

RAPPORT SECTORIEL DES MAISONS MÉDICALES BRUXELLOISES

Année 2017

1. Introduction

Le présent rapport dresse une situation sommaire du secteur des maisons médicales en région bruxelloise et effectue une analyse de l'adéquation de l'offre de services par rapport aux problématiques sociales et de santé. Il permet ainsi d'identifier les besoins et de mettre en évidence les actions nécessaires pour améliorer l'offre de soins de santé primaires à Bruxelles de manière générale et pour la population des maisons médicales en particulier. Le rapport répond également à une demande des pouvoirs subsidiaires. En effet, selon le chapitre IV du décret bruxellois du 5 mars 2009, Section Ire, article 163, les organismes de représentation des secteurs doivent élaborer, au moins tous les cinq ans, un rapport qui contient pour chaque secteur représenté par l'organisme :

- une description de l'évolution des pratiques du secteur
- une analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre leur secteur
- une analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec les nouvelles problématiques sociales et de santé

Il est demandé aussi que les organismes participent tous les cinq ans à l'élaboration d'un rapport commun à tous les secteurs de l'Action sociale et de la Famille et de la Santé.

Les résultats et analyses contenus dans ce rapport proviennent de diverses sources : Fédération des maisons médicales, Intergroupe bruxellois (IGB), maisons médicales (MM), données nationales et internationales.

Les données décrivant la situation sociodémographique et économique des patients soignés dans les maisons médicales, leur niveau de consommation de soins, leur état de santé et l'utilisation de soins préventifs sont issues du tableau de bord des maisons médicales. Le tableau de bord est un outil interne de collecte annuelle de données concernant la population soignée dans les maisons médicales. Il permet de suivre ses caractéristiques sociodémographiques et son état de santé.

Les données concernant le personnel des maisons médicales proviennent du cadastre de l'emploi de la Fédération des maisons médicales. Il s'agit d'un outil interne qui décrit annuellement l'effectif des différents professionnels travaillant en maisons médicales, leurs caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de leur emploi (temps d'occupation, statut...etc.).

Afin de mieux refléter les situations spécifiques qui prévalent dans les maisons médicales bruxelloises et prendre en compte le ressenti et les besoins des acteurs clés que constituent le personnel soignant en maison médicale, nous avons recueilli, en 2016, leur point de vue via un questionnaire rempli en équipe. Un tiers des équipes (17) des maisons médicales bruxelloises membres de la Fédération des maisons médicales nous ont répondu.

Différentes études réalisées sur le secteur des maisons médicales ont été également exploitées tout comme une revue générale de la littérature belge et internationale.

2. Analyse des problématiques sociales et de santé

2.1. Profil sociodémographique et économique de la population suivie dans le secteur des maisons médicales

Les caractéristiques sociodémographiques peuvent constituer en soi des facteurs d'inégalité par rapport à la santé. En effet, on sait que les personnes qui ont un faible niveau socioéconomique (éducation, emploi, logement) sont plus susceptibles d'avoir une moins bonne santé (Bossuit et al 2004).

Pour ce qui est de l'âge, on observe que la population des maisons médicales bruxelloises est en moyenne plus jeune que l'ensemble de la région bruxelloise : 32,2 ans versus 37,5 ans. La proportion de seniors (>=65 ans) est deux fois moins importante (7,7% versus 16%).

La précarité mesurée par le type de remboursement (préférentiel ou non) est plus importante dans la population des maisons médicales bruxelloise (43%) que dans la région de Bruxelles-Capitale (32%). On note aussi deux fois plus de patients non en ordre de mutuelle dans les maisons médicales que dans l'ensemble de la Belgique.

L'invalidité est plus fréquente en maison médicale avec 7,6% de la population concernée contre 5,6% à Bruxelles et 4% pour la Belgique.

