-dire que pour chaque individu sont coordonnés au sein d'UNE SEULE UNITE tous les niveaux de soins : préventifs (dont éducation pour la santé), curatifs, surveillance, réhabilitation, palliatifs, supportifs etc..*



*(Pour une politique de la santé , p. 307, 1971)*



# Un financement alternatif

- Identification de deux obstacles majeurs à la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé :
  - la formation des soignants,
  - le financement à l'acte.
- 1981 : négociations pour un paiement forfaitaire cohérent avec philosophie de travail.
- 1984 : 1<sup>ère</sup> Maison Médicale au forfait à la *capitation*.



# La Fédération des maisons médicales

- 113 maisons médicales : 50 à Bruxelles et 63 en Wallonie, surtout en ville
- Accroissement de 40% au cours des 10 dernières années
- 250.000 patients soignés en maison médicale en 2017
- Moyenne d'âge tourne autour de 33 ans
- 44% sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)



# Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles



*Qu'est ce qu'une  
maison médicale ?*



# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

## La finalité

- La qualité des soins
  - Au service du patient
  - Au service d'une population



# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

**Une équipe pluridisciplinaire composée de :**

- médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmier(ère)s et accueillant(e)s...

et souvent de :

- psychologues, travailleurs sociaux, gestionnaires

et parfois de :

- diététiciens, logopèdes, dentistes, ...

**rassemblés au sein  
d'une maison**





# Qu'est-ce qu'une maison médicale?

## Un mode d'organisation bien particulier

- Equipe autogestionnaire non hiérarchisée  
Association sans but lucratif
- Partage de compétences, de responsabilités et de pratiques
- Secret médical partagé
- Relation interactive avec la population
- Implication dans le réseau local et le travail de quartier



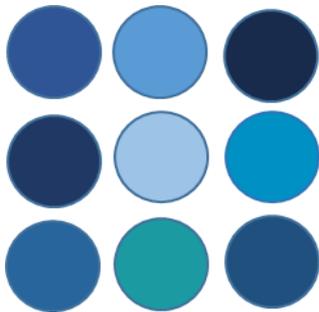
➔ **Des conditions de travail favorables à l'épanouissement des travailleurs et à la qualité des services et des soins**



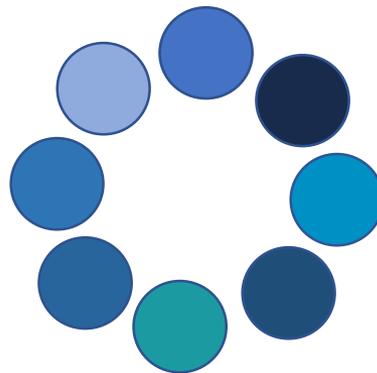
# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

**Volonté de collaboration**

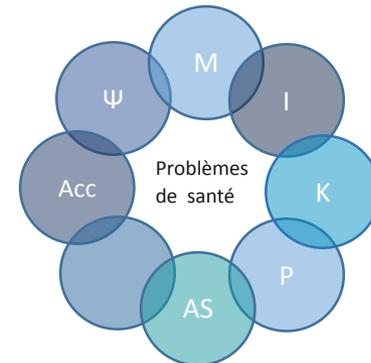
**avec le patient et avec tous les professionnels**



**Multi-disciplinarité**



**Inter-disciplinarité**



**Trans-disciplinarité**



# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

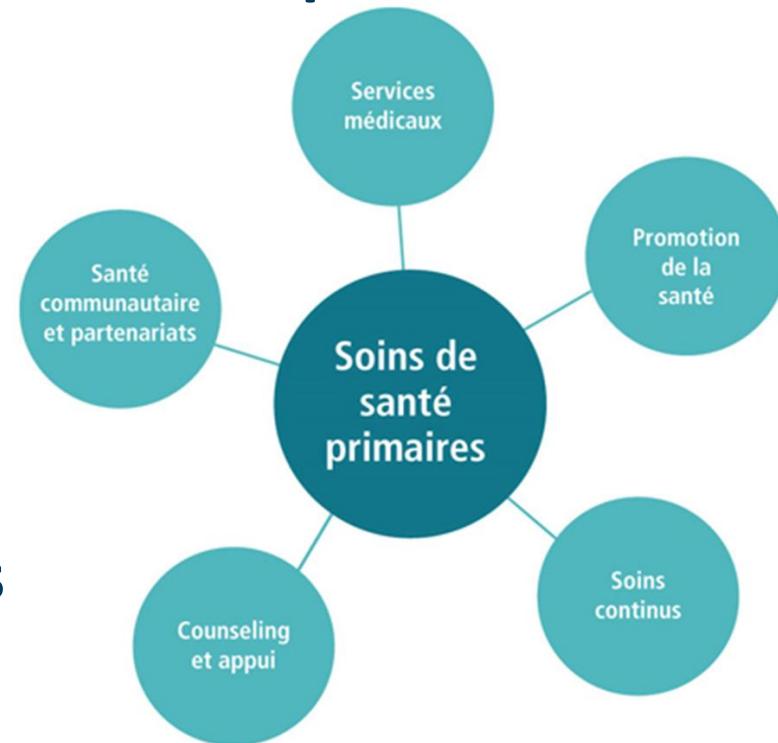
Cette équipe dispense des soins de santé primaires :

