

Les maisons médicales en Belgique : des soins différents ?

LES PIONNIERS

C'est à Tournai, en 1970, que la première équipe pluridisciplinaire de santé (trois médecins généralistes, une infirmière) s'est constituée; en novembre 1971, ils publiaient les statuts innovants de "maison médicale" au Moniteur. La maison médicale de Seraing s'est constituée en ASBL dans la même période.

Parallèlement en Flandre, à Hoboken ①, les docteurs Kris Merckx et Michel Leyers s'étaient engagés comme étudiants aux côtés du parti Amada ②. Ils avaient rencontré des ouvriers des chantiers navals et des mineurs limbourgeois, et avaient été heurtés par les problèmes de santé et les conditions de travail. Ils ont donc commencé leur travail à deux, en janvier 1971, en se fixant trois objectifs : offrir des soins médicaux gratuits et de qualité; interférer sur les causes sociales de nombreuses maladies; lutter contre les conditions de vie et de travail malsaines, contre la mauvaise alimentation, contre la pauvreté...); associer le travail médical à l'engagement politique.

Pour que les soins soient gratuits, ils ont décidé de ne pas réclamer le ticket modérateur ③, de façon à ce que les patients soient complètement remboursés. Pour offrir des soins de qualité, ils se sont attachés à travailler en groupe, pour assurer des soins continus ④. Ils ont veillé aussi à consacrer suffisamment de temps par consultation (20 minutes minimum), à tenir correctement les dossiers des patients, à poursuivre leur formation continue. Tout cela n'est

CHACUN CONNAÎT UNE MAISON MÉDICALE PRÈS DE CHEZ SOI: IL Y EN A ACTUELLEMENT UNE CENTAINE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ⑤ ET UNE TRENTAINE EN COMMUNAUTÉ FLAMANDE ⑥. ELLES SONT APPARUES EN BELGIQUE AU DÉBUT DES ANNÉES 1970. CET ARTICLE A POUR AMBITION DE VOUS EN FAIRE MIEUX CONNAÎTRE ET APPRÉCIER LES SPÉCIFICITÉS. CAR LES MAISONS MÉDICALES SONT BIEN PLUS QU'UN LIEU OÙ TRAVAILLENT PLUSIEURS PRATICIENS DE LA SANTÉ. POUR BIEN COMPRENDRE CE QUI DIFFÉRENCIE LES MAISONS MÉDICALES DES SOINS TRADITIONNELS, IL EST IMPORTANT DE REVENIR AUSSI SUR LEUR HISTOIRE.

/ Ghislaine de Smet
CSCE

évidemment pas une exclusivité des médecins travaillant en maison médicale; de nombreux médecins traditionnels appliquent ces principes, mais ils ne travaillent pas en équipe, ce qui est moins efficace pour la continuité et la globalité des soins.

C'était à l'époque tout à fait révolutionnaire: en décembre 1971, en réaction à leurs pratiques, les médecins de Hoboken avaient déposé une plainte contre la maison médicale à l'Ordre des médecins: "... ces tarifs bradés constituent une publicité malsaine, un moyen de recruter des patients et de faire le jeu de la surconsommation. À l'issue de l'examen médical, les docteurs Leyers et Merckx se servent de la relation médecin-patient pour encenser le régime politique qu'ils prônent..." Il fallut plus de 7

ans pour clore le combat contre l'Ordre des médecins ⑦, et pour qu'ils puissent continuer leur travail comme ils l'entendaient. "Médecine pour le peuple" ⑧ est constituée aujourd'hui de 11 maisons médicales, dont 5 en Communauté française.

LES MAISONS MÉDICALES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

À Tournai et à Seraing en 1971, puis à Molenbeek (Bruxelles) en 1972 ⑨, elles ont été fondées sur un modèle de contestation sociale et d'autogestion ⑩. Leurs principes de fonctionnement étaient aussi novateurs: pas de hiérarchie des fonctions au sein des équipes, revendication de l'accès à des soins de qualité pour tous, prise en compte de toute la population. Le mouvement des maisons médicales du côté francophone n'a pas

voulu associer directement le travail médical à la militance politique ⑪, même si la démarche était le fait de soignants très engagés. Les modes d'organisation des maisons médicales différaient, il s'agissait d'une période d'expérimentation.

