

Les Maisons médicales en Belgique

Jacques Morel Avril 99 Fmmcsf

I. Contexte national

L'expérience des rencontres internationales et en particulier à travers le réseau du secrétariat européen des pratiques de santé communautaires, montre la nécessité de définir à minima le contexte national ou local dans le quel se développe l'expérience dont on veut faire relation.

Parler des maisons médicales belges demande quelques détours sur le système de santé et par delà sur les institutions de l'état et la manière dont sont organisées les compétences en matière de santé.

Sur le plan institutionnel, la Belgique est aujourd'hui un état fédéral de 10 millions d'habitants; il fédère trois communautés la communauté flamande la plus nombreuse (5.5 millions), la communauté française (4,2 millions) et la communauté germanophone (0.3 millions) et autant de régions: la région wallonne et la région de Bruxelles capitale qui recouvre la communauté française et la région flamande qui se superpose à la communauté flamande.

Pour chacun de ces niveaux de pouvoir, fédéral, communautaire et régional, sont en place un gouvernement, une assemblée parlementaire et une administration.

A chacun aussi est confié la gestion d'un certain nombre de compétences en matière de santé: le fédéral gère la sécurité sociale(instaurée en 1948) et donc l'assurance maladie ainsi que la santé publique, donc essentiellement les soins de santé; l'échelon communautaire est compétent en matière d'éducation et promotion à la santé, les régions le sont pour l'organisation

des soins et la prévention .

Depuis 1964, une loi dites sur « l'Art de guérir » organise les rapports entre les partenaires du système de santé: financeurs, prestataires et usagers. Les tarifs des prestations reconnues par la nomenclature des soins de santé sont régis par des conventions annuelles entre les professionnels et les assureurs mutualistes.

L'enveloppe globale des soins de santé est gérée par le conseil supérieur de l'INA\11 au sein duquel siègent en outre gouvernement et partenaires sociaux~

Cette enveloppe se monte en 1998 à 450 milliards francs belges;; la Belgique dépense ainsi quelques 7,8 % de son PNB pour ses soins de santé.

La démographie médicale est en pléthore: 30.000 médecins pour 10 millions d'habitants; la moitié sont généralistes. Un numerus clausus est décidé pour les prochaines années:

En médecine générale, la pratique habituelle est une pratique libérale, individuelle; les associations et groupes médicaux sont peu fréquents et assez récents. Le système habituel de financement des prestations en médecine générale est le système à l'acte; la part personnelle du patient en médecine générale est de 25%.(ticket modérateur) pour un assuré ordinaire; certaines catégories bénéficient d'un remboursement préférentiel voir de la gratuité.

Les maisons médicales se sont inscrites dans ce paysage depuis 1972; elles représentent aujourd'hui 52 centres dans la partie francophone et une quinzaine dans la partie néerlandophone du pays. Quelques 500 personnes y travaillent dont la moitié sont médecins généralistes.

2. Historicité de la naissance des maisons médicales: antériorités et développement d'un mouvement

Comprendre les Maisons médicales au moment où elles sont nées en 1972 nécessite de faire pour part abstraction de ce qu'elles sont devenues. Les maisons médicales sont nées sur un modèle de contestation sociale et d'autogestion; elles sont nées dans un contexte de relative prospérité qui, sans doute, a permis la contestation, mais aussi la pratique d'une médecine à vocation sociale sur un modèle égalitariste.

Le contexte historique avait quelque chose de paradoxal: une explosion technologique peu commune principalement dans le secteur des hôpitaux qui deviennent le centre de développement des soins de santé; le progrès économique supposé sans failles et l'optimisme absolu dans les capacités de la science étaient les points d'appui de cette explosion.

L'autre terme du paradoxe, c'est que si sur ce front technique tout est rose, mais déjà cher, le front idéologique lui, se fissurait de toutes parts: les sociétés sont remises en question, la hiérarchie des valeurs et la légitimité des pouvoirs sont questionnées. ..

