



Les maisons médicales : transformation ? Innovation ? Institutionnalisation ?

Par Ingrid Muller¹

Cette photographie et les suivantes :
*Conférence internationale sur les soins de santé primaire
à Alma-Ata (Kazakhstan) en septembre 1978.*
© World Health Organization.

Depuis le début de leur existence, à l'aube des années 1970 en Belgique, les maisons médicales ne laissent pas indifférent le monde de la médecine générale. Décrites par les uns, appréciées par les autres, elles ont régulièrement fait l'objet d'attaques sur leurs modes d'organisation ou encore sur leur mode de financement particulier : le forfait. Jean-Louis Debatty² rappelait pour exemple un communiqué de presse de septembre 2008, le docteur Roland Lemye, à l'époque président de l'Absym (Association belge des syndicats médicaux), se livrait à une attaque en règle contre le système de la médecine au forfait. N'y allant pas de main morte, il accusait les maisons médicales de « conflit d'intérêt incompatible avec l'éthique médicale », arguant du fait que faisant moins recourir à des examens et à des hospitalisations, « elles se paient avec ce qu'elles refusent [sic!] aux malades »³. Au grand jour s'étalait le différend idéologique entre deux logiques, celle de la médecine à l'acte, ou médecine libérale, et la logique de la médecine au forfait⁴ dont on trouve la première mention dès 1945.

Car ce système n'est pas tout droit sorti de l'imagination (débordante s'il en est) des fondateurs de maisons médicales. Il existait déjà en germe dans la réflexion du monde politique belge. En effet, l'arrêt du régent de 1945 préconisait déjà l'utilisation du mode de paiement forfaitaire. Le principe sera repris en 1950 par le Congrès des Mutualités socialistes. Il est finalement inscrit dans sa forme actuelle dans la loi Leburton de 1963⁵.

Le système de financement au forfait est cependant loin d'être la seule caractéristique du « modèle » des maisons médicales. Ainsi, leur mode d'organisation en équipes pluridisciplinaires non hiérarchisées entend agir sur la santé de manière globale en soutenant la participation des patients à la gestion de leur santé. Ces principes sont directement inspirés des Conférences Internationales que l'Organisation Mondiale de la Santé a tenues en 1946, 1978 et 1986 (et qui ont respectivement été consacrées à la santé, aux soins de santé primaires et à la promotion de la santé).

Alors dans ce cas, pourquoi les maisons médicales dès leurs débuts, ont-elles focalisé toutes sortes de critiques ? Ces réactions sont-elles plus ou moins virulentes aujourd'hui ? Pourquoi ?

¹ Coordinatrice de projets à l'Inter Groupe Liégeois des maisons médicales et animatrice à la Fédération des maisons médicales.

² Journaliste à *La Wallonie*, puis au *Matin*, usager de maison médicale, bénévole à l'IHOES, il a collaboré au projet de cette analyse avant son décès en 2013.

³ *Coût de la médecine à l'acte et au forfait : certainement pas kif-kif*, communiqué de presse de l'Absym, 16 septembre 2008.

[URL : <http://www.absym-bvas.be/downloads/krnlw/compresse080916.pdf>.]

⁴ Voir encart ci-dessous.

⁵ Pierre Grippa, « Le forfait. Acte ou forfait ? », *Santé Conjugée*, n° 3, janvier 1998, p. 38.

Une histoire ancrée dans une volonté de transformation

En Belgique, grâce aux conquêtes du mouvement ouvrier, les soins de santé sont partiellement pris en charge via la sécurité sociale. Dès 1948, les pouvoirs publics se rendent compte que les coûts des soins de santé dépassent les ressources financières disponibles. Au début des années 1960, le pouvoir politique s'organise pour mettre sur pied une véritable politique de santé. Le ministre de la Prévoyance sociale de l'époque, Edmond Leburton, propose une loi qui veut imposer aux médecins de signer un contrat avec les mutuelles afin de régler leurs honoraires qui jusqu'alors sont totalement libres (c'est-à-dire uniquement déterminés par le corps médical). En colère, ils rétorquent que cette loi nuit à la liberté thérapeutique. Pour la toute première fois de l'histoire, les médecins partent en grève pour faire pression sur les décideurs politiques⁶.

