



# Les maisons médicales à Bruxelles

## *A propos de l'accessibilité*





## Introduction

---

« Bien que notre système de santé soit d'un haut niveau en termes de qualité et d'accessibilité, les disparités face à la santé entre les groupes socio-économiques sont beaucoup plus grandes qu'on ne le pense souvent. [...] La répartition des risques en matière de santé épouse de près celle de l'argent, de la formation et du statut social, couche par couche. C'est un véritable « gradient », disent les scientifiques. »<sup>1</sup>

« A mesure qu'on descend le long de l'échelle sociale, la santé tend à se détériorer. (...) C'est ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé. De manière générale, on distingue différents types d'éléments explicatifs : des facteurs matériels (conditions de travail, de vie, etc.), psychosociaux (étendue du réseau social, degré d'empowerment, etc.) et culturels (comportements face au tabagisme, pratiques alimentaires, etc.).

(...) En matière d'accessibilité au système de soins, cinq types d'inégalités ont été mises en évidence :

1. *Physiques* : les personnes socio-économiquement moins favorisées ont moins facilement accès aux structures de soins (habitent loin de celles-ci, n'ont pas de voiture, etc.).
2. *Psychologiques*.
3. *Administratives* : les contacts personnels avec les prestataires diminuent, l'informatisation augmente, la complexité du système augmente ; les personnes socio-économiquement moins favorisées ont plus de mal à s'y retrouver. Pensons à la problématique du statut OMNIO pour lequel le droit n'est pas automatique : il faut faire une demande.
4. *Financières* : les coûts à charge du patient restent importants (plus de 500 euros par an pour 830.000 patients).
5. *Informatives* : problème de communication entre le médecin et les personnes socio-économiquement défavorisées (gap culturel). »<sup>2</sup>

« Le but poursuivi par les maisons médicales est que le patient soit en meilleure santé et les soins de santé ne sont qu'un petit moyen parmi beaucoup d'autres. Dans le secteur de la santé, on focalise beaucoup trop souvent sur les soins. Or, le droit à la santé pour tous passe essentiellement par des interventions sur les déterminants de la santé et donc par des politiques transversales portant sur les revenus, le logement, l'emploi, l'éducation, l'aménagement des espaces, etc. »<sup>3</sup>

« Malgré la couverture sociale, l'accès aux soins pour tous reste un vrai problème (...) Devant l'augmentation des inégalités face à la santé, il est nécessaire d'envisager l'accès aux soins comme un des facteurs d'accès et de s'engager à combattre les causes sociales et culturelles par des choix plus radicaux et des politiques transversales en faveur de la santé pour tous. »<sup>4</sup>

Dans ce document nous nous attacherons à montrer que la population des maisons médicales est une population généralement plus précarisée que la moyenne, qui grâce à l'existence de ces structures bénéficie d'un accès à des soins de qualité et à une prise en charge globale centrée sur les besoins. Par contre, nous devons bien constater que l'offre est inférieure à la demande et que beaucoup d'équipes sont à saturation et doivent refuser des patients pour pouvoir préserver la qualité des soins.

---

<sup>1</sup> « Contre les inégalités en santé - recommandations de la Fondation Roi Baudouin » Ingrid Muller - Santé conjugulée n°52 - avril 2010

<sup>2</sup> « Inégalités de santé » De Jaer Michel, Gillis Olivier, Mertens Raf, Pettiaux Michel, Piette Danielle, Willems Sara - Santé Conjugulée n°47 - janvier 2009

<sup>3</sup> « Accessibilité à la santé » Coralie Ladavid - Santé conjugulée n°47 - janvier 2009

<sup>4</sup> « Accessibilité à la santé » Coralie Ladavid - Santé conjugulée n°47 - janvier 2009

## A propos des maisons médicales

---

Dès le départ, dans ses principes fondateurs, la FMMCSF a mis en avant un projet d'organisation des soins de santé basé sur des soins de première ligne, globaux, continus, intégrés et caractérisés par une accessibilité maximale.

Pour défendre leurs valeurs et les mettre en pratique, les maisons médicales se sont fixé les objectifs suivants :<sup>5</sup>

- Répondre aux besoins par l'offre de soins de santé primaires de qualité, qui soient accessibles, continus, globaux et intégrés :
  - des soins de qualité qui tiennent compte des acquis de la science, tout en gardant un souci d'efficience ;
  - des soins accessibles sur le plan géographique, financier, temporel, culturel, ... ;
  - des soins continus dispensés par une équipe de thérapeutes qui travaillent dans une logique de suivi à long terme ;
  - des soins globaux qui tiennent compte de tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux ;
  - des soins intégrés qui englobent l'aspect curatif, préventif, palliatif et la promotion de la santé.
- Promouvoir l'autonomie des personnes qui font appel à leurs services et renforcer leur capacité décisionnelle
- Favoriser l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes qui président à l'organisation des systèmes de santé et des politiques sociales
- Participer à l'élaboration de politiques de santé et de politiques sociales, avec le souci permanent du respect des valeurs de solidarité et de justice sociale.
- Participer, avec d'autres acteurs de la vie sociale, à un processus d'évaluation des besoins de la communauté, à la recherche des solutions et à leur application pratique, tant en matière de santé que dans d'autres domaines qui influencent le bien-être des individus.