Leurs objectifs étaient communs, fondés sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice, de respect des différences. Ces projets ont essayé d'appliquer ces valeurs à leur fonctionnement interne et dans leurs relations avec les usagers, pour arriver à dispenser des soins de première ligne accessibles (financièrement, géographiquement, culturellement), continus (permanence des soins), en travaillant de façon coordonnée entre les différents soignants (médecins, in-



firmières, kinés, dentistes, parfois aussi travailleurs sociaux, psychologues, etc.), avec des réunions d'équipe et le souci d'offrir des soins et des services de qualité. Ces objectifs s'inscrivaient dans un nouveau concept des soins de santé, concrétisé en 1978 dans la déclaration d'Alma-Ata.

LA DÉCLARATION D'ALMA-ATA SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Le 12 septembre 1978, cette déclaration **1** est publiée à l'issue de la Conférence des Nations unies sur les soins de santé primaires. Le 1^{er} paragraphe définit les objectifs des soins de santé de base: "La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie

ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé."

L'offre traditionnelle des soins de santé ne peut relever ce défi. Le mouvement des maisons médicales s'inscrivait donc directement dans cette nouvelle approche de la santé. Au 4^e paragraphe, il est également précisé que "tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés". Cette responsabilisation des personnes dans l'amélioration de leur santé

fait également partie des objectifs des maisons médicales.

Dans le 7^e paragraphe, d'autres caractéristiques des soins de santé primaires sont explicitées:

"Les soins de santé primaires: [...]

- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;

- comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et

infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels; [...]

- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis; [...]"

À la lecture de cette déclaration, il est facile de comprendre que l'apparition des maisons médicales en Belgique s'est inscrite dans une vaste prise de conscience de tous les facteurs intervenant dans le niveau de santé de la popu- →

→ lation et dans la recherche d'une offre de soins alternative, capable de mieux répondre à ces différents enjeux.

L'OBTENTION DU FINANCEMENT AU FORFAIT ET D'UN CADRE LÉGISLATIF

En 1981, après neuf ans de bouillonnement, d'expérimentation, de contestation, les maisons médicales en Communauté française ont constitué une fédération, la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones. Cela a permis d'entrer dans une phase de consolidation et de rechercher un mode de financement plus adapté aux objectifs et au mode de fonctionnement, notamment en matière d'actions préventives et de santé communautaire. Les maisons médicales sont ainsi devenues un interlocuteur politique et des acteurs des soins de santé primaires au sein du système de santé.

La création de la Fédération des maisons médicales a permis de lancer les négociations avec l'INAMI pour obtenir un mode de financement forfaitaire. En juillet 1984, ces négociations ont abouti à la conclusion d'accords créant le forfait à la capitation: pour chaque personne qui signe un contrat avec une maison médicale, la mutuelle verse à celle-ci un montant qui correspond au coût mensuel moyen d'un assuré. Ce montant varie suivant le statut social du patient (assuré ordinaire ou Vipo) et suivant la qualité du

prestataire de soins (médecin, infirmier, kiné). En 1990, le forfait a été revalorisé, pour être plus adapté aux besoins des maisons médicales. En effet, les premières expériences avaient démontré que les maisons médicales arrivaient à faire des économies à la sécurité sociale, car les personnes soignées en maison médicale consultaient moins en médecine spécialisée. De plus, il avait été observé que les maisons médicales prenaient proportionnellement en charge des personnes plus défavorisées, qui sont plus souvent malades et vont donc plus souvent à la consultation.

Mais le financement au forfait ne suffit pas pour couvrir l'ensemble des coûts des maisons médicales (personnel d'accueil, de gestion, matériel d'animation, etc.), car le forfait correspond au coût des soins. Il était donc important de rechercher un cadre législatif pour permettre l'obtention de subsides. Il fallut attendre le 29 mars 1993 pour qu'un cadre législatif soit enfin établi, après des négociations entre la Fédération des maisons médicales et les syndicats médicaux, les mutuelles, les acteurs de soins à domicile et le pouvoir politique. Ce décret définit les caractéristiques et les missions des maisons médicales et reconnaît la Fédération comme coordinateur du secteur et interlocuteur privilégié. La Région wallonne et la Région bruxelloise subventionnent donc également la Fédération des maisons médicales.