Au sein du corps médical uni jusque-là pour la défense de son statut, naît une contestation de la légitimité de ce positionnement corporatiste: et si les différents travailleurs de la santé se partageaient la responsabilité, dans la limite des compétences de chacun, d'assurer des soins au bénéfice de toute la population ?

On voit poindre des relations transformées: pas de hiérarchie des fonctions au sein des équipes, la prise en considération de toute la population et la revendication de l'accès à des soins de qualité pour tous.

Le principe de relations plus égalitaires avec les patients rencontre un écho auprès d'associations d'utilisateurs ou d'individus qui vivent l'hyperspécialisation des soins comme une segmentation jusque dans leur personne. Sur ce point de nombreux praticiens isolés sont arrivés à des conclusions identiques. Cette dimension trouvera auprès des promoteurs des premières maisons médicales, un écho moins particulariste dans les revendications pour la participation de la population à la gestion de la santé.

Si dans cette période fondatrice les équipes ont pu constituer des microlaboratoires sociaux, c'est sans doute pour une large part la rencontre des théoriciens de la santé publique et des politiques de santé regroupés au sein du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) et des praticiens progressistes des maisons médicales qui permet d'inscrire la démarche expérimentale dans un processus continu d'évaluation de leurs activités. .

Développement: quelques étapes majeures

1. La constitution d'une Fédération: 1981 aura été une année charnière entre une période de bouillonnement, d'expérimentation, de contestation et une période de consolidation, de recherche de moyens pour le développement d'un modèle: c'est la création de la Fédération des maisons médicales dont les objectifs sont clairement d'influer sur la politique de santé et de promouvoir les maisons médicales comme acteurs des soins de santé primaire au sein d'un système de santé optimisé.

Cette structuration du mouvement des maisons médicales apparaît au moment des premiers effets des crises pétrolières, à une période où la crise de l'état providence est reconnue de tous et où tous les gouvernements européens, confrontés à la persistance de la crise, compriment les dépenses de l'état, notamment dans le secteur parmi les plus importants : la sécurité sociale. Entre restreindre les ressources, diminuer le nombre des bénéficiaires et améliorer l'efficacité, la plupart des pays ont surtout utilisés les deux premiers. augmentation de la participation personnelle des patients, suppression de lits hospitaliers, réduction des remboursements de médicaments, attribution plus contrôlée des statuts préférentiels. Ce n'est que plus récemment que certaines voix concernant l'optimisation des ressources ont pu être entendues : revalorisation des soins à domicile ,de certains actes intellectuels, de la gestion du dossier par le généraliste. Mais les considérations comptables continuent à prendre le pas sur le développement d'une véritable politique de santé et le lobby hospitalier continue à faire de la résistance au développement des soins de première ligne

2. La recherche et l'application d'un mode financement adapté: le forfait

Dès la création de la Fédération, un travail de recherche mené conjointement avec le GERM avait pointé les deux obstacles principaux au développement des centres de santé en Belgique: la nature de la formation des professionnels de santé, et le mode de financement des soins de santé à l'acte. Ce mode de paiement constituait un frein à la réalisation de l'ensemble des fonctions primaires que les équipes cherchaient à remplir.

L'acte couvre des activités de type curatives ponctuelles, précisées dans la nomenclature; il favorise la médicalisation au détriment du partage avec les paramédicaux dont les tarifs sont moins favorables et exclu complètement les travailleurs sociaux. Le paiement à l'acte soutient mal une activité d'équipe, des notions de continuité et une approche globale.

Même si aucune modalité d'application n'avait été prévue, la loi de 1964 contenait la possibilité outre le paiement à l'acte d'un paiement forfaitaires des prestations. Ce système avait été tenté par certain hôpitaux mutualistes puis abandonné. C'est ainsi que des négociations avec l'INAMI ont permis d'aboutir à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations (juillet 1984).

Le forfait conclu avec l'INAMI est un 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 moyen mensuel d'un assuré. Ce montant est ventilé suivant le statut social du patient (assuré ordinaire ou préférentiel) et suivant la qualité du prestataire (médecin, infirmier, kiné).