Une réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte a débouché sur ce que nous appelons le forfait (à la capitation). L'idée de base est de permettre un financement plus cohérent par rapport à un modèle de soins globaux, continus, intégrés. Cela a permis d'autre part d'augmenter l'accessibilité financière et de renforcer la solidarité entre bien portants et malades. C'est en 1984 que la première maison médicale a mis en pratique ce système de financement forfaitaire.

Le système forfaitaire est basé sur un contrat entre trois parties : le patient, la maison médicale et la mutualité du patient. Le patient s'engage à se faire soigner uniquement à la maison médicale pour tout ce qui concerne les soins de santé primaires ; la maison médicale s'engage à fournir tous les soins nécessaires au patient ; la mutualité verse un montant forfaitaire à la maison médicale pour chaque patient inscrit qui ne paye donc plus ses consultations. Toutes les maisons médicales ne sont pas au forfait mais elles sont de plus en plus nombreuses à adhérer à ce système, actuellement 80% des équipes bruxelloises sont au forfait. Les maisons médicales à l'acte garantissent l'accessibilité aux publics défavorisés grâce au système du tiers payant, largement utilisé.

Plusieurs équipes au forfait ont clôturé leurs inscriptions pour pouvoir garantir une bonne qualité de soins à leurs patients. Certaines d'entre-elles acceptent toutefois les personnes en situation très précaires, parce que celles-ci trouveront difficilement à se faire soigner ailleurs et aussi parce que ces personnes sont très mobiles et restent peu de temps dans la maison médicale. D'autres par exemple préfèrent n'inscrire que les personnes les plus proches de la maison médicale pour renforcer leur rôle de santé communautaire...

---

<sup>5</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Quel-est-le-projet-de-sante-des.html>

## Méthodologie

---

Cette publication repose sur les données encodées par les maisons médicales dans les dossiers de santé informatisés des patients.

La plupart des données présentées sont issues du tableau de bord de la Fédération des maisons médicales ; elles sont complétées par d'autres données recueillies également à la Fédération, notamment via le cadastre de l'emploi de la Fédération des Associations Sociales et de Santé (FASS) ou via enquêtes.

### *Le tableau de bord*

En 2004 a débuté dans les maisons médicales un processus de recueil de données issues des dossiers des patients. Les deux premières années ont été consacrées à faire le point de la situation, à aider les équipes à s'informatiser et à tester les premières extractions de données auprès d'équipes volontaires. Le projet est soutenu par la COCOF depuis le début.

En 2006 le projet a pris de l'ampleur et toutes les maisons médicales ont été invitées à y participer y compris en Région wallonne. Une série de variables ont été choisies sur base de ce qui avait été testé et en concertation avec les équipes et l'Observatoire bruxellois de la santé et du social.

L'objectif du tableau de bord est double : d'une part fournir des informations pour contribuer à un observatoire de la santé et d'autre part fournir aux équipes un outil d'assurance de qualité qu'elles peuvent également utiliser en interne. Un travail important a été fourni au niveau des règles de confidentialité et de respect de la vie privée des patients<sup>6</sup>.

Chaque année, les données du tableau de bord sont extraites des dossiers de santé informatisés des patients moyennant leur consentement. Ce sont donc des données encodées principalement dans le cadre d'un suivi individuel des patients, ce qui signifie que ce qui est encodé donne une information tout à fait précise, mais que lorsqu'aucune donnée n'est disponible on ne peut pas faire la différence entre une donnée manquante et une absence de pathologie ou de vaccin par exemple.

Cela ne nous empêche pas de faire des analyses plus poussées sur certaines populations, par exemple nous avons pu montrer que l'on retrouvait dans les maisons médicales, comme dans la littérature internationale, une forte corrélation entre la prévalence du diabète et un faible niveau d'études.

Actuellement les données du tableau de bord viennent uniquement d'équipes travaillant au forfait, ce qui implique que les patients sont abonnés et s'engagent à ne pas consulter de praticiens au niveau de la première ligne hors de la maison médicale<sup>7</sup>. Les données recueillies sont donc bien représentatives des soins de première ligne dont ils ont bénéficié.