- globaux
- intégrés
- continus
- accessibles
- permanents

Elle développe **des soins curatifs**

Et des **activités non curatives** :

- promotion de la santé, prévention et éducation pour la santé
- santé communautaire (comités de patients)
- observatoire de la santé





# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

## Des valeurs partagées

- Solidarité
- Justice sociale & équité
- Citoyenneté & responsabilité
- Respect de l'altérité
- Autonomie
- Solidarité
- Qualité des soins
- Convivialité

(cf. Charte de la Fédération des M.M.)



# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

## Deux modes de financement

- L'acte

*Avec large pratique du tiers-payant et de l'AMU*

- Le forfait

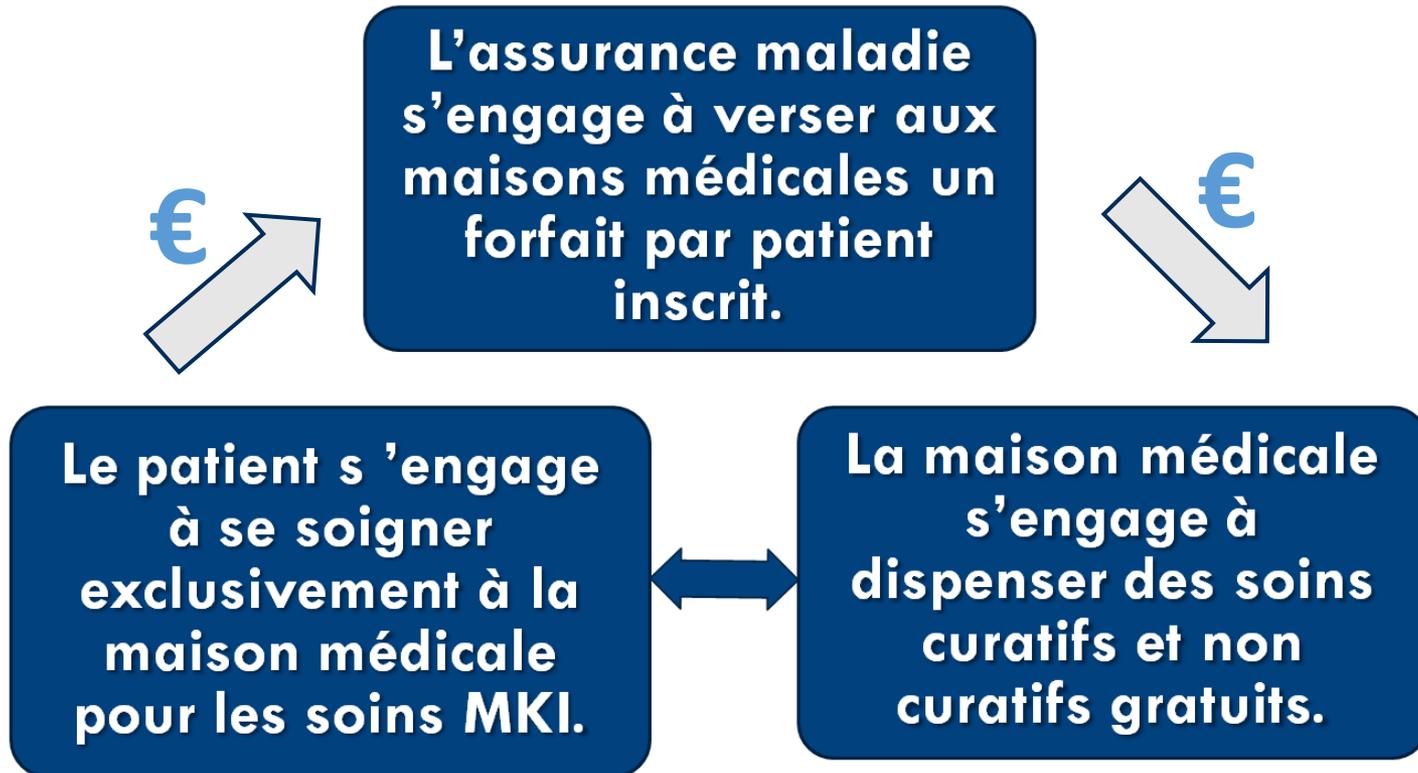
- *Contrat entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale*

