

LES MAISONS MEDICALES EN BELGIQUE: LA SANTE DANS TOUS SES ETATS

DR HUBERT JAMART

Département universitaire de médecine générale, Unité de recherche soins primaires et santé
Université de Liège, Avenue Hippocrate 13, 4000 Liège, Belgique hjamart@uliege.be

DRE THÉRÈSE VAN DURME

Institut de recherche santé et société, Université catholique de Louvain, Clos Chapelle-aux-Champs
30.13, 1200 Bruxelles, Belgique therese.vandurme@uclouvain.be

DR JEAN-LUC BELCHE

Département universitaire de médecine générale, Unité de recherche soins primaires et santé
Université de Liège, Avenue Hippocrate 13, 4000 Liège, Belgique jlbelche@uliege.be

Résumé

La fédération des maisons médicales (FMM) regroupe 130 pratiques en Belgique francophone. Elles sont organisées en auto-gestion ce qui confère une certaine égalité entre les travailleurs de l'équipe quant aux décisions prises. Par ailleurs ces structures de soins sont organisées en pratique multidisciplinaire et optent la plupart du temps pour un paiement forfaitaire de leurs prestations. Ce mode de rémunération permet d'augmenter la proactivité, améliorer la prévention et la promotion à la santé qui sont au cœur des défis de la première ligne. La maison médicale de Trooz illustre cette organisation autour du concept central de la santé communautaire. La participation active des patients dans le projet est au cœur des préoccupations pour réaliser une réelle approche centrée sur leurs besoins.

Summary

The federation of community health centres¹ includes 130 practices in French-speaking Belgium. They are organized as self-managed practices, which enables a certain equality between the workers in the team in terms of shared decision. Moreover, these care structures are organized as multidisciplinary teams and most of the time choose a capitation-fee paiement for their services. This method of remuneration makes it possible to increase proactivity and improve prevention and health promotion, which are at the heart of the challenges for primary care. The centre in Trooz illustrates this organization around the concept of community health. The active participation of patients in the project is at the center of the concerns to achieve patient-centred care.

¹ In french : Fédération des maisons médicales (FMM)

Introduction

La Belgique est confrontée à une nécessité de réorganisation des soins en général et des soins primaires en particuliers pour répondre de plus en plus à différents défis(1). Nous constatons un vieillissement de la population de plus en plus marqué, avec l'apparition croissante de pathologies chroniques nombreuses et multiples. Par ailleurs, la population de médecins généralistes est plus âgée et travaille majoritairement en pratique solo, avec un volume horaire important. On observe également une féminisation importante de la nouvelle génération, et une tendance marquée au temps partiel. Lorsque l'on combine ces facteurs, on ne peut que craindre une pénurie annoncée de force de travail. Les solutions pour faire face à ces défis sont multiples. Outre des initiatives favorisant l'augmentation du nombre de médecins généralistes et d'amélioration de l'attrait pour la profession, l'émergence des pratiques de groupe(2) et des pratiques au financement forfaitaire permet une autre organisation du travail qui est susceptible d'améliorer non seulement les conditions de travail mais également la qualité des prises en charge, en particulier pour les personnes cumulant les problèmes de santé et problèmes sociaux(3).

Dans un pays où la liberté d'installation professionnelle prédomine, les médecins généralistes en Belgique se trouvent devant un très grand nombre de choix, mais aussi devant plusieurs obligations. Les pouvoirs publics ont mis en place des incitatifs pour orienter les médecins vers l'une ou l'autre des formules.