L'année 1964 voit, par ailleurs, la naissance de ce que l'on qualifierait aujourd'hui de mouvement alternatif, le Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine (GERM) qui réunira jusqu'à environ 300 acteurs de la santé (professionnels et issus de la société civile). Le GERM défend lui aussi la nécessité de concevoir une autre politique de santé en Belgique, remettant en question ce qu'il qualifie de « désordre établi » en la matière. En 1971, dans un cahier de *La Revue nouvelle*, il propose de l'axer autour de cinq lignes de force qui peuvent être résumées comme suit⁷ :

1. *Promouvoir la santé de la population en s'appuyant sur une participation effective de la communauté et des individus aux prises de décisions à tous les échelons. La compétence technique ne peut assurer à celui qui la possède un monopole [...] de prise de décision. Il doit surtout se consacrer à fournir une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision.*
2. *L'organisation médico-sanitaire doit tenir compte du contexte socio-économique et culturel général. Cette proposition remet en question une logique de compétitions qui existait entre secteurs de la santé pour leur financement et implique que l'attribution des moyens publics soit arbitrée sur base d'une évaluation du « bénéfice santé » pour la population avant tout...*
3. *L'organisation du service de santé doit être conçue de façon à répondre aux besoins de santé de toute la population [...]. [Elle doit] tendre à supprimer tous les obstacles [de l'accès à la santé, qu'ils soient] financiers, psychologiques, sociaux et autres...*
4. *Les mesures de santé doivent résulter d'études conduites selon des méthodes scientifiques. [...] [L'évaluation de l'organisation médico-sanitaire] doit toujours être faite en fonction d'un objectif « santé »...*
5. *L'action sanitaire doit tendre à la libération de l'individu de toute servitude, plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médicosanitaire.*

En application de ces cinq options, le GERM promeut la médecine de groupe comme alternative à la pratique libérale solo. Il élabore le modèle de Centre de santé intégré (CSI) comme une structure de proximité, composé d'une équipe pluridisciplinaire fonctionnant de manière égalitaire. Une série de ces propositions dérangent quelque peu le « désordre établi ».

En 1978, la conférence internationale sur les soins de santé primaires rassemble les pays membres de l'ONU à Alma-Ata (Kazakhstan). Il y est affirmé que les inégalités concernant la situation sanitaire tant entre pays développés et en développement, qu'au sein des pays eux-mêmes sont inacceptables tant sur les plans politique, social et même économique. La santé des peuples est considérée comme un moyen de progrès économique et social, de meilleure qualité de la vie, de paix mondiale.

Pour répondre à ces enjeux, les représentants des pays déclarent que les gouvernements doivent donner à tous les peuples un niveau de santé permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Pour ce faire, il convient de développer des soins de santé primaires. Ceux-ci sont définis comme « *le premier niveau de contact 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.* »⁸

⁶ Voir notamment le reportage de Raoul Goulard, *La première grève des médecins*, diffusé le 22 janvier 1964 dans l'émission « 9.000.000 » de la RTB (sans le F à l'époque). [URL : <http://www.sonuma.be/archive/la-premi%C3%A8re-gr%C3%A8ve-des-m%C3%A9decins>.]

⁷ Dossier « Pour une politique de santé », *La Revue nouvelle* 1971, p. 246 à 253.

⁸ *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*, 12 septembre 1978.

[URL : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.]

Dans la déclaration d'Alma Ata, on trouve en germe les conditions nécessaires à la qualité de l'organisation médicosanitaire définies par le Dr Pierre Mercenier dans le dossier du GERM en 1971 :

- La globalité des soins, c'est-à-dire qui *tiennent compte de toutes les dimensions de l'individu*.
- L'intégration des actions curatives, préventives, de surveillance et de réhabilitation.
- La continuité des soins qui *consiste à prendre en charge la responsabilité sanitaire d'un individu de sa naissance à sa mort*.
- L'accessibilité géographique aux soins primaires, mais aussi l'accessibilité à tous les niveaux ou échelons⁹ du système de soins en fonction des besoins du patient.