La forte précarisation visible au travers du statut BIM de la population des maisons médicales peut s'expliquer d'une part par un travail social important au niveau des maisons médicales dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. Aider les personnes à exercer leur droit au statut BIM leur permet de bénéficier de leurs droits à un remboursement préférentiel en première et en deuxième ligne de soins. D'autre part, les maisons médicales s'installent plus souvent dans des communes où le taux de précarité est élevé, ce qui les amène certainement à drainer une grande part de cette population en quête d'une accessibilité plus grande aux soins. Enfin, même au sein de leurs quartiers, les maisons médicales attirent une plus grande proportion de personnes en situation précaire (Boutsen et al 2011).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population des maisons médicales (31.12.2016)

		Maisons Médicales bruxelloises*	Région bruxelloise**	Belgique***
		(n = 58042)	n=(1.191.604)	(n = 11.322.688)
Sexe	Masculin (%)	48,7	48,3*	49*
Age au 31.12.16	Age moyen (ans)	32,2	37,5*	40,7*
Personnes âgées	65+ (%)	7,7	13,4*	17,1*
Régime	Général (%)	94,7	-	90
	Indépendants (%)	5,3	-	10
Remboursement Préférentiel	BIM (%)	42,8	31,6	14,6
Invalidité	Invalides (%)	7,6	5,6	4,4

*Données issues du Tableau de Bord de la FMM au 31/12/2016

**Bestat.fgov consulté en août 2017

***Données 01/01/2017 (Stabel, SPF Economie)

2.2. Les problématiques sociales dans le secteur des maisons médicales bruxelloises

Afin d'illustrer les problématiques sociales qui sont présentes dans le secteur des maisons médicales, l'analyse qui suit est issue des enquêtes qualitatives soumises, en 2016, aux maisons médicales. Il est en effet important de prendre en compte le point de vue du personnel soignant. Ce point de vue est étayé, lorsque cela est possible, avec des données statistiques concernant la région bruxelloise ou la Belgique. Plusieurs situations sont apparues préoccupantes pour les soignants en maison médicale.

2.2.1. La pauvreté

Le premier élément souligné par les soignants est **l'état de pauvreté** dans lequel vivent les patients et qui influence leur bien-être et leur accès à des soins de qualité. En effet la quasi-totalité des équipes répondantes (16/17 soit 94%) évoquent des situations de pauvreté en rapport avec de faibles revenus et des problèmes financiers, des patients devant faire face à des dettes. Cette situation de pauvreté généralisée perçue est bien une réalité importante à prendre en compte et confirmée par les données statistiques disponibles. Selon le baromètre social 2016 « près d'un ménage bruxellois sur trois vit en dessous du seuil de risque de pauvreté (moins de 1083 euros mensuels de revenus) ». C'est deux fois plus que la moyenne belge (14, 9%). L'on sait que la pauvreté est associée à des indicateurs de santé moins bons et cette population nécessite souvent une prise en charge plus adaptée avec un temps de consultation plus long et la prise en compte de préoccupations sociales émotionnellement énergivores. Cette population reporte également plus souvent les soins. En effet, près d'un quart des ménages bruxellois reportent les soins et c'est souvent les ménages qui se retrouvent dans les quintiles de richesse plus bas. Heureusement la majorité (82%) des maisons médicales pratiquent le forfait ce qui réduit le risque de report de soins pour raisons financières. C'est donc sans surprise que les maisons médicales comptent plus de Bénéficiaires d'intervention majorée, ce qui alourdit le travail des soignants en maison médicale.

2.2.2. Les problèmes de logement

A côté de la pauvreté, 100% des équipes des maisons médicales interrogées ont évoqué les problèmes de logement comme étant une problématique importante : insalubrité, surpeuplement, manque de logements, manque de logements sociaux, manque de logements à prix accessible, manque de logements pour les familles nombreuses, discrimination au logement, logements précaires. Il faut dire que le baromètre social a aussi mis en évidence des problèmes d'accès à un logement décent plus fréquents à Bruxelles que dans les autres régions. Cela concernerait près d'un ménage sur 4 à Bruxelles soit 2 fois plus qu'en Wallonie. Des logements insalubres, mal chauffés, humides, surpeuplés... sont sources de nombreux problèmes de santé.