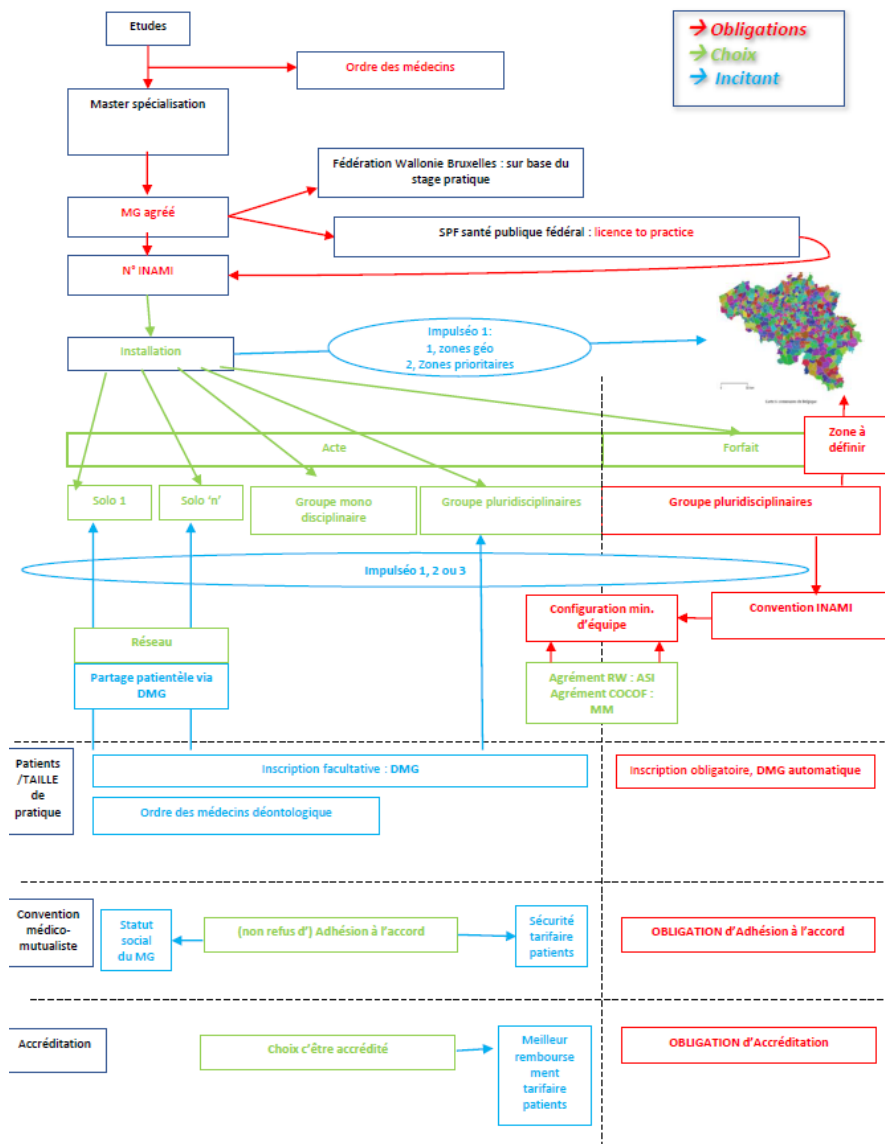
En Belgique on peut décrire essentiellement 5 grands types de pratiques, selon le mode d'organisation et de financement (tableau 1). Notons que les pratiques au forfait compte pour environ 5 à 10% de la population.

Type de pratique	Explications	Mode de financement
Pratique solo	Modèle de collaboration structurée, déclaration du groupe à l'INAMI ² : avantage pour les patients	Pratiques à l'acte
Pratique de groupe monodisciplinaire en réseau		
Pratique de groupe monodisciplinaire sous le même toit		
Pratique de groupe multidisciplinaire		
Pratique de groupe multidisciplinaire		Pratique au forfait à la capitation

Tableau 1 type de pratique de médecine générale en Belgique

La figure 1 situe les obligations, choix et incitatifs concernant la pratique de la médecine générale en Belgique.

² INAMI : Institut National Assurance Maladie



Histoire du projet de la maison médicale Trooz santé

³ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/Pages/dossier-medical-global.asp>

⁵ https://walstat.iweps.be/walstat-fiche-entite.php?entite_id=62122

pratique de groupe, avec un ancrage local et territorial fort, qui doit répondre aux besoins de la population. Un accent particulier est mis sur les aspects de prévention et de promotion à la santé.

Le projet est présenté à l'ensemble des médecins, infirmières et kinésithérapeutes de la commune, individuellement. Ils sont invités à participer au projet s'ils le souhaitent. S'ils saluent le projet et le définissent comme utile et répondant à un besoin ressenti, un seul exprime un souhait d'intégrer le projet mais se raviserait rapidement.