C'est dans ce contexte que dès 1972, les premières maisons médicales voient le jour, à l'initiative de jeunes médecins qui désirent (déjà) « un autre monde » et/ou qui envisagent leur pratique sous l'angle d'une certaine modernité. À Tournai, Seraing et Bruxelles, il s'agit de mettre en œuvre le modèle innovant de centre de santé intégré, de proximité, apte à prendre en charge les problèmes de santé généraux de la population sur un territoire donné. Ces centres, en relation avec le GERM, et après lui, en se rassemblant au sein de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, visent également à soutenir pratiquement l'évolution d'un système de santé échelonné dont chaque échelon serait accessible en fonction des besoins de la population et articulés entre eux.

Dans les zones urbaines où elles se développent (à Bruxelles, Liège et Charleroi notamment), les maisons médicales visent à répondre à l'objectif d'accessibilité des services sur les plans géographiques et culturels en proposant la prise en charge des problèmes de santé de la population de manière globale grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Les actions de prévention sont permises grâce à cette même collaboration pluridisciplinaire ainsi que l'inscription dans un réseau de services psycho médicaux et culturels.

L'ÉCHELONNEMENT

L'échelonnement suppose que le parcours du patient dans le système de soins est hiérarchisé, c'est-à-dire que l'on passe successivement de la première ligne à la deuxième et ainsi de suite.

Classiquement, on définit trois (ou quatre) échelons :

- la première ligne (médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier, etc.), qui est globale et peu spécialisée ;
- la deuxième ligne (médecin spécialiste, kinésithérapeute spécialisée, ...) qui peut se rencontrer en ambulatoire, ou qui est semi intégrée à un hôpital ;
- la troisième ligne qui comprend les hôpitaux généraux (dans certains textes, les deuxième et troisième lignes n'en forment qu'une, la deuxième) ;
- la quatrième (ou troisième) ligne qui comporte les hôpitaux universitaires et assimilés.¹⁰

Mais qu'est-ce qui coince dans le développement du modèle du CSI ?

En 1981 Monique Van Dormael, sociologue de la santé, publie dans les *Cahiers du GERM* un travail intitulé « Le Centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires »¹¹. Croisant les analyses du GERM publiées en 1971 avec une observation des pratiques des maisons médicales créées depuis, elle revient en détail sur les fonctions d'un CSI et les critères de qualité qui orientent son action au sein d'un système échelonné. Ce travail constitue un document de référence encore aujourd'hui pour la Fédération des maisons médicales.

Y sont décrits quatre obstacles à la réalisation du centre de santé intégré :

1. L'incohérence du système de soins de santé

À ce moment, le principe d'échelonnement sur base de fonctions spécifiques aux services de base (médecins généralistes, soins primaires...) et aux services spécialisés (médecins spécialisés, hôpitaux...) n'existe ni dans l'organisation des soins, ni bien souvent dans les mentalités. L'accent placé pendant des années en Belgique sur les services spécialisés a produit un déséquilibre numérique entre services de base et services spécialisés. L'offre a créé la demande. Par ailleurs, l'organisation démantelée des services de base a généré, elle aussi, une confusion pour les patients notamment face aux multiples portes d'entrée possibles au niveau des soins de base même. De plus, la désarticulation des services médicaux, psychologiques et sociaux ne facilite pas la coordination de la prise en charge d'un même patient.

⁹ Voir définition de l'échelonnement dans l'encart.

¹⁰ Pierre Drielsma, « L'échelonnement : pourquoi, comment ? », *Santé Conjugée*, n°13, juillet 2000.

¹¹ Monique Van Dormael, « 1981 : Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires », *Cahier du GERM*, n°152, décembre 1981, p. 26 à 32. [URL : <http://www.maisonmedicale.org/-1981-.html>.]