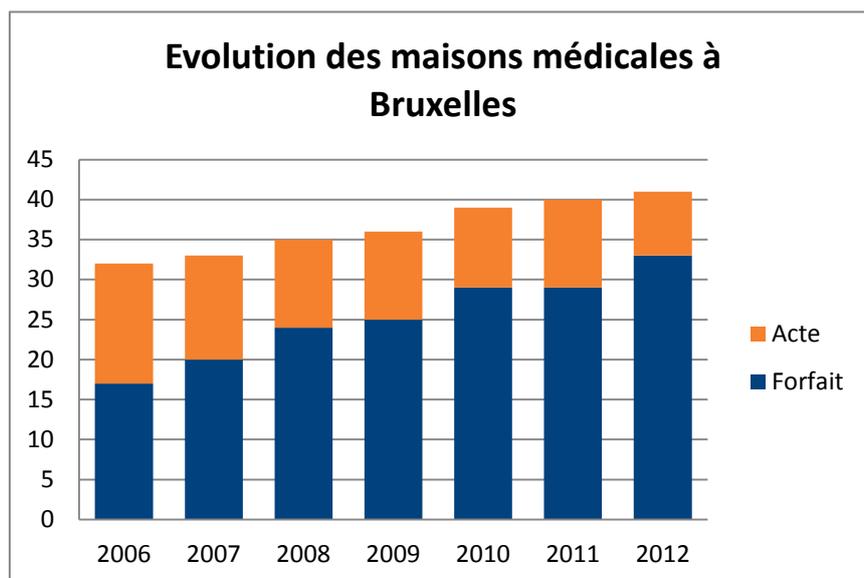
---

<sup>6</sup> « Recueil de données de santé de routine et respect de la vie privée » Marie Marganne - Santé Conjuguée n°58 - 10/2011

<sup>7</sup> S'ils consultent ailleurs, ils ne bénéficient plus du remboursement des soins.

### 1. Nombre de maisons médicales et de patients à Bruxelles

Le nombre de maisons médicales à Bruxelles augmente régulièrement : nous sommes passés de 32 équipes en 2006 à 41 équipes début 2012. Il y a donc de plus en plus de patients soignés dans les maisons médicales à Bruxelles, on estime à environ 17500 le nombre de patients supplémentaires soignés en maison médicale entre 2006 et 2010 soit une augmentation du nombre de patients de 23%.