Par ailleurs, différentes autres associations du territoire ont été associées au projet. Il s'agit de l'office national de l'enfance (ONE) (soins préventifs auprès des nourrissons et petite enfance), l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) (santé mentale et réinsertion socioprofessionnelle), la Croix-Rouge de Belgique (dépôt de matériel médical et organisation de formations type premiers secours).

L'équipe est accompagnée par une agence spécialisée en économie sociale. Cette agence offre une aide à la création de l'association : définition des valeurs des membres de l'équipe pour porter le projet, écriture des statuts de l'association sans but lucratif (ASBL), élaboration d'un plan financier. De cette façon, les fondements du projet sont adoptés lors d'une assemblée générale fondatrice en avril 2014. Il faut ensuite organiser et équiper les locaux, officialiser les accords avec les mutuelles pour travailler dans le système du forfait à la capitation, de façon à débiter l'activité clinique le 1^{er} novembre 2014.

La maison médicale couvre le territoire de la commune de Trooz, mais aussi plusieurs communes voisines, soit dans leur intégralité, ou des parties de territoire qui communiquent logiquement les unes avec les autres. A ce jour nous comptons 1304 patients inscrits.

L'équipe rejoint la Fédération des maisons médicales (FMM). Elle adhère de la sorte à sa charte(4), qui décrit le rôle sociétal des maisons médicales, et la volonté de transformer le système de santé pour en améliorer la qualité, l'équité, la justice sociale et un renforcement de la solidarité. Depuis sa création en 1984, la FMM lutte pour : diminuer les inégalités entre les soignants, entre les professionnels et les patients, entre les lignes de soins mais aussi entre les plus précarisés et le reste de la population. Parmi les critères pour être membres de la FMM les ASBL doivent d'ailleurs être organisées sur un mode autogestionnaire. La fédération représente 130 maisons médicales en Wallonie et à Bruxelles ; 2300 travailleurs prennent en charge plus de 300.000 patients. En moyenne 6 nouvelles maisons médicales sont créées chaque année.

Très rapidement un comité de patients a été créé à leur propre initiative. Ce comité permet un dialogue structuré entre les bénéficiaires des services développés par la maison médicale et l'équipe multidisciplinaire.

Gouvernance participative : l'autogestion

L'auto-gestion peut être déclinée de plusieurs façons mais le principe central reste que l'assemblée générale de l'ASBL est majoritairement composée des travailleurs de l'équipe de la maison médicale.

Il s'agit donc d'une gouvernance très horizontale avec un partage du pouvoir entre chaque membre de l'équipe qui reçoit une voix équivalente. Les patients sont également représentés ainsi que les partenaires du projet. Néanmoins, les 2/3 de l'assemblée sont composés des travailleurs de terrain. Les projets d'activités de soins, de promotion à la santé et de prévention sont quant à eux développés au quotidien par l'équipe multidisciplinaire de la maison médicale. Une attention particulière est

portée à la qualité de notre travail que nous avons auto-évaluée en 2018-2019. Ce projet intitulé DEQuaP (Développons Ensemble la Qualité de nos Pratiques) est porté par la FMM via une animatrice externe à l'équipe. DeQuaP permet d'avoir un regard critique global sur le fonctionnement de notre organisation en discutant un certain nombre d'indicateurs choisis au préalable par l'équipe de promotion du projet (tableau 2). Ce travail s'est fait avec la participation des patients. Un regard croisé entre ceux-ci et les travailleurs de l'équipe a permis de définir ensemble les 3 pistes prioritaires : mise en place d'une coordination des cas complexes et du réseau de soins, associer les patients au choix de la taille de la maison médicale (nombre de travailleurs, nombre de patients), mieux faire connaître les valeurs de la maison médicale à l'extérieur. L'équipe a privilégié la première piste (coordination de cas complexes)