2. Le mode de paiement à l'acte

M. Van Dormael explique que dans le pays, le système de santé est centré sur la dimension curative du soin et ne prend pas en compte les activités de prévention et d'éducation à la santé proposées par un centre de santé intégré (non financées par l'INAMI). Ce type d'activités soutenant la prise en charge autonome du patient et pouvant les conduire à finalement moins consulter, peuvent être considérées comme nuisibles à la rentabilité de l'activité médicale traditionnelle.

La sociologue considère que le paiement à l'acte handicape la continuité des soins car toute invitation du médecin à faire venir ou revenir le patient en consultation pour sa santé peut être perçue comme une tentative d'améliorer ses propres revenus.

À l'époque, le travail d'accueil des travailleurs sociaux et des psychologues n'est pas soutenu financièrement, alors que, dans le modèle de centre de santé intégré, il contribue également, via l'interdisciplinarité, à la qualité des soins et donc à la santé de la population.

Dans les CSI, un système d'abonnement est privilégié pour permettre de lier la rémunération de l'équipe de soins au nombre de patients qu'elle prend en charge dans sa globalité. Par ce biais, on vise à l'efficacité et à la promotion de la santé.



3. La formation des travailleurs de santé

Dans l'étude de 1981, il est aussi souligné que la formation théorique et pratique des futurs soignants se déroule souvent dans des milieux spécialisés et qu'ils sont donc formés dans cette optique, *nécessairement morcelée*. Le cursus privilégie l'approche de la maladie et aborde peu les aspects de prévention. Il ne comprend pas d'approche de la globalité, de l'interdisciplinarité et des compétences relationnelles. Dans l'approche spécialisée, la question de la continuité des soins ne se pose pas de la même manière qu'en médecine générale (où le soignant suit le patient « tout au long de sa vie »). De plus, les maisons médicales fonctionnent de manière non hiérarchisée. Ce choix vise à soutenir tant la collaboration pluridisciplinaire des professionnels de l'équipe que la participation des usagers. Au sein d'une maison médicale, tout un chacun a ainsi la possibilité de participer aux décisions relatives aux priorités de santé. Ces aspects sont absents de la formation des soignants.

4. Les obstacles d'ordre socio-culturels

Le modèle de CSI repose notamment sur la participation de la population à la prise en charge de sa santé. Or, la majorité de la population n'est a priori pas demandeuse d'y participer, ses attentes sont plutôt centrées sur la consommation de soins. Monique Van Dormael identifie dans le comportement des soignants, l'origine d'une abdication des usagers face à la médecine ; comportements eux-mêmes dictés par un manque de tradition du partage du savoir médical. À cela s'ajoute que la maladie suscite de l'angoisse et donc pour l'utilisateur, il est rassurant de s'en remettre à un avis autorisé, fondé par son approche techno scientifique, qui met dans l'ombre l'approche globale de l'équipe pluridisciplinaire.

Quant aux notions de participation de la population aux prises de décisions concernant les priorités de santé, et d'équipe non hiérarchisée, elles sont en contradiction avec les modèles dominants dans la société.

Des conquis et des acquis...

Dans l'esprit des fondateurs du mouvement des maisons médicales, il s'agissait donc de mettre en œuvre des pratiques utiles à la santé de la population. Parmi les obstacles identifiés par Monique Van Dormael, le premier sur lequel le mouvement des maisons médicales a eu l'occasion de travailler est le financement au forfait. En 2004, à l'occasion de l'anniversaire de la première maison médicale au forfait, le Dr Marc Dujardin¹² racontait les conditions qui ont permis de mener au niveau politique et de faire aboutir les négociations en faveur de la reconnaissance de ce mode de financement alternatif des soins de première ligne en Belgique.

Cela se passe en 1980 alors que de nouvelles mesures visant à instaurer un contrôle démocratique sur les dépenses en soins de santé sont prises au niveau gouvernemental. C'est dans ce contexte que les chambres syndicales du Dr André Wynen¹³ organisent la seconde grève des médecins pour revendiquer leur autonomie d'action par rapport aux pouvoirs publics. Un petit groupe de médecins favorables aux mesures prônées par le gouvernement, instituent alors le Comité

LE FINANCEMENT À L'ACTE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit du système traditionnel. Le patient paie le prix de la visite ou de l'acte technique, en fonction des tarifs convenus par la convention médico-mutualiste. Le patient est ensuite remboursé par son organisme assureur. Ce qui reste à charge du patient est le ticket modérateur.