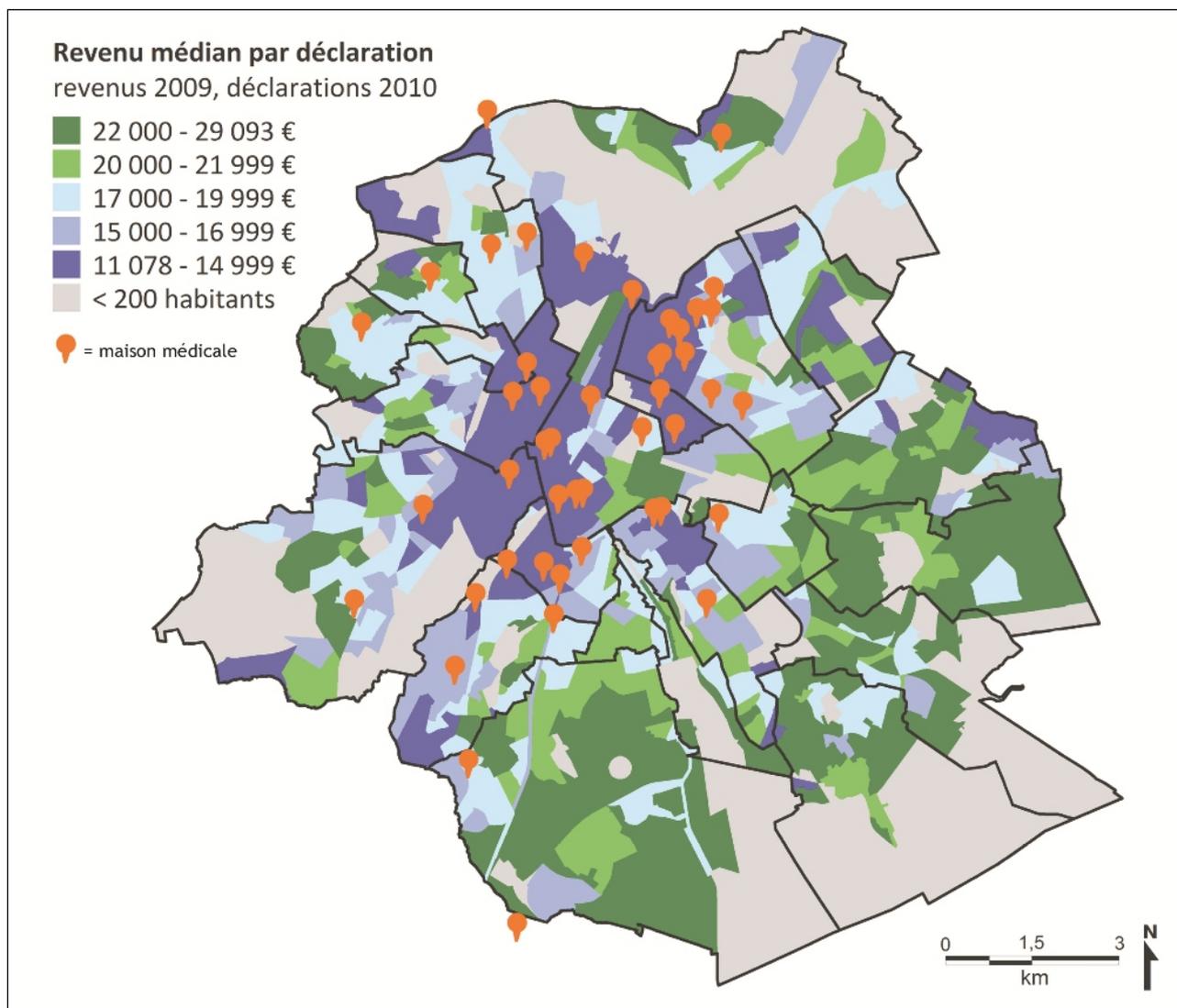


La proportion de personnes soignées en maison médicale par rapport à la population bruxelloise augmente également mais dans une moindre mesure car dans le même temps la population de Bruxelloise s'est fortement agrandie (plus de 70 000 nouveaux habitants). On estime à 8,5% la proportion de la population bruxelloise qui était soignée en maison médicale en 2010 contre 7,4% en 2006. Depuis, de nouvelles équipes se sont installées et cette proportion a probablement encore augmenté. Cependant, nous constatons que la demande est bien plus grande que l'offre, de nombreuses équipes sont à saturation et doivent refuser de nouvelles inscriptions, la moitié des 31 répondants de l'enquête IGB signalent qu'elles doivent limiter leurs inscriptions.

Tableau1 : Nombre de maisons médicales et de patients selon les années à Bruxelles

	2006	2007	2008	2009	2010
Maisons médicales à Bxl	32	33	35	36	39
Estimation population MM	75163	74042	85024	80706	92677
Population à Bxl (statbel)	1018804	1031215	1048491	1068532	1089538
Proportion en mm	7,38	7,18	8,11	7,55	8,51

Les maisons médicales sont principalement implantées dans les quartiers dont les habitants ont le moins de revenus comme on peut le constater sur la carte ci-dessous.



Source : direction générale Statistique et Information économique, Statistiques fiscales 2010. Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2012). *Baromètre social 2012*.  
Position des maisons médicales : Fédération des maisons médicales 2012

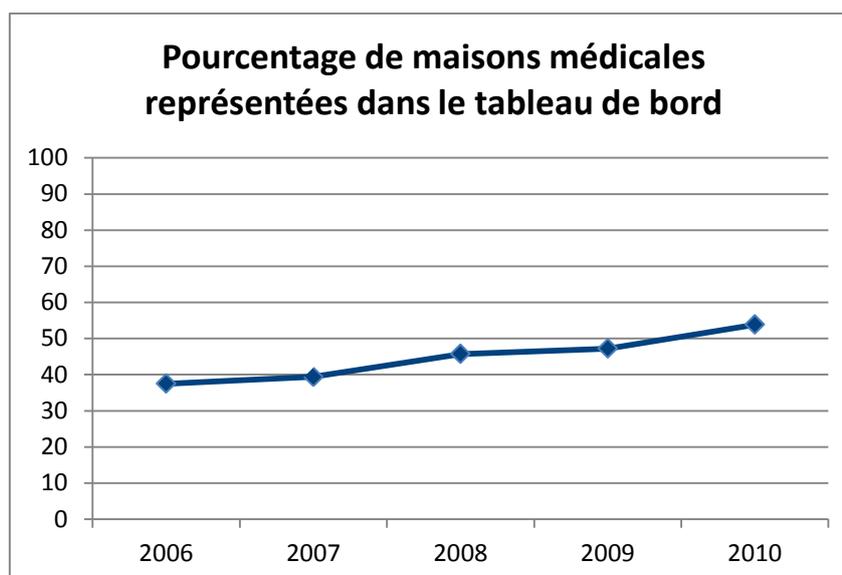
## 2. Nombre de maisons médicales et de patients dans le tableau de bord

Le nombre d'équipes qui participent au tableau de bord progresse régulièrement depuis le début du projet. En 2010, 23 équipes sur 39 ont envoyé leurs données, ce qui représente près de 60% des équipes<sup>8</sup>. Le nombre de participants est cependant limité par des soucis d'ordre pratique. En effet, actuellement la moitié des équipes bruxelloises utilisent pour leurs dossiers de santé informatisés des logiciels qui ne permettent pas d'extraire les données dont nous avons besoin sous un format compatible avec notre recherche, par contre 77% des équipes peuvent envoyer leurs données administratives. En effet plusieurs équipes utilisent Pricare® (logiciel cogéré par la Fédération) uniquement pour la facturation et les données recueillies dans ce cadre sont très utiles pour la description socio-administrative des patients.