Ce montant est versé tant que le contrat est d'application, que le patient ait ou non consulté. Actes techniques et prestations spécialisées ne font pas parties du forfait. La Maison médicale s'engage dans ce contrat à fournir à la personne inscrite toutes les prestations de médecine générale, soins infirmiers et de kinésithérapie, au centre ou à domicile dans la zone d'activité que le centre s'est fixé. Si la personne consulte d'autres prestataires dans cette zone elle ne sera pas remboursée par la mutuelle, le montant de sa prise en charge potentielle ayant déjà été payé à la maison médicale; par contre, hors de cette zone, le patient amené à consulter un généraliste, une infirmière ou un kiné pourra se faire rembourser ses prestations auprès de la maison médicale pour les mêmes raisons'

Depuis 1984, ce mode de paiement est évalué par les services de l'INAMI et par le service d'étude de la Fédération. Plusieurs conclusions ont permis d'apporter des corrections au montant du forfait lui-même: en effet plusieurs études ont montré les économies importantes induites en deuxième ligne, notamment en biologie clinique, en imagerie et en hospitalisations, ainsi que le risque morbide accru présenté par les populations qui fréquentent les centres au forfait. L'accessibilité maximale de ce système permet à des populations parmi les plus précaires d'être prise en charge et on connaît par ailleurs la liaison entre le niveau socio économique et le risque morbide.

Ces deux paramètres font l'objet d'un travail permanent d'évaluation par les deux parties. Plus récemment, l'INAMI a accepté de corriger le montant du forfait du fait d'un biais de dénominateur, dans la mesure où il y a des catégories de personnes qui ne seront jamais en mesure de consommer en première ligne et dont la prise en compte grève la moyenne. Les montants ont donc ainsi pu revaloriser de parts substantielles (de 10% du montant de base pour chacune) sous réserve d'évaluation.

A titre indicatif, les montants actuels sont de :

	MS	INF	Kiné
AO			
VIPG 75			
VIPG 100			

15 Aujourd'hui, le système forfaitaire est d'application dans 50% des Maisons médicales, plus largement en Wallonie qu'à Bruxelles ou en Flandre. Quasiment toutes les nouvelles installations de maisons médicales se font sur ce mode .

3. La recherche d'un cadre législatif: le décret

Le gouvernement de la Communauté française avait en 1985 promulgué un premier décret reconnaissant l'action des maisons médicales et en permettant la subsidiation .Ce décret a vécu le temps d'une fin de législature pour être abrogé dans l'entame de la législature suivante par une nouvelle majorité. Il a fallu ensuite de longues années de bataille puis de

négociations avec une large majorité de partenaires du secteur ambulatoire pour obtenir le vote d'un nouveau texte de loi qui précise les missions et objectifs des maisons médicales sous l'appellation d' »Association de santé intégrée ». Syndicats médicaux, mutuelles, acteurs des soins à domicile, administration et pouvoir politique sont arrivés à se mettre d'accord sur un texte élaboré en concertation avec la Fédération des maisons médicales. On est le 29 mars 1993, 20 ans après la première Maison médicale.

Pour l'essentiel, le document définit la nature pluridisciplinaire de l'équipe, les caractéristiques des soins de santé primaires et surtout les missions des centres :

- Des soins de santé de première ligne accessibles à toute la population: soins curatifs, prévention et réhabilitation.
- La participation ou la mise en oeuvre de programmes de santé communautaire en collaboration avec le réseau local.
- Une fonction d'observatoire socio- sanitaire local.