- *Concerne plus de 80% des équipes membres de la Fédération des M.M.*



# Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

## Paielement forfaitaire



Aucune participation financière personnelle pour les soins de médecine générale, soins infirmiers et la kinésithérapie.



# Des travailleurs

- Dans les maisons médicales : 2.000 travailleurs pour environ 1.200 ETP
  - 29% des médecins généralistes
  - 71% des MG ont moins de 45 ans (28% pour la Belgique)
  - 20% des accueillants
  - 15% de kinésithérapeutes
  - 11% d'infirmiers
- A la Fédération : une quarantaine dont la moitié environ sont aussi travailleurs en MM



# Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles



*Nos critères de  
qualité en pratique*



# Des critères de qualité en pratique ?

A word cloud of quality criteria in French. The words are arranged in a roughly circular pattern, with some larger and more prominent than others. The colors range from dark brown to bright orange. The criteria include:

- intégration
- subsidarité
- participation
- efficacité
- continuité
- transdisciplinarité
- équité
- proximité
- interdisciplinarité
- accessibilité
- pertinence
- satisfaction
- patient
- globalité
- efficience
- acceptabilité



# Seniors ?



# La proximité

- Une zone définie



- Implanté dans un quartier



# La pertinence

- Vieillesse de la population
- Les maladies chroniques et la co-morbidité augmentent
- Souffrance mentale, Isolement
- Problèmes socio-économiques – la pauvreté augmente
- Les personnes préfèrent rester à domicile
- Les retours d'hospitalisation sont plus précoces



# La pertinence

Notre population est définie – 3585 sont inscrites

	Wallonie	MM Ransart	MM Ransart sans MR-MRS
Personnes de 65 ans et plus	18% (1)	17,66%	16,48%
Personnes de 70 ans et plus		12,44%	12,24%
Personnes de 75 ans et plus		7,81%	6,68%
Personnes de 80 ans et plus		4,77%	3,77%
Personnes de 85 ans et plus		2,45%	1,67%
Personnes de 90 ans et plus		1,16%	0,62%

(1) [www.statbel.fgov.be](http://www.statbel.fgov.be) - 2017



# La pertinence

	Wallonie	MMR	MMR 65 ans et plus
Bénéficiaires de l'intervention majorée	19% (2)	18,27%	22,74%

(2) Iweps - 2013



# L'efficacité théorique

## Etude du KCE en 2008

- Moindre recours aux services d'urgences, aux hospitalisations, aux services spécialisés
- Economie sur les prescriptions en biologie clinique et en imagerie médicale
- Plus de prescriptions de médicaments génériques et de prescriptions relevant des recommandations de bonne pratique
- Moindre coût pour les patients, plus grande accessibilité
- Meilleure qualité des activités de prévention
- Plus grande efficacité en matière d'antibiothérapie, de traitement de l'hypertension, de suivi des patients diabétiques et de dépistage du cancer du sein



# L'efficience

- Une équipe suffisante
  - Les besoins de la population se modifient ; l'offre de soins doit s'adapter
  - Explosion des prises en charge de seniors dans notre Maison Médicale  
Les personnes âgées de 65 ans et plus ont davantage recours aux soins infirmiers
- ➔ Etoffer l'équipe, notamment le service infirmier



# L'efficience

- Une prise en charge au niveau le plus efficace (subsidiarité) – soins optimum, moindre coût
  - Entre les soignants de première ligne
  - mais aussi entre la première ligne et le niveau hospitalier
- La participation des patients
  - un gain de temps pour les soignants
  - un gain d'argent pour la société et pour le patient
  - un gain d'autonomie pour les patients
- Formations proposées aux soignants par les maisons médicales, par la fédération permettent des soins de qualité



# La globalité

Soins à la personne selon ses besoins en tenant compte de son âge, ses capacités, sa perte d'autonomie, son caractère, sa culture, sa famille, ses aidants proches, ...