Tableau2 : Nombre de patients et d'équipes représentées dans le tableau de bord à Bruxelles

	2006	2007	2008	2009	2010
patients dans le TB	28186	29168	38868	38111	49903
MM dans le TB	12	13	16	17	21

Le graphique suivant montre que le pourcentage de maisons médicales bruxelloises participant au tableau de bord est en progression constante d'une année à l'autre, ce qui renforce la représentativité des données présentées.



## 3. Une population spécifique

La plupart de ces données sont issues des données du tableau de bord et donc uniquement de maisons médicales au forfait, cependant nous estimons que la population des maisons médicales à l'acte n'est pas très différente de celle des maisons médicales au forfait.

Les données présentées ici sont ciblées sur la question de l'accessibilité, pour d'autres informations sur la population des maisons médicales se référer aux rapports bisannuels « Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait ? » disponibles sur le site de la Fédération des maisons médicales<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Deux bases de données n'ont pas pu être exploitées, ce qui ramène à 21 le nombre d'équipes dans le tableau de bord  
<sup>9</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Quelle-population-suivons-nous-en,318.html>

## Une population défavorisée

Les informations sur les personnes couvertes par une mutuelle sont généralement bien encodées dans les maisons médicales fonctionnant au forfait car elles sont utiles pour la facturation ; ces données nous apportent des informations importantes bien qu'insuffisamment nuancées sur la situation de précarité des personnes. En effet, elles permettent de savoir dans quelle catégorie de remboursement, préférentiel ou non, les patients se situent et le droit à des remboursements préférentiels est basé sur des caractéristiques socio-économiques. Cependant, les maisons médicales, qu'elles soient à l'acte ou au forfait soignent aussi une proportion plus ou moins importante de personnes n'ayant pas de mutuelle. Les informations sur ces personnes sont beaucoup plus difficiles à récolter car elles sont rarement encodées systématiquement.

### a) Les patients abonnés

Les données du code titulaire des mutualités (code CT12) permettent de constituer deux grandes catégories :

- Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou assurés préférentiels, catégorie constituée elle-même d'une part des personnes bénéficiant du statut Omnio, composée de personnes bénéficiant de ce statut du fait de bas revenus et d'autre part de celle, anciennement appelée VIPO100, qui est composée des veufs, invalides, pensionnés et orphelins dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil.
- Les assurés non-préférentiels constituée elle-même d'une part des assurés ordinaires et d'autre part des ancien VIPO 75 qui est composée des veufs, invalides, pensionnés et orphelins dont les revenus sont supérieurs à un certain seuil.

Ces catégories ne permettent pas d'obtenir une image très nuancée de la situation des patients et elles sont composées d'informations concernant des indices de niveaux différents<sup>10</sup> mais elles donnent déjà une information importante et leur évolution sur plusieurs années permet de donner une indication de l'évolution de la pauvreté dans la population belge (pas de données régionales disponibles) ou dans celle des maisons médicales.

En 2010, les bénéficiaires de l'intervention majorée constituent 39,6% des patients suivis dans les maisons médicales concernées par l'étude soit presque trois fois ce que l'on rencontre dans la population belge : 14,5%.

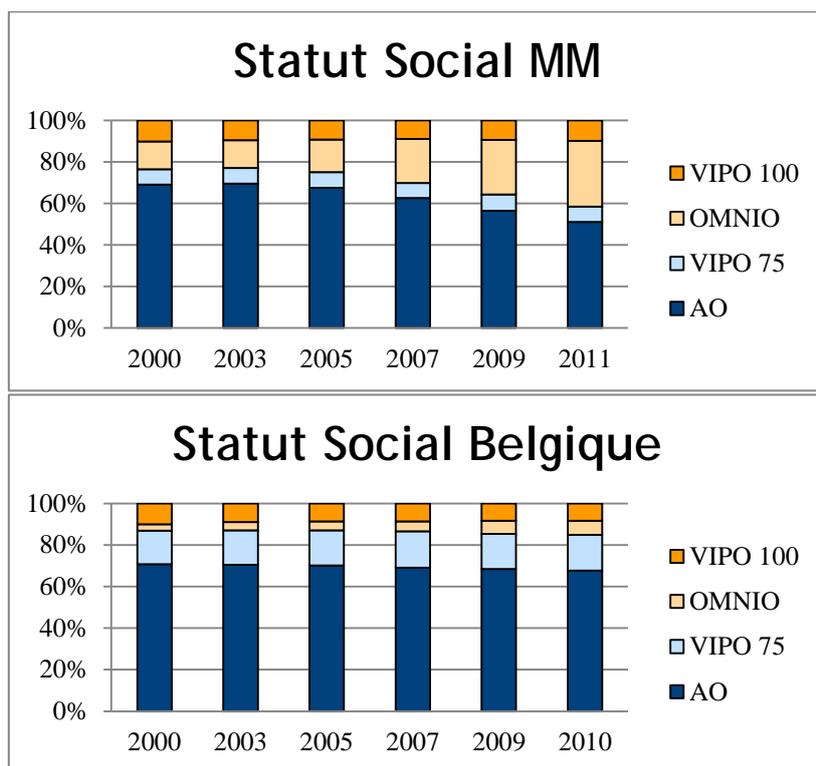
L'évolution constatée entre 2007 et 2010 est due en partie à l'entrée en vigueur du statut Omnio en 2007, une grande inertie existe par rapport à sa mise en application et les ayant droits se manifestent peu à peu (beaucoup d'entre eux ne sont d'ailleurs pas encore pris en compte). La proportion de personnes bénéficiant de ce statut évolue beaucoup plus vite en maison médicale que dans la population générale, plusieurs facteurs expliquent cette différence sans que l'on puisse déterminer exactement leur part spécifique:

- Les maisons médicales avaient probablement à la base plus de patients entrant dans les critères d'accès au statut Omnio.
- Les maisons médicales font une prise en charge globale des patients, cette prise en charge comporte un volet social dans lequel on aide les patients à se mettre en ordre de mutuelle par exemple ou à remplir les démarches parfois compliquées nécessaires à l'obtention d'aides auxquelles ils ont droit.

<sup>10</sup> Cette variable inclut par exemple des informations sur la santé (invalides), l'âge (pensionné) ou la situation familiale (orphelin, veuf).

- La paupérisation est plus importante dans les quartiers dans lesquels les maisons médicales sont installées et celles-ci drainent la population la plus défavorisée de ces quartiers. L'Union Nationale des mutualités socialistes a mené une étude<sup>11</sup> sur ce thème auprès de ses affiliés et ses conclusions sont : « Ces résultats confirment donc la meilleure accessibilité des maisons médicales au forfait pour la population BIM et ce quel que soit le quartier de la capitale. Pour la Mutualité Socialiste - Solidaris, il s'agit dès lors d'un système à promouvoir, parallèlement à la médecine à l'acte, en particulier en ces temps de crise où une part de plus en plus importante de la population reporte les soins pour raisons financières ».

Les tableaux ci-dessous montrent la différence d'évolution entre la progression du statut Omnio dans les maisons médicales (bruxelloises et wallonnes) et la Belgique



Le graphique « statut social mm » est construit à partir des données des maisons médicales de Bruxelles et de Wallonie qui ont envoyé des données utilisables (58 sur 87) car les données de comparaison ne sont disponibles que pour la Belgique.

On constate également que :

Les personnes ayant un statut d'invalidé (toutes catégories confondues) constituent 7,5% de la population des maisons médicales bruxelloises ce qui reste stable par rapport à 2008 : 7,3% (6,6% en décembre 2007). C'est toujours largement supérieur aux 4,6% d'invalides dans la population générale belge<sup>12</sup>. Cette constatation avait déjà été soulignée dans le rapport du service d'études de la Fédération des maisons médicales<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> « L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles » Michel Boutsen, Leila Maron - Union Nationale des mutualités Socialistes - Direction Etudes - novembre 2011

<sup>12</sup> Inami 2009 <http://www.inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2009/pdf/statisticspeople2009all.pdf>

<sup>13</sup> Denis B, Drielsma P et al, Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales ? Quelle est sa consommation de soins médicaux ? Données 2003, Service études, Fédération des maisons médicales, mai 2005.

Sachant que les personnes invalides qui arrivent à l'âge de la pension quittent la catégorie « invalides » pour entrer dans la catégorie « pensionnés », nous avons apporté une correction à ces résultats en supprimant les pensionnés des comparaisons (ils constituent une part plus importante de la population belge que de celle des maisons médicales), cela nous donne 5,5% d'invalides sur la population belge hors pensionnés et 8,1% dans les maisons médicales bruxelloises (8,3% si on ajoute les maisons médicales wallonnes).

Les nouvelles MM attirent encore davantage les patients défavorisés que les anciennes, plusieurs hypothèses pourraient l'expliquer : installation dans des quartiers plus défavorisés ou identification des maisons médicales comme des endroits accessibles aux plus défavorisés, notamment auprès des services sociaux qui les renseignent à leur population.

		Non BIM	BIM	Total
Ancienneté MM	< 10 ans	55 %	45 %	100 %
	≥ 10 ans	61 %	39 %	100 %
	Total	60 %	40 %	100 %

#### *b) Les patients non abonnés*

A l'occasion de cette publication, nous avons décidé de chercher des informations supplémentaires à propos des personnes soignées en maison médicale bien que n'étant pas affiliés à une mutuelle. Une bonne part de ces personnes sont des personnes en situation illégale et elles bénéficient souvent de l'AMU (aide médicale urgente).

Nous retrouvons peu d'information sur ces personnes dans le tableau de bord car elles nécessitent un encodage particulier et surtout une mise à jour constante pour vérifier si ces patients sont toujours patients de la maison médicale. C'est une population très mobile et les équipes hésitent à ouvrir un nouveau dossier pour quelqu'un qu'ils ne reverront jamais la plupart du temps.