L'année suivante, en 1994, la régionalisation de l'Etat progresse et les Régions deviennent compétentes pour ces matières: la région de Bruxelles récupère le texte du décret en l'état, la Région Wallonne y ajoute un article qui permet aux secteurs public d'initier lui-même des Maisons médicales. Aujourd'hui, malgré l'engagement de plusieurs cabinets ministériels successifs, les arrêtés d'application ne sont toujours pas pris. Les Maisons médicales wallonnes et bruxelloises sont subventionnées modestement: un salaire temps plein pour une fonction d'accueil à Bruxelles et un montant calculé au prorata des volumes d'équipe et d'activité pour financer des activités de coordinations en Wallonie. Les lignes budgétaires sont dans un rapport de 1 à 3 d'une Région à l'autre. Les deux Régions reconnaissent la Fédération comme organe coordinateur du secteur et interlocuteur privilégié; les régionales de la Fédération sont subventionnées par chacune des Régions (2.500.000).

3. La Fédération des maisons médicales comme acteur politique

L'action politique et syndicale est l'objet principal de la Fédération; il s'agit de promouvoir les centres de santé dans le cadre du développement d'une politique de santé efficiente qui se définissent des objectifs de santé à partir des besoins de la population et construite à partir de là une offre de service de dispensation de soins à partir du premier niveau, dont les maisons médicales.

Dans un pays où l'absence de politique tient lieu de politique de santé, ce que les experts qualifient de no system -system., les alliances ont dans un premier temps pu se faire avec le monde syndical interprofessionnel et mutualistes. Depuis quelques années, notamment sur des revendications de revalorisation de la médecine générale et l'échelonnement des soins de santé. une synergie a commencé à fonctionner entre les médecins des Maisons médicales syndiqués, le syndicat des omnipraticiens et un cartel syndical constitué pour les premières élections syndicales depuis 30 ans dans la profession. Les résultats encourageants ont dégagés une majorité très

significative de ce cartel dans le collège des généralistes tandis que le syndicat majoritaire confirmait sa présence dans les milieux spécialisés et hôpitaux.

Cette dynamique d'alliance permet aussi de siéger dans les instances représentative à l'INANI qui gèrent nomenclatures ou formation médicale continue par exemple.(accréditation).

En support à cette finalité politique, la Fédération amis en place trois pôles d'activités :

.un pôle « recherche en soins de santé primaire » : il développe des travaux sur le dossier santé informatisé, sur la classification (CISP), sur l'assurance de qualité. Il participe aux travaux du ministère de la Santé sur la définition des critères de « bonnes pratiques » en médecine générale. Une association initiée par la Fédération regroupe autour de ces préoccupations les trois écoles de santé publique et les trois centres de médecine générale des universités, l'institut de recherche et d'épidémiologie et l'unité de recherche en santé publique. (CERISSP)

.un pôle «prévention et promotion de la santé « : il organise formations et supports méthodologiques pour les activités des équipes: une trentaine réunie dans un programme « Agir en prévention « depuis 5 ans. Ces activités ont amené des partenariats très actifs avec Cultures et santé (santé et immigration) et Santé, Communauté et Participation asbl pour le développement des programmes de santé communautaire.

.un pôle « éducation permanente » qui comprend :

.un volet formation: des cycles de formation en rapport avec les besoins des équipes soit dans leur pratique (accueil, gestion du dossier, recueil de données,.....) soit en rapport avec leur participation à un des programmes (prévention, recherches);

.un volet publications: la Fédération publie un mensuel à usage interne « le New's » qui permet de faire circuler les informations et agendas d'activités et une revue trimestrielle « Santé conjugulée » destinée en aux relais et responsables de santé; elle est diffusée à 600 exemplaires,

dont la moitié d'abonnements ;

.un volet colloque (annuel)et clubs de réflexion (trimestriel) qui permet de mettre en débat les thèmes de travail ou d'actualité en dehors de situation décisionnelle: un nombre important de ces moments est ouvert à des professionnels en dehors de la Fédération

Un centre de documentation, ouvert à tous les professionnels et relais de santé est installé dans les locaux. Il est spécialisé dans les thématiques des soins de santé primaires et de l'approche communautaire de la santé.