THEME	Sous THEMES
Curatif et prévention	1. Prévention : aux de vaccination et dépistage ; habitudes de vie ; psycho-social ; protocoles d'hygiène 2. Maladies chroniques/multimorbidité/problèmes complexes : identification ; suivi/dossier ; suivi/relances 3. Urgences : réponses en journée 4. Sécurité : risque de surmédicalisation/ surprescription ; évènements indésirables et erreurs
Coordination et intégration	5. Interdisciplinarité : soignant de référence ; réunions de concertation ; coordination visites à domicile ; coordination entre secteurs ; balises secret partagé 6. Coordination réseau : leviers et freins ; détection d'hospitalisations évitables
Soins centrés sur la personne	7. Prise en compte de la personne et de ses préférences : littératie ; décision partagée ; respect intimité 8. Approche globale et continue : soins 'tout au long de la vie' ; qualités et priorités de vie ; lien dossier patient 9. Accessibilité : physique ; accueil : confidentialité et convivialité ; économique
La santé dans notre contexte	10. Inégalités sociales en santé : repérage ; actions spécifiques ; stigmatisation/préjugés 11. Nos actions dans le quartier/articulation réseau : priorités spécifiques ; choix des activités ; trous et recouvrement
Dynamique d'équipe	12. Travail en équipe : organigramme ; profils de fonction ; égalité et spécificités ; réunions – locaux dédiés ; réunions – préparation et suivi 13. Bien-être au travail : personne de confiance ; analyse ; mesures prises ; espace de travail
Organisation et fonctionnement de notre maison médicale	14. Acteur de 1^{ère} ligne : Alma Ata 15. Fonctionnement de notre maison médicale : cas « lourds » ; désinscriptions ; protection des données ; formation continue des travailleurs ; règlement de travail et règlement d'ordre intérieur 16. Pouvoir décisionnel : Assemblée générale – composition ; conseil d'administration – composition ; décisions – traces écrites ; participation des patients
Effets de nos actions	17. Satisfaction des patients ; comparaison région/pays ; notoriété
Notre maison médicale, notre projet	18. Vision et valeurs partagées : formalisation ; transmission ; implication des patients.

Tableau 2 thèmes et sous-thèmes développés dans le projet DEQuaP

Financement et population cible

La maison médicale a opté pour un mode de paiement forfaitaire à la capitation, ce qui signifie que notre groupe de professionnels, ayant des profils différents, décide de se faire rémunérer via une somme forfaitaire, sur la base du nombre de patients inscrits et pris en charge.

Il existe alors un système d'inscription obligatoire auprès de ce groupe (ici la maison médicale) qui facture la somme par patient inscrit mensuellement, à l'organisme assureur. Par ailleurs, aucun ticket-modérateur (quote-part patient) n'est demandé aux patients lors des consultations. L'accessibilité financière est dès lors maximale.

La rémunération forfaitaire ne concerne que les soins médicaux, infirmiers et kinésithérapie. La somme reçue est la même pour tout patient inscrit à la maison médicale. Par contre cette somme reçue varie d'une maison médicale à l'autre et dépend du profil de risque de la patientèle dans son ensemble. Des critères spécifiques comme la présence de pathologies chroniques, mais aussi l'âge, indicateurs de santé mentale et sociaux sont pris en compte pour calculer le montant forfaitaire qui sera perçu. A titre indicatif vous pourrez trouver les montants mensuels pour la maison médicale de Trooz dans le tableau 3.

Médecin	Kinésithérapeute	Infirmière
18,31€	8,07€	16,39€

Tableau 3 montants forfaitaires mensuels par patient inscrit à la maison médicale de Trooz au 1^{er} février 2023

La maison médicale accueille tout patient d'un territoire défini, sans sélection de pathologie, d'âge, de sexe ou de statut social. A titre d'exemple, nous avons 560 bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)⁶ ce qui représente un peu plus de 43% de notre patientèle. En comparaison on note que la commune de Trooz compte environ 18,4% de BIM. Par ailleurs, elle reçoit également des patients qui ne bénéficient pas de la couverture obligatoire de soins de santé belge : patients sous statut de réfugié en attente de régularisation, patients dépendants de la Croix-Rouge, etc. Ceux-ci sont financés directement par les institutions dont ils dépendent. Une facture est envoyée vers le ministère de l'intérieur, Croix-Rouge, etc. par l'administration de la maison médicale.