2.2.3. Les problèmes liés à l'emploi

L'une des problématiques soulevées par 61% des équipes interrogées concerne les problèmes liés à l'emploi. Il s'agit du chômage d'une part et des mauvaises conditions de travail d'autre part avec l'émergence du burnout, des licenciements litigieux, du harcèlement au travail, des conflits au travail. Il est important ici de faire remarquer que si le chômage est un indice de précarité, occuper un emploi dans des conditions de travail inadéquates est aussi générateur de stress et même de précarité.

Un mauvais état de santé influence négativement l'emploi et par ailleurs l'inemploi ou l'emploi dans de mauvaises conditions est source de mal-être physique et psychique.

2.2.4. Les problèmes linguistiques

Pour soigner adéquatement, le soignant doit être à l'écoute et le patient doit pouvoir expliquer ses besoins et problèmes. Lorsque le soignant et le soigné ne peuvent se comprendre parce qu'ils parlent des langues différentes, la relation de soins est fortement perturbée. Cela entraîne aussi un isolement du patient ce qui aggrave sa situation sociale et de santé. Les problèmes linguistiques ont été soulevés par trois quarts des équipes soignantes. Bruxelles est une ville qui accueille beaucoup d'étrangers dont une grande partie en situation de précarité, une bonne part fréquente les maisons médicales. Des collaborations doivent se faire avec des associations pour assurer une fonction d'interprète pour la prise en charge des patients.

2.2.5. La prise en charge des migrants (réfugiés, AMU...)

Ce problème est évoqué par 60% des équipes répondantes.

Beaucoup de patients migrants présentent des difficultés d'accès aux soins à cause de leur situation administrative et de séjour qui ne permet pas d'avoir une assurance maladie. Etre soigné comme AMU nécessite des démarches administratives entre CPAS et structures de soins. Démarches épuisantes tant pour le patient que pour les soignants. Dans de nombreux cas, les patients AMU ne connaissent pas les possibilités d'accès aux soins ou évitent d'effectuer des démarches de soins par peur de leur situation de séjour irrégulière.

2.2.6. Des problèmes sociaux généraux

Beaucoup d'autres problèmes sociaux ont été soulignés par les équipes : des problèmes scolaires pour les jeunes (scolarité difficile, décrochage scolaire, exclusion scolaire, niveau scolaire peu élevé, absentéisme scolaire, manque de place dans les écoles), l'exclusion sociale, les problèmes d'alimentation et la sédentarité, les ménages monoparentaux, les violences conjugales et familiales, les problèmes judiciaires...etc.

L'ensemble de ces problèmes sociaux ont des répercussions sur la santé des patients et leur capacité à entrer adéquatement dans une relation de soins.

2.3. Les problématiques de santé dans le secteur des maisons médicales bruxelloises

2.3.1. Etat de santé de la population soignée : maladies chroniques et facteurs de risque

Les statistiques de l'OMS (WHO 2010) montrent que les maladies chroniques, en l'occurrence les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies chroniques respiratoires sont les principales causes de mortalité dans le monde (63% des décès dans le monde sont attribuables aux maladies chroniques). Les pays développés dont la Belgique n'échappent pas à la situation.

L'ensemble des maisons médicales bruxelloises reconnaissent les maladies chroniques comme un problème prioritaire rencontré quotidiennement dans la pratique : cancers, maladies cardiovasculaires, problèmes

respiratoires chroniques... On observe une tendance à la hausse des déterminants comportementaux de ces maladies chroniques comme l'alimentation déséquilibrée, la sédentarité (manque d'activité physique, les loisirs passifs notamment les écrans), les troubles du sommeil, le tabagisme, l'alcoolisme. Ces déterminants comportementaux favorisent des déterminants biologiques comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité.

Les données collectées dans les maisons médicales qui ont permis d'établir le tableau de bord 2016 sont en concordance avec ces observations.