ET LE FINANCEMENT AU FORFAIT ?

C'est le système de financement que la majorité des maisons médicales a choisi. Ce système se base sur un contrat tripartite qui lie une maison médicale, le patient et sa mutuelle. Le patient s'engage à s'adresser exclusivement à sa maison médicale pour les soins de médecine générale (M), kiné (K) et infirmiers (I). La maison médicale s'engage à fournir au patient tous les soins M-K-I dont le patient a et aura besoin. En contrepartie, la mutuelle du patient s'engage à verser un forfait mensuel à la maison médicale, lui permettant de financer complètement les soins dont le patient bénéficie. Pour être inscrit dans une maison médicale, il faut résider sur sa zone d'inscription et être en ordre de mutuelle. Si le patient souhaite consulter un autre prestataire que ceux de la maison médicale, soit il ne sera pas remboursé par sa mutuelle, soit il doit préalablement se désinscrire de la maison médicale et renoncer à ce service.

pour la continuité des soins. Avec le soutien des mutuelles et celui des syndicats qui assurent la logistique, le groupe s'agrandit, l'activité médicale est maintenue et la grève manque son but. Cet épisode a permis au pouvoir politique de découvrir un autre interlocuteur que les chambres syndicales Wynen. Un groupe de travail multipartite (composé de représentants des mutuelles, des syndicats et de médecins) se crée, questionnant les modes de financement des soins de santé. Quelques années de réflexions et de négociations seront nécessaires pour élaborer le système de financement forfaitaire. Il sera fixé en juillet 1982 par le comité de gestion des soins de santé de l'Institut national de maladie invalidité.

Par la suite, le modèle des maisons médicales est reconnu dans ses objectifs par les pouvoirs publics aux niveaux communautaire et régional. Les critères d'agrément sont définis dès 1993 via des décrets dans la partie francophone du pays. En Région wallonne, par exemple, les Associations de santé intégrées (dont les maisons médicales font partie) sont définies comme : « toute association pratiquant la dispensation par une équipe de premier recours, **pluridisciplinaire** en matière médico-psychosociale ». Le décret prévoit que les « soins soient octroyés dans une approche **globale**, tant organique que psychologique et sociale, considérant le malade comme un sujet ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique ». Il préconise également l'intégration « des soins incluant la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels, soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie [...] Les soins prodigués doivent être **continus** octroyés en assurant la

synthèse, la maîtrise et le suivi de l'information relative à l'ensemble des problèmes de santé vécus par le patient tout au long de sa prise en charge, à quelque niveau que ce soit. »¹⁴

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE¹⁵), dans un rapport intitulé *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique* résume son analyse comme suit : « Il est généralement admis que le mode de rémunération des prestataires de soins n'est pas sans conséquences sur le coût et sur la qualité des soins. » Le centre fédéral constate : « Il y a en Belgique deux modalités de prise en charge des patients en première ligne qui se distinguent notamment par des systèmes de financement différents. Le rapport montre que les pratiques au forfait telles qu'elles fonctionnent actuellement en

¹² Docteur en médecine, licencié en santé publique.

¹³ Chirurgien, fondateur et président de l'association des chambres syndicales des médecins (Absym).

¹⁴ URL : <http://www.maisonmedicale.org/Cadre-legislatif-wallon.html>.

¹⁵ Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a choisi le sigle KCE qui est une contraction de « Kenniscentrum » – « Centre d'Expertise ».