Nous avons néanmoins utilisé les données disponibles (tableau de bord et enquête par questionnaire de l'intergroupe bruxellois) et nous les avons complétées par une enquête téléphonique et une recherche qualitative sur le terrain. Nous avons rencontré des équipes travaillant au forfait à la capitation et d'autres à l'acte.

La situation est très contrastée entre les différentes équipes et dépend fortement de différents facteurs dont le plus important semble être leur situation géographique.

- Dans le tableau de bord, la proportion moyenne de personnes ne bénéficiant pas d'une mutuelle est de 2,1%, cette variable n'est pas encodée partout ni de manière systématique : quinze équipes sur 21 ont encodé des données, une d'entre elles n'a encodé qu'un seul patient, sept ont encodé entre 3 et 5 % de leurs patients dans cette catégorie, une équipe en compte 13% et les autres sont en dessous de 2%.
- Dans l'enquête par questionnaire de l'intergroupe bruxellois, nous avons des informations sur base déclarative (questions en annexe) : les équipes qui participent au tableau de bord présentent peu de différences, elles se sont probablement basées sur les données encodées, onze autres équipes ont répondu au questionnaire sans que l'on puisse toujours savoir si les données concernent des proportions de patients ou des proportions de consultations. Nous avons deux équipes du centre de Bruxelles qui ont

une très grande proportion de consultations, près de 40% ; les autres équipes se situent entre 1% et 27%.

- Dans notre enquête téléphonique, nous avons surtout essayé de compléter et nuancer les informations disponibles dans le tableau de bord. Nous avons également eu des informations supplémentaires pour deux équipes qui ont respectivement 3,1% de consultations et 8,7% de patients sans mutuelle.

Les conclusions qui peuvent être tirées de ces estimations sont que la réalité est très différente d'une équipe à l'autre ; que la comptabilité des personnes sans mutuelle est rarement une priorité pour les équipes et que parmi les équipes qui peuvent chiffrer cette patientèle (ou la proportion de consultations), celles qui en voient une grande proportion se trouvent dans le centre de Bruxelles.

Cette dernière constatation est à mettre en lien avec une donnée se trouvant dans le mémorandum sur les AMU réalisé en avril 2012<sup>14</sup> : la commune de Bruxelles ville comptabilise le plus de bénéficiaires de l'AMU et cela dans les proportions très importantes. Une personne travaillant dans une équipe éloignée du centre nous a expliqué que leur équipe avait signalé à d'autres qu'ils étaient volontaires pour recevoir des personnes en situation précaire mais qu'il s'est avéré que ces dernières, bien que souvent sans domicile fixe, hésitent à s'éloigner du centre-ville.

L'enquête sur le terrain a été réalisée entre avril et juin 2012 dans dix maisons médicales de la région bruxelloise<sup>15</sup>. Elles ont été choisies « de proche en proche », en fonction des recommandations du service d'étude, puis des équipes interviewées. Comme plusieurs MM parlaient de leur collaboration avec le service des urgences de l'hôpital St Pierre, en complément de l'étude, nous y avons interviewé l'assistante sociale.

Lors des échanges avec les équipes nous avons voulu savoir si l'accueil des personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente (c'est-à-dire des personnes qui vivent en Belgique en situation illégale) posait des difficultés particulières, que ce soit lié à leur situation, à la quantité de personnes concernées, à des problèmes de santé spécifiques ou autres.

Un constat important des travailleurs des maisons médicales est que les personnes en situation illégale qui fréquentent leurs services ne sont pas que des exclus, ni systématiquement des personnes précarisées. Ce sont aussi des hommes et des femmes qui ont quitté leur pays dans des conditions difficiles, épouvantables parfois, mais qui montrent un courage et une dignité qui forcent le respect. Ils ne sont pas « comme tout le monde » puisqu'ils sont en séjour illégal mais ils relèvent de l'AMU qui est une forme de protection sociale, à l'image de celle des résidents belges. A Bruxelles en tout cas, la diversification culturelle des personnes en séjour illégal n'est pas sensiblement plus importante de celle des autres habitants et par définition, les patients en situation illégale qui fréquentent les maisons médicales et dont nous ont parlé les équipes ne sont pas des personnes exclues des soins.

En maison médicale, il ressort des entretiens que la qualité des soins n'est pas liée à la condition d'AMU, en effet, à l'exception des moments de renouvellement de la carte médicale du CPAS, il n'y a rien qui permet de les identifier comme tels. On reste en médecine générale et l'AMU offre toutes les conditions pour offrir des soins de qualité (remboursement au tarif INAMI, accès aux médicaments, références possibles au spécialiste, aux examens para-cliniques, ...), en termes de problèmes de santé, les patients AMU sont des patients comme les autres, avec une couverture des soins de santé un peu particulière, même s'il ne faut pas négliger le fait que le contexte d'illégalité entraîne des difficultés particulières qui peuvent influencer la santé et la relation thérapeutique.