- Plus facile en équipe – les regards des différents professionnels se complètent
- Plus facile avec le mode de financement au forfait : travaille en fonction des besoins sans tenir compte de la « rentabilité des actes »
- Plus facile de prendre le temps nécessaire
  - Ecouter la difficulté des deuils à faire vu les pertes d'autonomie



# La continuité

- La titularisation des patients permet un suivi efficace dans le temps – tout au long de la vie
  - Médecin titulaire
  - Infirmière de référence
  - Dossier santé informatisé : DSI
- Des données sont disponibles pour les soignants de l'équipe selon les nécessités de soins
  - éducateur en diabétologie connaît les résultats biologiques du patient.



# L'intégration

L'intégration des soins, des différentes disciplines, des dépistages (prévention), l'éducation thérapeutique ... rejoint le concept de globalité

- Soins
- Prévention : vaccination contre la grippe
- Le souci de la prévention des complications doit être présent dès le début dans la prise en charge des personnes diabétiques
- L'éducation thérapeutique
- Les actions communautaires en santé



# L'accessibilité

- Géographique
- Culturelle
- Financière
- Infrastructure
- Temporelle
- Offre de soins
- Communication



# Accessibilité

## Géographique

- Etendue du territoire : permet un déplacement rapide des soignants pour se rendre à domicile et des patients pour se rendre à la MM.
- Proximité des transports en commun



# Accessibilité

## Culturelle

- Plusieurs langues utilisées par différents travailleurs
- Des documents en plusieurs langues
- Possibilités de recours à des interprètes professionnels y compris la langue des signes
- Mixité de genre parmi les soignants
- Avoir dans l'équipe des travailleurs résidents dans le quartier ou la commune à laquelle la MM appartient
- Ouverture à la différence et la tolérance clairement affichés



# Accessibilité

## Financière

- Proposer des soins MKI « gratuits » ou peu coûteux
  - Pratique du forfait
  - Pratique du tiers payant
  - DMG pour un meilleur accès aux soins : trajet de soin, seconde ligne
- Référence vers des soignants conventionnés
- Être attentif aux droits des patients à certains remboursements : forfait pour maladie chronique, forfait incontinence, pansements, médicaments...
- Démarches pour tenter de régulariser la situation des personnes non en ordre de mutuelle
- Acceptation des patients AMU sans distinction particulière



# Accessibilité

## Financière

- Intervention dans certains suivis : psy, diététique...
- Participation de la MM aux frais des patients pour le matériel de soins et les médicaments
  - Existence d'une pharmacie au sein de la MM à l'aide des échantillons qui permet d'initier un traitement ou de distribuer gratuitement des médicaments
  - Matériel de pansement fourni par la MM
  - Matériel de soins à prêter ou à donner pour dépanner : lit médicalisé, matelas anti-escarre, protection d'incontinence, ...



# Accessibilité

## Infrastructure

- Entrée de plain-pied ou existence d'aménagements pour PMR
- Présence d'un ascenseur ou autres aménagements pour accéder à tous les cabinets sans emprunter des escaliers
- Visibilité extérieure : affichage désignant clairement la présence d'une maison médicale
- Facilité de parking des voitures et des vélos
- Existence d'un espace d'accueil
- Visites à domicile



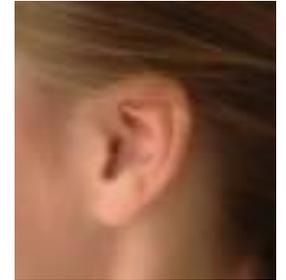
# Accessibilité

## Temporelle

- Etre vu par un soignant au moment le plus opportun (pas nécessairement le plus rapide)
  - Ouverture de la MM en semaine
    - Ouverture minimum de 10h par jour en semaine
    - Plages de consultations sur rendez-vous et consultations ouvertes pour les urgences/débordements
    - Organisation de la continuité des soins pendant les périodes de fermeture
- Souplesse des horaires pour pouvoir s'adapter aux besoins des patients



# Accessibilité



## Accueil

- Etre accueilli personnellement
- Etre écouté et entendu
- Demander un maximum d'informations à l'accueil chez les personnes plus fragiles pour faciliter la communication avec les soignants
- Prévoir la possibilité de confidentialité
- Répondre aux demandes : prescription, résultat, communication au médecin, références à l'aide d'un répertoire (coordonnées d'un soignant, d'un service, d'un hôpital, ...)