LES MAISONS MÉDICALES AUJOURD'HUI

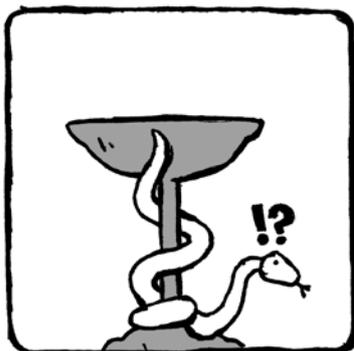
Une maison médicale, c'est un centre de santé intégré créé à l'initiative de médecins généralistes, de kinésithérapeutes, d'infirmier (ère) s... Certaines maisons médicales étoffent leur équipe de dentistes, psychologues, travailleurs sociaux et diététiciens. Leurs actions visent à une approche globale, intégrant soins et démarches préventives de santé. Le travail en équipe permet de coordonner les interventions des différents prestataires pour une meilleure qualité des soins et une plus grande efficacité.

Des accueillant(e)s écoutent et répondent aux demandes, gèrent les rendez-vous, font le lien entre le patient et l'équipe des travailleurs en soins de santé. Une maison médicale est un lieu proche de la population où il est possible de trouver également de l'information (médicale et sociale). L'équipe y est le relais de campagnes de prévention et peut proposer des activités relatives à la santé au-delà de la préoccupation curative: elle s'appuie sur une dynamique de participation communautaire et cherche à développer l'autonomie des individus dans la prise en charge des problèmes de santé. Les valeurs auxquelles sont attachées les maisons médicales associent la convivialité, la solidarité et la justice sociale, la qualité des soins, la responsabilisation des gens par rapport à leur état de santé.

Il y a actuellement une centaine de maisons médicales en Communauté française, dont 85 font partie de la Fédération des maisons médicales. Plus de 1 000 personnes y travaillent. La gestion de telles équipes nécessite le plus souvent un manager qui gère les salaires, les contrats, l'organisation des congés, les inscriptions des patients, les relations avec les mutuelles, etc. Les trois quarts des maisons médicales sont financées au forfait; les soignants des autres maisons médicales continuent à être rémunérés à l'acte, en pratiquant le tiers-payant dans certains cas.

Les maisons médicales de "Médecine pour le peuple" (MPLP) ont leur propre réseau et leur propre mode de fonctionnement. Elles visent bien sûr également à offrir des soins de santé intégrés, mais vont beaucoup plus loin dans leur engagement politique. La majorité de leurs collaborateurs et de leurs bénévoles sont membres du PTB/PVDA. Leurs médecins débutent avec un salaire net d'environ 1 500 euros et une indemnité pour leur voiture. Ce salaire net monte à 2 100 ou 2 500 euros, selon leur situation familiale, en fin de carrière. Ainsi, leurs médecins continuent à partager les conditions de vie des travailleurs, tout en contribuant financièrement au projet médico-social et politique de MPLP. Le fait de vivre avec un salaire moyen renforce leur solidarité, car leur propre situation leur fait comprendre les

Les médicamenteurs



et la fièvre du profit

difficultés quotidiennes quand le coût de la vie augmente... Cela les aide à conseiller les patients. Les bénévoles de MPLP font aussi bénéficier le projet de leurs compétences: travaux de toiture, peinture, carrelage, charpente, électricité, etc. Toutes ces aides ont permis à MPLP d'accueillir à présent les patients dans des bâtiments confortables et rénovés. Notons cependant que le fait d'associer directement l'offre de soins à de la propagande politique reste toujours controversé.

LA SANTÉ POUR TOUS EN L'AN 2000...

Force est de constater que cet objectif annoncé en 1978 à l'occasion de la Conférence d'Alma-Ata est toujours loin d'être atteint... Comme le soulignait la Conférence, la bonne santé est le fruit d'un ensemble de facteurs socio-économiques et ne dépend pas uniquement des soins de santé. Dans le contexte de crise que nous connaissons, le bien-être pour tous semble encore bien loin et les pistes proposées à Alma-Ata sont plus que jamais d'actualité. À l'heure de la croissance exponentielle du coût des soins de santé, il est indispensable que les soins de santé primaires deviennent un objectif prioritaire, pour optimiser les ressources et améliorer tous ensemble notre santé.

Les maisons médicales, comme centres de santé intégrés, constituent actuellement le modèle le plus proche des soins de santé primaires dans notre pays. Le rassemblement en un même lieu rend la coordination entre les différents professionnels plus facile. La présence de la Fédération des maisons médicales permet aussi d'évaluer sans cesse les modes de travail, d'enrichir les expériences des uns et des autres par des rencontres régulières, d'être en lien avec d'autres modèles de soins de santé primaires au niveau international. Grâce à elle, le mouvement des maisons médicales conserve un grand dynamisme. Mais le fonctionnement de grosses structures

et la vie en équipe peuvent créer des difficultés, qui demandent beaucoup d'énergie pour être résolues, parfois au détriment du projet lui-même.