Les professionnels de la santé participent à la continuité des soins pour la patientèle inscrite. Les médecins participent dès lors à la garde de la population en collaboration avec les autres médecins du secteur géographique. Cette garde couvre les jours de semaine de 19h00 à 08h00 le lendemain, ainsi que l'entièreté des week-end et jours fériés.

La maison médicale est par ailleurs reconnue comme Association de Santé Intégrée (ASI) au niveau de la région Wallonne. A ce titre, elle bénéficie d'une subside, ce qui est accompagné d'un certain nombre d'obligations : minimum deux médecins généralistes, un kiné et/ou une infirmière, un accueil et minimum 50 heures d'ouverture par semaine, mais aussi développement de la santé communautaire à destination de toute personne habitant sur le territoire. Cette subside participe à une partie du financement des travailleurs de l'accueil, ainsi qu'une aide financière pour la tenue des réunions de l'équipe multidisciplinaire.

C'est l'ASBL qui reçoit les ressources financières, les prestataires de soins et d'aide sont ensuite rémunérés par elle. L'assemblée générale a fait le choix de salarier tous ses travailleurs, de façon à harmoniser l'ensemble des statuts d'une part, et de collectiviser la contribution à la sécurité sociale d'autre part. En effet, lorsque les cotisations sociales sont payées pour les travailleurs salariés, une partie retourne dans un fonds spécial de la sécurité sociale. Celui-ci est cogéré par les syndicats interprofessionnels et les représentants des organisations patronales (dont la FMM). Ce fonds permet de collectiviser des moyens pour redistribuer à l'ensemble du secteur les moyens pour, par exemple, financer des emplois nouveaux.

L'ensemble des mécanismes de financement de la maison médicale nous aident particulièrement par leur stabilité, et l'indépendance relative au volume d'activité. En effet, l'organisation et les professionnels de santé ne sont pas tributaires du nombre d'actes prestés pour leur financement, et peuvent donc consacrer une partie du temps professionnel pour des activités qui sont en dehors du

⁶ Les bénéficiaires de l'intervention majorée sont des patients qui sont en dessous d'un certain seuil de revenus. Ce statu leur confère une diminution des ticket modérateurs, une amélioration en général de leur accessibilité financière. Il s'agit donc aussi d'un indice de précarité.
<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-plafonds-revenus.aspx>

contact strict avec les patients. Citons par exemple, les contacts téléphoniques et lettres de renvoi vers les spécialistes, des formulaires administratifs d'octroi d'aide financière, l'organisation de campagnes de prévention contre la grippe saisonnière, l'organisation de vaccinations préventives contre la COVID-19. Plus largement ce moyen de financement permet une plus grande implication dans la prévention et la promotion à la santé, mais également les activités liées au fonctionnement de la maison, comme nous le décrivons ci-dessous.

Fonctionnement interprofessionnel

L'équipe de la maison médicale est composée de 16 travailleurs (tableau 2)

Profession	Nombre de travailleurs	ETP ⁷
Médecins + médecins en formation	4	3.2
Infirmière	2	1.4
Kinésithérapeute	2	2
Accueil + <i>partim</i> administratif	3	1.9
Santé communautaire + coordination de cas	1	1
Assistante sociale	1	1
Psychologue	1	0.8
Aide-ménagère	1	0.5
Coordination chantier immobilier	1	0.25

L'équipe dans son ensemble se voit en réunion de coordination chaque semaine pendant deux heures. La première heure est réservée aux discussions des situations cliniques, le reste du temps est consacré aux autres projets, dont les retours du comité de patients, l'échange d'information qui vient de la FMM, etc.

Par ailleurs il y a 2 réunions d'une heure concernant des aspects médicaux techniques qui regroupent

Tableau 2 composition de l'équipe multidisciplinaire

les médecins et de façon régulière les infirmières, kinés et l'assistante sociale.