<sup>14</sup> « Mémorandum Aide Médicale Urgente (AMU) pour personnes en séjour illégal, où le bât blesse-t-il ? » Les asbl JES, Pigment, Medimmigrant, Samenlevingsopbouw Brussel et Médecins du Monde ont participé à la rédaction du présent mémorandum. Elles ont en cela été soutenues par des médecins de la Maison Médicale Aster (Schaerbeek) et par le cabinet de médecins généralistes Renfort à Molenbeek-Saint-Jean.

<sup>15</sup> Santé Plurielle, Vieux Molenbeek, Les Primeurs, Marconi, Entraide des Marolles, du Nord, Aster, Neptune, Alpha santé, Enseignement.

Les différentes modalités de prise en charge des illégaux dans les maisons médicales sont très hétérogènes, mais sont des exemples concrets *d'approches centrées sur le patient*. Les maisons médicales considèrent que l'accueil d'une personne en situation illégale fait partie de ce qui est normal.

Reste le problème de la surcharge administrative, la sensation de débordement qui peut être rencontrée dans certaines équipes et qui est surtout liée aux contacts répétés nécessaires face aux difficultés des gens lorsqu'ils entrent dans le système AMU ; comprendre comment ça fonctionne, gagner la confiance du CPAS, subir l'enquête sociale, se soumettre aux réquisitoires...

Les plus grosses difficultés viennent de la faible coordination possible avec la plupart des CPAS, dans les liens avec ces instances. Il y a, pour les patients, énormément d'aller-retour, et pour les maisons médicales, une gestion au coup par coup. L'harmonisation des procédures entre les communes et la stabilité de personnel formé à l'accueil des personnes en situation illégale sont deux manques importants que les CPAS pourraient combler. Le remboursement de la première consultation dans toutes les communes serait par ailleurs une avancée concrète qui ouvrirait la porte de la prise en charge médicale de ces personnes vers l'ensemble des médecins généralistes.

Les maisons médicales sont disponibles pour accueillir et soigner les patients AMU mais il faut compter avec leur niveau de saturation qui limite les capacités d'accueil en général. Par ailleurs les charges administratives supplémentaires occasionnées par la prise en charge des AMU pourraient être pensées pour être réduites ou compensées.

#### 4. Conclusions

Les maisons médicales sont des associations volontaires constituées sur base d'un projet commun qui implique notamment de favoriser l'accès à des soins de santé de qualité à tous, y compris les personnes les plus défavorisées.

Cela se traduit par exemple par une présence importante dans les quartiers les plus précarisés de Bruxelles, par des systèmes de paiement qui garantissent l'accessibilité financière, par une approche qui prend en compte la personne dans sa globalité, qui tient compte des difficultés psycho-sociales des patients et des spécificités culturelles de chacun.

Nous constatons dans nos populations une grande proportion de personnes bénéficiaires de l'intervention majorée qui sont par définition des personnes en situation financière plus difficile. Cette proportion est près de trois fois supérieure à ce que l'on retrouve dans la population belge. Nous voyons aussi que les maisons médicales soignent une part parfois très importante de personnes en situation illégale. Elles sont donc accessibles à des populations qui ont difficilement accès aux soins dans d'autres structures.

Nous constatons également que les maisons médicales répondent à un besoin, elles sont de plus en plus nombreuses, mais malgré cela beaucoup d'entre-elles doivent limiter leur accès pour préserver la qualité des soins qu'elles proposent.



Annexes :

Questionnaire IGB

1. Dans votre MM, quel est le nombre de patients suivis ?	MM à l'acte	MM au forfait
Nombre de patients suivis (ayant eu un contact dans les 2 dernières années)		
Nombre de patients inscrits		
Nombre de patients suivis non-inscrits (CP)		
Nombre de patients suivis hors forfait (sous convention particulière)		
Nombre de patients suivis hors forfait (sans mutuelle)		

1. Connaissez-vous la proportion de vos patients soumis aux statuts suivants ?		
Statut	Proportion	Sur quelle année de référence ?
Assuré ordinaire		
BIM - ex VIPO		
OMNIO		
Émargeant au CPAS		
.....		

2. En médecine générale, pouvez-vous indiquer la moyenne des visites à domicile annuelles par patient ?		
Statut	Moyenne <sup>16</sup>	Sur quelle année de référence ?

<sup>16</sup> La moyenne (en %) est le ratio "quantité de visites / quantité de patients" (= moyenne de visites annuelles par patient).

Assuré ordinaire		
BIM - ex VIPO		
OMNIO		
Émargeant au CPAS		
.....		



# Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones

Bd du Midi 25/5  
1000 Bruxelles  
02 514 40 14  
fmm@fmm.be

[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)