Belgique ne présentent pas les mêmes inconvénients que ceux qui sont généralement observés dans la littérature^[16]. À partir des données disponibles, on peut conclure que le coût total pour l'INAMI des patients soignés au forfait est équivalent à celui des patients soignés à l'acte, que le système au forfait est plus accessible et de meilleure qualité, compte tenu des indicateurs qui ont pu être évalués. L'efficacité du système forfaitaire semble aussi bonne et parfois même un peu meilleure, en particulier pour le type de population qui les ont choisies^[17]. Toutes choses égales par ailleurs, il ne semble pas justifié de s'alarmer du développement des pratiques au forfait. »¹⁸ Par ces propos, le KCE répondait aux critiques du Dr Lemye, président de l'Association belge des syndicats médicaux (Cf. ci-dessus). Le rapport lui donnait partiellement raison en expliquant que ce qui rend le système forfaitaire avantageux du point de vue de l'INAMI, ce sont les économies qu'il permet sur l'ensemble du financement du système de soins, donc au niveau de la médecine spécialisée. Par contre, le centre fédéral contredisait l'analyse de l'Absym en faisant remarquer que de telles économies sont possibles en organisant une prise en charge globale et intégrée, articulée aux ressources en santé présentes sur le territoire où résident les patients.

Des questions pour l'avenir

L'histoire du mouvement des maisons médicales nous montre en quoi et pourquoi il a dû faire sa place en marge du système traditionnel. Positionné d'emblée comme une alternative, il a souvent été vécu comme un poil à gratter, suscitant des réactions compréhensibles. Cependant, faisant preuve de résultats favorables à la santé de la population et au financement du système de santé, il a obtenu la reconnaissance des pouvoirs publics, de professionnels et d'une partie de la population.

Aujourd'hui, le contexte dans lequel les maisons médicales continuent à se développer est très différent de celui dans lequel elles sont nées. En 1970, les objectifs gestionnaires de la sécurité sociale visaient à l'accessibilité à des soins de qualité pour tous. Aujourd'hui, on remarque que, bien que le discours semble le même, les mesures en matière de santé et de sécurité sociale en général préconisées par l'actuel gouvernement fédéral¹⁹, visent avant tout la réduction des dépenses publiques²⁰. Il ne s'agit plus ni de solidarité, ni de garantir l'accès à tous. Et comme l'explique le Réseau euro-



péen pour le droit à la santé dans son manifeste (février 2014) : « L'austérité est une menace pour les malades, pour la santé de la population ainsi que pour le personnel de santé ». ²¹ Les services de santé se détériorent et leur accessibilité se réduit. Les inégalités en santé augmentent.

En parallèle des services privés à finalité publique de « santé pour tous » se développent des services dont la structure financière (actionnariale) réoriente la finalité vers le profit. Ce phénomène, déjà présent en Belgique (dans le secteur des maisons de repos notamment), est bien à l'œuvre dans certains pays d'Europe (tels que l'Allemagne, la France, les Pays Bas, l'Espagne...) où l'État se retire de l'organisation du système de santé (notamment depuis 2008)²². Les conséquences observables font réellement craindre pour l'accessibilité aux soins, notamment pour les personnes les plus démunies.

¹⁶ Au niveau international, une littérature abondante existe pour décrire les effets du financement forfaitaire des soins de santé. Notamment les effets sur l'accessibilité et la consommation des soins, sur la satisfaction des patients, sur le coût des soins...

¹⁷ « Il ressort du premier volet de l'étude que la moyenne d'âge des patients suivis dans les pratiques au forfait est inférieure à celle de la population de référence, que les patients ont en moyenne un revenu plus faible, une scolarisation moins élevée, un habitat de moindre standing, un moindre taux d'occupation professionnelle ou un emploi plus précaire. » Lieven Annemans, Jean-Pierre Closos, Marie-Christine Closos et al., *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique* : KCE Reports 85 B, Bruxelles, 2008, p. 12.

[URL : http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027350.pdf.]

¹⁸ *Op. cit.*, vii.

¹⁹ Accord de gouvernement, 9 octobre 2014.

[URL : http://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/gouvernement_federal/politique/accord_de_gouvernement/ ou http://www.premier.be/sites/default/files/articles/Accord_de_Gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf.]

²⁰ Accord du gouvernement, 9 octobre 2014, p. 43.