Sur le plan international, les maisons médicales ont tissés des liens avec nombres organisations comme la Wonca sur le plan professionnel, ou avec le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire sur le plan des actions communautaires dans les politiques et les pratiques

4. Des maisons médicales comment ??

Les Maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires constituées en association (asbl), sur une base volontaire. Il s'agit soit d'initiative spontanée de professionnels de santé mais aussi du secteur social, soit de réplcation, d'extension ou de parrainage à partir d'une structure plus ancienne.

La pluridisciplinarité concerne uniquement des acteurs des soins primaires donc pas de spécialistes (sauf exceptions qui concerneront alors des spécialités comme la gynécologie, la pédiatrie ou la psychiatrie).

L'équipe classique comprend un personnel d'accueil, des médecins généralistes, des infirmières et kinésithérapeutes ; elle est complétée d'un secteur social et d'aide psychologique, d'un personnel administratif et de gestion en fonction de la taille et du volume de patients en charge.

Leur implantation est libre au même titre que les cabinets médicaux; leur zone d'activité est fixée par eux en fonction des autres structures de santé, du type de population et d'un rapport proximité/disponibilité optimal pour des activités de médecine générale.

Ces associations fonctionnent largement sur un mode autogestionnaire. Chaque travailleur a la possibilité d'être membre de l'association, de siéger à l'assemblée générale et d'être élu au conseil d'administration.

Jusqu'en 97, le seul modèle était de type associatif pur; depuis lors ,les mutualités socialistes ont ouvert deux maisons médicales au sein desquelles elles ont souhaité avoir une place majoritaire au titre de pouvoir organisateur et initiateur. Cette question du modèle est au cœur des discussions que nous avons mis en place avec les mutualités. Une projet est en cours de finalisation dans lequel les mutuelles locales seraient des actionnaires minoritaires, préservant la participation des professionnels à une cogestion effective de leur outil de travail. A suivre, donc !

Les principes de fonctionnement ont pour objectifs de délivrer des soins de santé sur base de critères de qualité ,qui nous paraissent devoir requalifier la médecine de famille et la réinsérer dans sa dimension de proximité de façon plus pertinente, particulièrement :

1. la globalité: tout à la fois la prise en compte des individus dans leur contexte de vie socioéconomique, relationnelle, culturelle et les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de la santé; beaucoup de cette approche tient à la qualité de travail d'équipe et de transdisciplinarité que la Maison médicale arrive à mettre en place et aux interactions et partenariats avec le réseau local .
2. la continuité de la prise en charge: c'est probablement une des spécificités de la première ligne que de pouvoir accompagner des individus tout long de leur existence, au décours des périodes de maladies ou de chacun des épisodes de celles-ci, 'loir au décours d'épisodes de bonne santé. Ce fil conducteur, cette mémoire pour être efficace doit se donner des moyens de gestion de l'information dont elle dispose; le dossier médical a depuis les premiers jours de la Fédération été une préoccupation et aussi un outil de cohérence entre les équipes de manière à permettre un recueil et un traitement standardisé de l'information. Actuellement, la version d'un dossier santé informatisé mis en place dans les :maisons médicales subit sa traduction sous Windows .Il équipera progressivement toutes maisons médicales dès janvier 2000

Ce traitement de l'information est organisé à l'intérieur de l'équipe (dossiers, réunions de cas, coordinations pluridisciplinaires,) mais aussi à l'égard de l'extérieur et des autres secteurs de soins

: organisation des gardes de nuit et week-end avec des confrères du quartier, contacts pré et post hospitalisation, rapports d'examens, avis social ou psychologique, décrochage scolaire ou professionnel, etc. ..

La fonction de synthèse est réalisable moyennant ce qui précède: continuité, gestion de l'information et initiative primaire du généraliste. Elle est évidemment un des caractères essentiels de ce premier niveau. Elle est aussi un des piliers de l'efficience d'un système.