# Accessibilité

## Confort

- Passer régulièrement dans la salle d'attente
  - Rassurer sur le temps d'attente
  - Vérifier l'aération, le chauffage
  - Ajouter des places assises si nécessaires
- Installer confortablement dans une salle quelqu'un qui fait un malaise
- Orienter les personnes dans la Maison Médicale
- Prévoir de l'eau



# Accessibilité

## L'offre de soins

- Offrir plusieurs disciplines de 1ère ligne
  - médecins généralistes, kinés, infirmiers, accueillants
  - assistant social, psychologue,
  - diététicien, dentiste, ...
- Travail en partenariat
  - Pour la prise en soin psychosocial
    - centre de santé mentale
    - relais psychosociaux extérieurs
  - Pour le maintien à domicile, les alternatives à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation en MR-MRS
    - SISD (Service intégré de soins à domicile)
    - Service d'aides familiales
    - Prêt de matériel de soins



# Accessibilité

## L'offre de soins

- Disponibilité des soignants pour des contacts téléphoniques avec les patients en-dehors des rendez-vous : demandes de conseil, de résultats d'examen, ...
- Demande d'ordonnances à l'accueil
- Organisation et/ou participation à un service de garde
- Adaptation des soins aux différents stades de la vie
  - Perte de dépendance, troubles cognitifs, soins palliatifs, deuil
- Promotion de la santé adaptée à tous les patients et publics
  - Communication claire et accessible
  - Plages horaires en journée pour les personnes âgées



# Accessibilité

## L'offre de soins

- Une attention particulière aux personnes en perte de dépendance, aux sorties d'hospitalisation, aux personnes en soins palliatifs
  - Evaluation des demandes et des besoins
    - Passage infirmier pour évaluer la situation avec la personne et sa famille
    - Visite préalable à l'hôpital
    - Concertation pour organiser l'aide
    - Evaluation régulière
  - Coordination intense
    - Possibilité pour les infirmiers et les médecins de s'interpeller rapidement (changement de traitement, problème, résultats ...)



# Accessibilité

## L'offre de soins

- Un maintien à domicile quand la personne le souhaite :
  - Passage infirmier plusieurs fois par jour, même si en dehors de la nomenclature à l'acte
  - Soins non financés à l'acte
  - Possibilité d'appeler le service infirmier : en dehors des plages d'ouverture la maison médicale (soirs, nuits, week-end, jours fériés) selon l'état de santé du patient



# La satisfaction

## Témoignage d'une infirmière

*Le forfait permet une optimisation du travail infirmier.*

*L'aspect financier n'intervient pas dans notre prise en charge. Par exemple, une personne avec une toilette peut demander plus de temps qu'une personne avec un forfait B, cela ne changera pas notre optique de soins. Les deux personnes seront soignées de la même façon.*

*Nous n'acceptons pas des soins chez une personne avec un forfait B parce que c'est plus intéressant pour notre salaire à la fin de mois.*

*Les aspects financiers n'entrent pas en ligne de compte grâce au financement au forfait.*



# Accessibilité

## Communication

- Adaptée – respectueuse
- Outils de communication adaptés – difficultés des personnes âgées par rapport aux médias modernes
  - Document expliqué par un soignant
  - Affichage en salle d'attente



# L'acceptabilité

- Partir des habitudes du patient et veiller à respecter ses choix est indispensable pour obtenir son adhésion (motivation).

Car toucher aux habitudes de vie, c'est toucher au fondement culturel d'un individu.



# L'équité

- Attention aux populations les plus fragiles
  - Prendre le temps d'une information correcte et adaptée
  - Personnes qui négligent leur suivi régulier :
    - Rappel téléphonique
    - Une analyse des obstacles à un suivi efficace est réfléchi en équipe et la manière de les surmonter : déni, mauvaise image de leur corps, souci financier, ...
- Toujours le choix du patient et la possibilité de refuser des soins
  - liberté des personnes après information adéquate



# La participation des patients

La responsabilisation du patient est indispensable dans la prise en soin

- Soutien de l'autonomie et de l'émancipation personnelle (acteur de sa propre santé)
  - Ex. diabétique âgé qui apprend à exécuter son injection d'insuline
- Reconnaissance de l'expertise et de l'autonomie de la personne soignée - Patient partenaire
- Respect de ses choix
  - Discuter de ses objectifs de soins
  - Fin de vie
- Respect des aides et des limites des aidants-proches



# La participation des patients

- L'éducation à la santé
  - Prévention des chutes
  - Garder un mobilité
  - Bien s'alimenter
- Les activités de santé communautaire – agir sur les déterminants de la santé
  - Favoriser des liens
  - Groupe de patients diabétiques
  - Estime de soi
  - Bouger