²¹ *Manifeste du Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la santé et de la protection sociale (FR, NL, DE, EN, IT)*.

[URL : <http://www.sante-solidarite.be/article/manifeste-du-reseau-europeen-contre-la-privatisation-et-la-commercialisation-de-la-sante-et->.]

²² J. Meanaut, *Santé Conjugée*, n° 65, septembre 2013.

Par ailleurs, les besoins en santé de la population évoluent. Une population plus âgée rencontre plus d'affections chroniques nécessitant des traitements pluridisciplinaires dans la durée. Les dégradations sur le milieu de vie (tant sur les plans socio-économique qu'environnemental) influencent l'état de santé de la population et l'apparition de nouvelles pathologies. Avec le développement des sciences médicales et des techniques, les métiers liés aux soins se complexifient. On assiste également à la médicalisation des souffrances sociales. La logique de libre marché condamne tout système qui tend à la réduction des inégalités entre les gens. Par le biais de son langage médiatique, publicitaire et autre, elle souligne la responsabilité et la motivation individuelle comme seuls leviers pour s'en sortir, faisant fi de l'influence de l'éducation, des relations sociales, etc. dans le parcours de vie individuel. De nombreuses études internationales le montrent : les accidents de la vie touchent plus durement les personnes issues des classes socio-économiques basses que les hautes. Cela n'est pas sans répercussions sur la santé des personnes. C'est ce qu'on appelle le « gradient social »²³.

Dans ces conditions, même si le modèle des soins de premières lignes semble de plus en plus pertinent pour relever les défis qui s'annoncent, il semble évident que les conditions du libéralisme pèsent sur la qualité et la quantité des moyens disponibles pour les mettre en œuvre. Comme le fait remarquer le KCE dans son rapport 2008²⁴, actuellement le financement forfaitaire est un mode de financement efficient qui dépend aussi *de la manière dont il est utilisé* ! Aujourd'hui, les maisons médicales basent leur action sur des critères, à présent bien connus qui concourent à la qualité des soins de première ligne : la **Globalité** dans la manière de considérer la personne et ce qui fait sa santé, l'**Intégration** d'actions de prévention et d'éducation à la santé avec l'action curative, la **Continuité** des soins tout au long du parcours en santé du patient, l'**Accessibilité** financière, géographique, culturelle. À la lumière des évolutions que connaît le système politique et économique en Belgique, et plus largement en Europe, nous nous posons les questions suivantes : Si l'accessibilité financière est désarticulée de l'approche globale de la santé, si les soins curatifs ne sont plus reliés à du travail préventif ou à de l'éducation du patient, si la communication et la concertation entre les différents prestataires de soins actifs auprès du patient n'est pas favorisée (au-delà de ce que la technique permet), pourra-t-on encore dire que ce mode de financement est efficient ?

Bibliographie

- Annemans Lieven, Closon Jean-Pierre, Closon Marie-Christine *et al.*, *Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique* : KCE Reports 85 B, Bruxelles, 2008.
- Dossier « Le financement des soins de santé primaires au forfait - Il est arrivé près de chez nous », *Santé Conjugée*, n° 3, janvier 1998.
- Dossier « Pour une politique de santé », *La Revue nouvelle*, 1971.
- Meanaut J., « Our Health is not for sale ! Notre santé n'est pas à vendre ! », *Santé Conjugée*, n° 65, septembre 2013.
- Van Dormael Monique, « 1981 : Le Centre de Santé Intégré et les Maisons Médicales, jalons pour les soins de santé primaires », *Cahier du GERM*, n°152, décembre 1981.

Pour citer cet article

Ingrid Muller, « Les maisons médicales : transformation ? Innovation ? Institutionnalisation ? », Analyse de l'IHOES, n°134, 29 décembre 2014, [En ligne] http://www.ihoes.be/PDF/IHOES_Analyse134.pdf.

²³ Selon l'OMS : « plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé », voir notamment : Commission des déterminants sociaux de la santé, *Principaux concepts*.

[URL : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/.]

²⁴ *Op. cit.*