3. l'intégration: les acteurs de première ligne, agissant dans la continuité, ont une opportunité de développer des démarches de prévention auprès de leur population de façon efficiente. Cette démonstration a été faite pour plusieurs programmes: les résultats d'une enquête soignants/ soignés montrait bien combien le faible développement de la prévention en médecine générale tenait surtout à une dyscommunication : les patients attendent une intervention de leur médecin comme conseiller santé et les généralistes ont des difficultés à proposer en dehors d'une demande explicite ...Cet aspect a d'ailleurs été un des arguments pour nous faire proposer un autre financement que l'acte.

Un programme « Agir en Prévention » est développé dans 30 des centres de santé pour soutenir par une démarche d'assurance de qualité des programmes de prévention, de promotion de la santé ou d'action communautaire. Ce programme soutenu par le ministère de la Santé permet l'élaboration collective de critères de qualité, leur évaluation, la recherche de méthodes d'interventions adéquates et la mise en place de formations spécifiques.

4. l'accessibilité: avec la continuité, il s'agit sans doute du second pilier fondateur de l'activité des soins de santé de proximité. Nous l'avons toujours souhaitée maximale, tant sur le plan financier que géographique ou culturel. Si on veut que les soins de santé primaires, la médecine de famille soit effectivement le recours premier au sens qualitatif du mot de la population au système de santé, il faut que le flux ne soit pas entravé dans ce sens mais facilité pas d'obstacle financier, une disponibilité d'accueil et des horaires compatibles avec la vie des usagers, une approche culturelle adaptée, une reconnaissance des individus comme sujets.

5. l'efficience (rapport qualité/coût) : malgré certaines difficultés pour la réaliser concrètement, l'évaluation qualitative et quantitative rentre progressivement dans les mœurs après l'avoir été dans les principes; les contraintes de la restriction économique et l'avancée de l'informatisation ajoutée à une plus grande responsabilisation des professionnels des Maisons médicales permettent cette avancée. un programme assurance de qualité, des évaluations de la satisfaction des usagers, des analyses de populations, des évaluations de couvertures vaccinales, la participation à l'évaluation des économies induites en deuxième ligne sont autant d'ébauche de ce processus d'évaluation permanente qui essaye de se mettre en place.

Mais ici comme dans beaucoup d'autres matières, il faut combattre nos propres déformations.

Concrètement, les Maisons médicales se présentent comme des centres de santé, ouverts de 8 à 19 h tous les jours sauf samedi après-midi et dimanche. Un service de garde assure les urgences de la nuit et les week-end. Un personnel d'accueil reçoit les premières demandes et représente pour la plupart des Maisons médicales une fonction très centrale à la fois, comme interface avec la population et comme carrefour du fonctionnement de l'équipe.

La Fédération a dans ce sens mis sur pied depuis plusieurs années une formation spécifique pour ce personnel d'accueil

Les activités comprennent des consultations quotidiennes et des visites à domicile encore assez fréquentes en Belgique (30 à 50% de l'activité du généraliste) en médecine générale, kinésithérapies, et soins infirmiers .

Les services d'aide psychologique et sociaux fonctionnent au quotidien sur des modalités diverses de l'entretien individuel au travail plus collectif et aux collaborations avec des institutions ou associations locales.

Toutes les équipes ont--des activités de coordination interne au moins hebdomadaire et externe fréquente avec des acteurs du champ médical (soins à domicile, petite enfance, spécialistes, hôpitaux) ou du champ de la santé (milieux scolaires, judiciaires, insertion socioprofessionnelle, toxicomanie).

C'est le plus souvent dans le cadre de ces partenariats que se développent des actions de type collectives ou communautaires sur les problématiques transversales; plusieurs sont à l'initiative de programme de santé communautaire structuré sur des territoires de quartiers ou de communes.

Plusieurs centres ont initié ou vu naître à leur marge des initiatives d'usagers ou de groupe de population locale soucieux de participer à des degrés divers à la promotion de la santé . coopérative de médicaments, prêt pour les frais non couverts par l' assurance-maladie, forum d'éducation pour la santé, interface avec la Maison médicaleIl se crée là des formes de participation progressive de la population autour de certains éléments qui les concernent dans le champ de la santé. Un fil s'est tissé très récemment avec la création au niveau national d'une alliance des initiatives de participations de patients et usagers à l'initiative d'un groupe de patients des Maisons médicales.