- Au moins 14% des patients de 20 ans et plus en maisons médicales à Bruxelles sont obèses contre 13% pour la région bruxelloise selon l'Enquête nationale de santé belge 2013 (Enquête nationale de santé (ENS) 2013).
- Au moins 15% des patients de 15 ans et plus en maisons médicales à Bruxelles souffraient en 2016 d'une hypertension artérielle contre 16% pour la région bruxelloise (ENS 2013).
- Au moins 6,3% des patients de 15 ans et plus en maisons médicales à Bruxelles avaient un diabète de type 2 contre 5,9% pour la région bruxelloise (ENS 2013).

On peut constater que malgré un âge moyen plus jeune de leur population, les maisons médicales bruxelloises enregistrent autant sinon plus de problèmes cardiovasculaires que la population générale bruxelloise.

La prise en charge des maladies chroniques, et des multimorbidités, nécessite une organisation des soins orientée vers l'interdisciplinarité avec une présence infirmière et kiné plus importante et un investissement plus important des médecins, notamment en maisons médicales où la prévalence est élevée et où on soigne une population plus précarisée et plus vulnérable.

Le niveau socioéconomique plus défavorisé qui caractérise cette population explique les différences observées avec la population générale. Cette inégalité face à la maladie due au niveau socioéconomique s'observe à l'intérieur même des maisons médicales où les plus défavorisés subissent plus souvent les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire : obésité, tabagisme, sédentarité, diabète et hypertension artérielle.

Les données des maisons médicales montrent en effet que la prévalence des comportements à risque et des problèmes cardiovasculaires est plus importante parmi les BIM et les personnes de faible niveau d'éducation.

2.3.2. Santé mentale en maisons médicales bruxelloises

Près de deux tiers des équipes de maisons médicales bruxelloises répondant à notre enquête ont mis en évidence les problèmes de santé mentale comme une problématique régulière prenant de la place dans les activités de soins. Les problèmes évoqués comme réguliers sont l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression, la schizophrénie, les multi-addictions. Cette observation concorde avec la tendance nationale et les chiffres observés dans les maisons médicales. En effet, selon l'enquête nationale de santé 2013, un tiers de la population de 15 ans et plus éprouve des difficultés psychologiques, telles que se sentir stressé(e) ou tendu(e), être malheureux (se) ou déprimé(e) ou ne pas pouvoir dormir à cause de ses soucis. La situation s'est plutôt dégradée au cours des 5 dernières années. Le pourcentage de personnes présentant des troubles dépressifs est passé chez les femmes de 15 ans et plus de 13% en 2008 à 18% en 2013 et chez les hommes il a presque doublé, passant de 6% à 11% sur la même période (ENS 2013).

Selon les données du tableau de bord des maisons médicales, en 2016, c'est 13% des personnes de 15 ans et plus qui étaient diagnostiquées avec une dépression ou prenaient un antidépresseur. La prévalence était de 12,8% en 2014 dans la population des maisons médicales bruxelloises.

Selon la même source, 3,3% de la population des maisons médicales bruxelloises de 15 ans et plus souffraient de dépendance à l'alcool en 2016, chiffre moins important que la moyenne nationale (6%). La prévalence était de 4% en 2014 dans la population des maisons médicales bruxelloises.

La consommation de psychotropes concerne 6,1% de la population des maisons médicales bruxelloises pour ce qui est des antidépresseurs contre 7% au niveau de la population bruxelloise et 9% pour les anxiolytiques contre 11% pour la population bruxelloise. Ces chiffres sont restés stables dans la population des maisons médicales bruxelloises depuis 2014 : 5,8% pour les antidépresseurs et 9,3% pour les anxiolytiques.

Les soignants doivent investir du temps et des ressources additionnelles dont le recrutement de psychologues afin d'assurer une prise adéquate des patients.

3. Description de l'évolution des pratiques en maisons médicales

3.1. Présentation des maisons médicales et de la Fédération des maisons médicales

La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones est une ASBL, reconnue comme Fédération d'associations de santé intégrées (ASI) par la Région wallonne et comme un Organisme de coordination des maisons médicales par la Région bruxelloise. Elle est aussi reconnue par la fédération Wallonie Bruxelles comme une Association d'Education permanente (décret du 17 juillet 2003) et de promotion de la santé (décret du 14 juillet 1997). Elle regroupe début 2017, 108 maisons médicales implantées en Communauté Wallonie-Bruxelles, dont 50 en Région bruxelloise.