Les objectifs des soins de santé primaires pourraient aussi être atteints par la coordination des intervenants de première ligne, médecins généralistes, services infirmiers, kinésithérapeutes, centres de santé mentale, services sociaux et juridiques, etc. Mais les coordinations existant à ce jour sont des structures plus lourdes encore que les maisons médicales et sont très loin d'y arriver. Nous avons également essayé de créer une dynamique de ce type à un niveau local, à Laeken centre (Bruxelles), à la fin des années 1990, mais nous nous sommes heurtés au manque de disponibilité des uns et des autres pour venir aux réunions, au manque d'outils de communication à distance pour nous coordonner au quotidien. Le travail en réseau est une démarche potentiellement très intéressante, qui pourrait être mis en place grâce aux nouvelles technologies de communication. Cela placerait aussi les soins de santé à une plus juste place. Dans les maisons médicales, les soins de santé sont à l'avant-plan, alors que les services sociaux, juridiques, syndicaux et autres peuvent être plus importants dans l'amélioration du bien-être. L'accès aux soins de santé primaires est l'une des facettes des droits économiques et sociaux... On en revient toujours à notre combat commun pour la solidarité, contre l'exclusion! ■

A Dont 85 font partie de la Fédération des maisons médicales, voir <http://www.maisonmedicale.org>

B Voir <http://www.vwgc.be>

C Kris Merckx, "Médecin du peuple", voir présentation dans Ensemble n°67, page 86.

D Alle Macht aan de Arbeiders, fondé en 1970; ce parti est devenu le PTB/PVDA.

E Le ticket modérateur correspond à la différence entre le prix conventionné de la consultation (prix officiel négocié entre

médecins et mutuelles) et le prix remboursé par l'INAMI. Il est dit "modérateur" car il est censé freiner la surconsommation médicale éventuelle.

F Le travail en groupe permet une plus grande accessibilité horaire ainsi que l'accès aux renseignements médicaux des patients par le partage des dossiers: c'était tout à fait inédit à l'époque.

G Tous les détails de ce combat sont décrits dans "Médecin du peuple", op cit.

H Voir site: <http://mplp.be>

I Jacques Morel, "Les Maisons médicales en Belgique", avril 1999; http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/article_prevenir_.pdf

J voir Charte des maisons médicales, contexte: <http://www.maisonmedicale.org/leur-charte-leurs-valeurs.html>

K Les maisons médicales "Médecine pour le peuple" sont directement liées au PTB/PVDA.

L Texte complet voir: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html

M Jacques Morel, "Les Maisons médicales en Belgique", op cit.

N Les maisons médicales s'étaient aussi rapprochées à l'occasion de la grève des médecins de décembre 1979, une grève corporatiste à laquelle elles s'étaient opposées en continuant à assurer les soins.

O FMMCSF, voir site: <http://www.maisonmedicale.org>

P Voir exposé de Dominique Pestiaux, présenté au Forum national sur les soins de santé primaires, Rabat, avril 2009, http://www.emro.who.int/morocco/docs/fr/2009_spp_Pestiaux3.pdf

Q Par ce contrat, le patient décide de venir se faire soigner à la maison médicale; il ne devra plus payer ses consultations. La maison médicale s'engage à fournir aux personnes inscrites les prestations de médecine générale, les soins infirmiers et de kinésithérapie. Si la personne consulte ailleurs, elle ne sera pas remboursée par la mutuelle.

R Présentation voir site de la Fédération des maisons médicales: <http://www.maisonmedicale.org>

S Voir Charte des maisons médicales, <http://www.maisonmedicale.org/leur-charte-leurs-valeurs.html>

T Les soignants envoient leurs attestations de soins aux mutuelles pour percevoir la part remboursée par l'INAMI; les patients payent (ou non) le ticket modérateur.

U "Médecin du peuple", Kris Merckx, op cit.; site <http://mplp.be>

V La majorité des maisons médicales MPLP en Communauté française font également partie de la Fédération des maisons médicales.

W Car le montant perçu pour leur travail (par le forfait ou le paiement à l'acte) est supérieur à leur salaire.