Beaucoup de centres sont agréés comme lieu de stage par le Ministère pour la formation spécifique des médecins généralistes, des paramédicaux aussi. Plusieurs médecins maîtres de stages sont aussi chargés de cours dans les centres universitaires de médecine générale des universités.
Cette fonction est évidemment fondamentale pour le développement des idées et des pratiques.

5. Les enjeux **actuels** :

1. Sécurité sociale. solidarité, équité et accès aux soins.

L'enjeu majeur et très immédiat, bien au-delà de la question des Maisons médicales, est celui de l'avenir de la sécurité sociale au-delà des élections législatives du 13 juin 99. Des velléités sont apparues pour régionaliser cette institution qui est un symbole fort de la solidarité nordsud dans l'état fédéral. Même si cette scission ne concerne pas l'ensemble du dispositif de la sécu, il n'est pas du tout exclu que les soins de santé héritent d'un mode de gestion davantage régionalisé.

Dans quelles conditions ? Avec quelles ressources au nord et au sud ? Sur quelles bases ?

Il est inutile de faire des plans sur la comète mais notre souci est que les réformes garantissent pour les populations des deux communautés le principe d'équité (plus pour ceux qui en ont plus besoin) et l'accès aux soins pour chacun dans les meilleures conditions.

2. Des politiques de santé

Il importe que se mettent en place des politiques de santé cohérentes entre les différents niveaux institutionnels de façon efficiente; il s'agit, à partir d'un état des lieux des besoins de la population, de définir des objectifs de santé, de mettre en place les moyens et systèmes pour les rencontrer et en évaluer l'efficacité. Les Maisons médicales s'inscrivent dans cette logique.

Pour notre part nous souhaitons que cette démarche intégrée à chaque stade de son développement la participation de tous les acteurs concernés (professionnels de santé ou d'autres secteurs, décideurs, consommateurs ,utilisateurs) pour l'approche des problèmes mais aussi la subsidiarité de leur solution soient gérées de la façon la plus communautaire.

3. L'articulation des différents niveaux du système de santé reste un élément déterminant de ses performances; l'échelonnement ne vise pas tant à empêcher l'accès libre aux spécialités et hôpitaux que de se donner les moyens de faire la première ligne le lieu de la synthèse et de la continuité. Les Maisons médicales y sont favorables et considère qu'il y a lieu d'articuler aussi les différents prestataires au sein de ce premier niveau. L'universalité du modèle proposé « tous les problèmes, toute la population » est une offre de service qui n'appartient qu'à la médecine de famille coordonnée aux services de soins à domicile ou aux centres de santé intégrée. Cette place privilégiée et le profil renouvelé nous permettent l'exécution de missions centrales au sein du premier échelon et d'envisager une requalification de son contenu.

« Les changements structurels proposés par les maisons médicales ne vont pas sans craintes, voir grincements et crispations; il est des peurs, jusqu'à celle de perdre son âme. ..Et pourtant, il s'agit, plutôt que de perdre d'anciennes qualités, d'en acquérir de nouvelles ! »

Pierre Drielsma .

6. Bibliographie partielle

Maisons médicales: un outil pour l'avenir. Fmmcsf- Juin 1995

Cahier de propositions pour une politique de santé -Fmmcsf- Décembre 1996 -Avril 99 Charte des maisons médicales -Décembre 1996

Centres de santé et maisons médicales. GER~ M. Van Dormoel 1982

Santé conjugée no1: Les Maisons médicales.

Santé Conjugée no6: Susciter la santé communautaire

Site web: www.fmm.be/

Contact :

Fédération des Maisons médicales 25 Bd
du midi Bte 5 1000 Bruxelles

Tél 2 514 4014 fax 2 514 40 04 Tél
2 514 4014 fax 2 514 40 04

email fmmcsf@fmm.be