La Fédération des maisons médicales représente un mouvement ayant pour objectif de promouvoir une politique et un projet de société favorisant la santé pour tous. Pour cela, elle défend un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, tels que définis par l'OMS, et intégrant les axes de la promotion de la santé tels que définis par la Charte d'Ottawa. Ses valeurs sont la **solidarité**, la **justice sociale**, l'**équité**, la **citoyenneté**.

La Fédération des maisons médicales soutient les maisons médicales dans leur développement et dans leurs projets et missions. La Fédération des maisons médicales représente et défend également les valeurs du mouvement des maisons médicales au travers du dialogue, des partenariats, de la participation aux débats, avec divers acteurs du système de santé et de la société en général.

3.1.1. Missions et activités de la Fédération des Maisons Médicales (FMM)

Pour remplir ses missions, la Fédération des maisons médicales travaille selon deux axes :

- La défense d'une politique de santé, selon les valeurs du mouvement des maisons médicales ;
- Le service et le soutien au développement et aux projets des maisons médicales.

Plusieurs activités permettent de remplir ces missions :

- Aide au développement de nouvelles maisons médicales ;
- Soutien à la gestion des maisons médicales ;
- Soutien à la promotion de la santé et à l'action communautaire en santé ;
- Soutien au développement de la qualité ;
- Education permanente ;
- Etudes et recherches, soutien à la mission d'observatoire de la santé ;
- Groupes de réflexion et d'échanges des pratiques, par profession et par thématique ;
- Elaboration d'une stratégie en matière de politique de santé ;
- Publications et communication ;
- Soutien au développement et à l'utilisation d'un Dossier santé informatisé ;
- Comité d'éthique.

Ces activités sont soutenues par différents services de la Fédération des maisons médicales mais aussi à un niveau plus régional par les intergroupes de maison médicale :

- Intergroupe Bruxellois (IGB);
- Intergroupe Carolo (IGC);
- Intergroupe du Hainaut (IGH) ;
- Intergroupe Liégeois (IGL) ;
- Intergroupe du Brabant Wallon (IGBW)
- Intergroupe namurois (IGN) Intergroupe Semois/ourthe/Lesse (IGSOL)

3.1.2. Présentation générale du concept de maison médicale selon le mouvement

Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé primaires, continus, polyvalents et accessibles à toute la population. Leurs actions visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales et une approche intégrant le curatif, préventif et la promotion de la santé. Elles inscrivent leur activité tant dans l'accompagnement individuel que dans une perspective plus collective et de santé publique, de promotion de la santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire et cherchent à développer l'autonomie des individus dans la prise en charge des problèmes de santé. Elles intègrent leurs actions en partenariat avec le réseau local.

Une maison médicale regroupe divers professionnels de la santé : médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux, travailleurs de santé communautaire, psychologues, diététiciens, logopèdes, gestionnaires... Un staff d'accueillant(e)s écoute et oriente les demandes, gère les rendez-vous, fait le lien entre le patient et l'équipe des travailleurs en soins de santé.

Le travail en équipe permet de coordonner les interventions des différents prestataires pour une meilleure qualité des soins, une plus grande efficacité et une meilleure efficacité.

Les modalités de fonctionnement des maisons médicales répondent à la définition que donne le décret bruxellois de l'ambulatoire (2009) d'une maison médicale : « La maison médicale est un service ambulatoire qui dispense des soins de santé primaires 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. Ces soins intégrés incluent la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels, soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie. Des soins continus sont dispensés 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.

La participation des patients est une composante clé du fonctionnement participatif des maisons médicales. L'idée des fondateurs du mouvement était que les patients sont des partenaires égaux dans l'organisation et les choix sanitaires collectifs et individuels. Cela s'est traduit par les éléments suivants :

- Un souci permanent d'information des usagers dans les différentes matières en lien avec leur santé.
- Un soutien au développement de groupes de patients et d'associations d'usagers.
- L'organisation et/ou la participation aux débats sur le système de sécurité sociale, avec les organisations des patients au niveau local.
- L'information des patients sur les lois qui concernent leurs relations avec les différents organismes et institutions de soins de façon individuelle ou collective.