Les données de santé sont récoltées lors des consultations chez les différents professionnels et partagées dans un dossier patient informatisé commun. Les dossiers sont accessibles par tout professionnel à tout moment, ce qui permet une continuité informationnelle indispensable dans une équipe multiprofessionnelle. Néanmoins, il est demandé à chaque patient de nommer un médecin référent qui est le garant de la gestion du dossier et de la continuité relationnelle (tenue correcte de la médication chronique, des antécédents, des allergies, etc.).

Le travail se fait d'une façon souple et adaptée aux différents contextes. Selon les cas, des consultations conjointes sont organisées en présence du patient, par exemple médecin/psychologue pour des suivis familiaux complexes, des consultations médecin/assistante sociale pour aider dans les démarches administratives complexes.

Par ailleurs, des réunions de concertation sont organisées et, selon les cas, avec le patient s'il le souhaite. Ces réunions sont mises en place par la travailleuse qui s'occupe de la gestion des cas complexes. Elle réunit les différents travailleurs de la maison médicale concernés par la situation et invite des partenaires extérieurs impliqués (services d'aide à domicile, d'infirmières spécialisées dans certaines prises en charge spécifiques (e.a. chimiothérapies à domicile), des aides-familiales, des

⁷ Equivalent temps plein : estimé à 38 heures de travail par semaine

membres de la famille ou aidants-proches). Ces réunions peuvent avoir lieu à différents endroits : au domicile du patient, à la maison médicale, à l'hôpital. Pour illustration, l'exemple récent de prise en charge d'une patiente souffrant de troubles mentaux, où les réunions de concertation se font en alternance à l'hôpital et à la maison médicale. Y participent, outre la patiente, l'équipe hospitalière (psychologue, psychiatre, assistante sociale) et différents travailleurs de la maison médicale (coordinatrice de cas complexes, médecin généraliste, infirmière et assistante sociale). Il faut souligner ce mouvement de l'hôpital vers l'ambulatoire, signe d'un décloisonnement possible des pratiques et une amélioration des soins trans-lignes.

Santé communautaire : entre la prévention et la promotion à la santé

Une spécificité de la maison médicale est la prise en charge de la santé au sens large, en sortant de la logique de relation trop stricte de soins (et donc en lien avec la présence d'une pathologie).

De cette façon, un accent particulier est mis sur plusieurs projets autour de la prévention et de la promotion à la santé par le biais de la santé communautaire. A côté d'une approche individuelle et opportuniste de vaccination lors des consultations (médecins et infirmière), des approches populationnelles et proactives sont organisées.

Il faut souligner que la plupart de ces activités (tableau 3) sont construites avec des représentants des patients. En effet, la participation des bénéficiaires de la maison médicale aux actions de soins fait partie intégrante de notre projet de diminution des inégalités, de rapprochement des savoirs, de tissage de liens, notamment en identifiant les domaines prioritaires pour la population

Autant d'endroits dans lesquels il est possible d'orienter les patients que l'on voit lors des consultations individuelles et pour lesquels une solution médicamenteuse ou hospitalière semble insuffisante.

Intitulé	Contenu	Organisation	Nombre de participants
Au bienvenu	Espace de rencontre communautaire, partage de recettes de cuisine, d'activités artistiques, etc.	Maison médicale, assistante sociale et coordinatrice santé communautaire	10 à 15
Ateliers cuisine	Une personne montre une recette qu'il ou elle a envie d'apprendre aux autres	Maison médicale, coordination santé communautaire	10 (+ liste d'attente)
Soirées débats	Thèmes : pollution des terres cultivables par les métaux lourds, la vaccination, etc.	Comité de patients de la maison médicale	35 à 45
Théâtre	Représentation d'un spectacle de rue ; pièce proposée par un collectif d'une commune voisine	Maison médicale, secteur santé communautaire	20 à 25
Ateliers relaxation	Séances hebdomadaires, se reconnecter à son corps	Psychologue de la maison médicale	8 maximum (+liste d'attente)
Ateliers gymnastique douce	Séances hebdomadaires, bouger tout en respectant ses propres limites	Kinésithérapeute de la maison médicale	10 maximum (+ liste d'attente)
Balades à thèmes	Bouger pour vieillir dans de meilleures conditions	Maison médicale, secteur santé communautaire	8 à 15
Trooz santé école	Promotion de la santé pour les élèves des écoles de la commune	Maison médicale ; ONE ; pôles de promotion à la santé des écoles	90 élèves de 8 à 10 ans