# La subsidiarité, ou l'échelonnement

## Principes du share-care

- Le rôle de chaque professionnel est réfléchi à la lumière du critère d'efficacité et des recommandations de bonnes pratiques
- Des activités peuvent être confiées aux infirmières
  - Suivi de tension artérielle
  - Suivi des soins de plaies
  - Vaccinations
  - Prises de sang
  - L'éducation des diabétiques
  - Invitation aux différents dépistages
- Echelonnement entre la première et la seconde ligne



# La systématisation

- Les échéances de suivi et de prévention sont encodées dans le dossier
- Chaque mois une liste des échéances non exécutées est traitée par le médecin et le patient est rappelé le cas échéant
- Protocole de suivi



# Le travail en équipe, l'interdisciplinarité

- L'interdisciplinarité est un critère de qualité reconnu
  - Parfois plus difficile pour le patient âgé
    - Aura de la fonction du médecin
    - Difficultés de changement de soignants
- Partage de compétences, de responsabilités et de pratiques grâce entre autres à des réunions pluri et mono-disciplinaires où chacun est complémentaire
- Réunion de casuistique





# Le travail en équipe, l'interdisciplinarité

## Réunion de casuistique

- Echanges des savoirs, des compétences, des points de vue,
- Réflexion sur le bien-être du patient
  - animateur
  - Confidentialité
  - Prises en soin problématiques
  - Processus
    - Description du problème
    - Apport d'éléments scientifiques
    - Formulation de la question
    - Solutions et pistes de réflexion : regards différents
    - Réponses satisfaisantes ?
    - Feedback



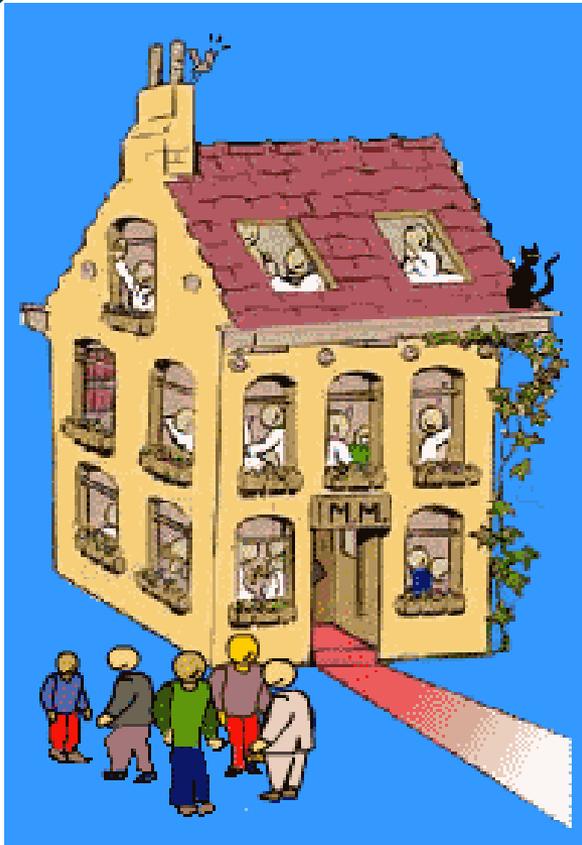


# La satisfaction

- Un regard mutuel sur nos pratiques = source d'amélioration
  - Une coordination facilitée
  - Une efficacité et une cohérence accrue
  - Une sécurité pour les patients et pour les professionnels
  - Un retour positif des patients
- ➔ **Un sens à nos interventions**
- ➔ **Une qualité des soins**



# Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles



## *Les enjeux*



# Les enjeux

## Enjeux politiques

- **Quid des financements en première ligne ?**  
Economies demandées au secteur hospitalier à des conséquences sur la 1e ligne mais sans financement supplémentaire
- **Quid de l'augmentation des problèmes sociaux ?**  
Nous sommes de plus en plus confrontés à des problèmes sociaux : pénurie de soignants, d'aide-familiales, d'assistants sociaux ; patients dans une misère sociale,...
- **Quid des conséquences financières des choix sociétaux ?**  
Maintien au domicile de personnes qui, sans l'investissement des soignants, seraient placés ou hospitalisés



# Déclaration d'alma-ata

« Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ».

(OMS, 1978)



# Déclaration d'alma-ata

*« Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale ».*



**Merci de votre écoute**

Vos questions