3.1.3. Services offerts par les maisons médicales

Les services offerts par les maisons médicales sont variés et comprennent au moins :

- Des soins (consultations et visites) dans toutes les disciplines de la médecine de famille : médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et autres soignants, y compris les gardes et permanences inhérentes à ces fonctions ;
- La prise en compte des problèmes psychosociaux ;
- Un accueil ;
- Un suivi préventif ;
- Des actions d'éducation à la santé ;
- Des activités de santé communautaire.

3.1.4. Mode de financement

Les ressources financières des maisons médicales sont essentiellement liées aux activités médicales et paramédicales des prestataires INAMI qui la composent.

Le financement des prestations de soins par l'INAMI

Les maisons médicales fonctionnent soit à l'acte, soit au forfait (la base de ces deux systèmes étant la nomenclature). Le forfait concerne plus de 82% des équipes.

Le paiement à l'acte

Ce système implique que le soignant est payé pour chaque acte qu'il preste.

Deux cas de figure peuvent se présenter :

- Soit, le patient paie directement et complètement le soignant au moment de la prestation. Le prestataire remet une attestation de soins au patient qui se fait par la suite rembourser par sa mutuelle selon le tarif conventionnel (le ticket modérateur éventuel reste à sa charge).
- Soit, le prestataire rend l'attestation de soins à l'organisme assureur qui lui paye directement la somme correspondant à la partie remboursée pour la prestation concernée ; le patient paye au prestataire uniquement le ticket modérateur, en totalité ou en partie, ou rien du tout. C'est le système du tiers payant : pour qu'il puisse être appliqué le patient doit se trouver dans l'une des situations particulières prévues par la loi. Cela vise en particulier les patients bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM) et les patients se trouvant en situation de détresse financière attestée par le prestataire

Le forfait

Le système de paiement forfaitaire est régi par un règlement adopté par l'INAMI en 1982. Ce règlement implique pour le prestataire de soins de devoir choisir entre le système à l'acte et le système au forfait. Il ne peut pas travailler suivant les deux systèmes.

Il s'agit d'un forfait à la capitation, c'est-à-dire par abonné. Dans le cadre d'un contrat signé entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale, la mutuelle paye directement à la maison médicale tous les mois et par personne abonnée une somme fixe et calculée en tenant compte de ses caractéristiques d'assuré social : le forfait (il est individuel et non familial).

Ce forfait peut concerner trois services de la maison médicale : les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers (ère)s.

Le montant global perçu chaque mois par la maison médicale est donc indépendant du nombre de représentants par profession et du nombre de contacts entre la maison médicale et les patients (il est alloué que les services soient utilisés ou non). Il est dépendant du nombre de patients inscrits et de leur statut d'assuré social.

En 2013, un nouveau mode de calcul du forfait entre en vigueur, qui permet aussi de prendre en compte les caractéristiques sociodémographiques des patients comme l'âge, le sexe, la situation sociale et les pathologies dont le patient souffre. Actuellement il y a un moratoire du gouvernement fédéral sur le passage de nouvelles maisons médicales au forfait.