Tableau 3 principales activités de santé communautaires développées par la maison médicale, les patients et les partenaires

Conclusions et perspectives

La construction de la maison médicale s'est faite essentiellement sur une base empirique avec des travailleurs de terrain voulant créer un projet en santé plus qu'un centre de soins. Le système belge permet cette liberté de choix de modalité organisationnelle. Le projet a été soutenu dans son démarrage par le mouvement des maisons médicales en général et la FMM en particulier. Ceci s'est notamment concrétisé par des prêts et dons financiers, ainsi que de l'aide matérielle.

Il faut souligner la similitude entre les objectifs poursuivis par le projet et le quintuple aim(5): en matière de coût, d'amélioration de l'expérience du patient, d'amélioration de la qualité de soins, d'amélioration du vécu des professionnels et finalement une recherche d'équité dans le système de santé.

La gouvernance, le fonctionnement interprofessionnel, le financement et la participation communautaire en font notamment partie et permettent une prise en charge de la santé globale, intégrée, continue et accessible.

Le projet actuel est toujours en phase de croissance. Il met un accent particulier dans la lutte contre les inégalités d'une façon générale et dans les soins de santé en particulier, tout en incluant d'emblée l'accompagnement psycho- social. Par ailleurs il est porté de façon participative par l'ensemble de ses composantes : tant les travailleurs ainsi que le réseau, mais aussi nos bénéficiaires que nous voulons acteurs de leur santé et de leur maison médicale.

La question de l'augmentation de la taille de la population prise en charge est au cœur des préoccupations à l'heure actuelle. En effet, la composition de l'équipe évolue, s'agrandit dans ce souci de continuer à délivrer des soins de qualité, à visage humain et avec des professionnels de santé qui se connaissent les uns et les autres et qui soient épanouis dans leur cadre de travail. A l'origine du projet en 2014, l'équipe avait fixé un objectif moyen de 2500 patients à prendre en charge, correspondant à la moyenne du nombre de patients pris en charge dans ce type de structure (sources : FMM).

Compte tenu de la complexité et de la diversité croissante des problèmes pris en charge, de la gamme d'offre nécessaire pour y répondre correctement, un chiffre déterminé et immuable n'est sans doute pas pertinent. Cette cible devra tenir d'avantage compte des aspects de morbidité (bio, psycho et sociale), du paquet de service attendu mais aussi de l'intensité de l'accompagnement par notre maison médicale pour y répondre. C'est alors que l'on pourra déterminer plus précisément la composition de l'équipe pluriprofessionnelle avec les compétences requises pour réaliser la prise en charge de la santé optimale.

Les quatre points à retenir pour la pratique :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Travailler en pratique multidisciplinaire correspond aux défis actuels des soins de première ligne2. Financement forfaitaire adapté aux pratiques (prévention, promotion à la santé)3. Démocratie participative et auto-gestion dans l'équipe comme valeur centrale du projet4. La participation communautaire dans la définition des objectifs du projet et de sa gouvernance |
|--|

REFERENCES :

1. Vandenbroucke MF. Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste VERS UN NEW DEAL POUR LE (CABINET DE) MÉDECIN GÉNÉRALISTE Table des matières. 2022;
2. Missine S, Luyten Sarah. Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? 2018.
3. Boutsen AM, Camilotti G, Zinno T Di, Pirson A, Cutsem P Van, Vervoort K. Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en

Belgique : une mise à jour. 2017;1–126.

4. Fédération des Maisons Médicales. La charte des Maisons médicales. 2006;1–24. Available from: <http://www.maisonmedicale.org/La-charte-des-maisons-medicales-406.html>
5. Bodenheimer T, Sinsky C. The Quintuple Aim for Health Care Improvement A New Imperative to Advance Health Equity. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573–6.