3.2. Description de l'évolution de l'offre de soins dans le secteur des maisons médicales à Bruxelles

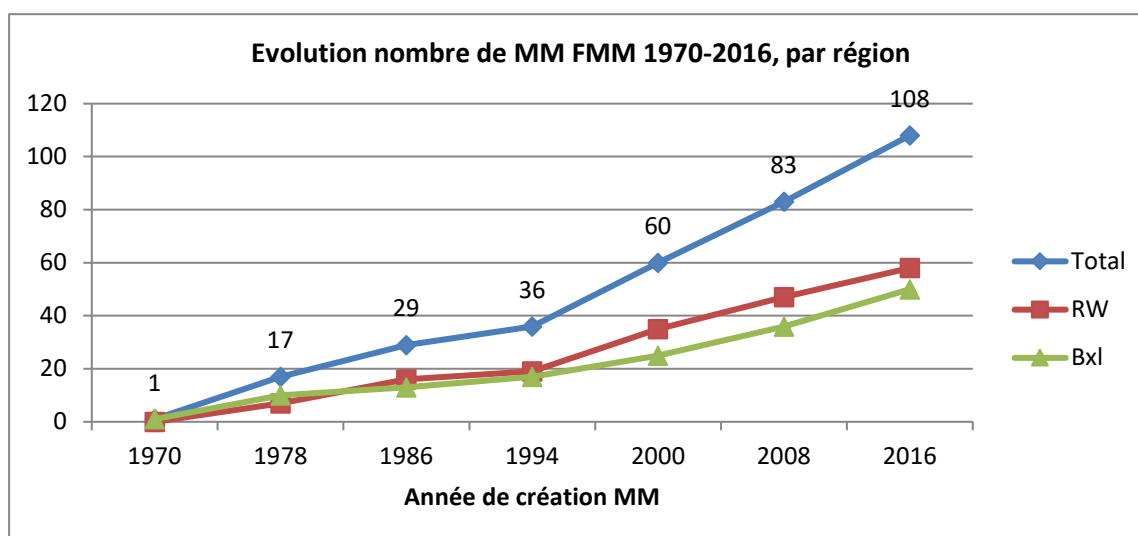
3.2.1. Remarque préliminaire :

Toutes les maisons médicales membres de la fédération ne sont pas agréées par la Cocof.

En fin 2016, 34 maisons médicales étaient agréées Cocof et 8 sont en attente de l'être. Au total c'est 84% des maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales qui sont ou en voie d'être agréées Cocof. Le présent rapport donne les informations pour l'ensemble des maisons médicales membres de la fédération, sans séparer les agréées des non agréées. Les informations ne concernent pas les maisons médicales agréées par la Cocof mais non membres de la fédération.

3.2.2. Evolution du nombre de maisons médicales

Depuis la mise en place des premières maisons médicales en 1970, leur nombre n'a cessé d'augmenter au rythme moyen de 2,5 maisons médicales par an.



Graphique1 : Evolution du nombre de maisons médicales FMM de 1970 à décembre 2016

A la fin de l'année 2016, la Fédération des maisons médicales comptait 108 membres dont 50 (46%) à Bruxelles et 58 (54%) en Wallonie.

Cette augmentation du nombre de maison médicale au fil des années est liée d'une part aux besoins de couverture plus grande de la population (considérant les demandes d'inscriptions sans cesse croissantes de celle-ci) et d'autre part à l'attrait de plus en plus important du modèle pour les professionnels de santé.

Cet intérêt des professionnels pour le modèle des maisons médicales semble lié surtout au mode de fonctionnement de celles-ci : organisation du travail, travail d'équipe, partage de compétences, accessibilité pour la population. Le confort au travail (logistique, aménagement des horaires, partage des gardes) est aussi un aspect particulier motivant pour les professionnels de santé (Adelaire et al 2005). Il semble en effet important que les charges professionnelles n'empiètent pas trop sur la vie familiale. Cet aspect peut expliquer l'attrait particulier du modèle pour les jeunes médecins.

3.2.3. Mode de financement des maisons médicales

La tendance générale au niveau des maisons médicales est l'adoption du système forfaitaire (**82% des maisons médicales bruxelloises en 2016**). Ce système est reconnu comme favorisant l'accès à des soins efficaces et limitant la surconsommation. Par ailleurs le forfait permet de fidéliser le patient et il facilite la mise en place d'actions de prévention. L'autre avantage du forfait est épidémiologique. L'inscription induit que la population suivie est connue et les indicateurs de santé sont donc plus aisés à estimer. L'évaluation d'impact des interventions devient également possible.

L'application du mode de financement forfaitaire est particulièrement importante à Bruxelles où on constate, comme nous l'avons stipulé dans les problématiques sociales, qu'une personne sur cinq reporte les soins pour raisons financières. Le forfait permet d'éviter cette barrière financière.

Le système de financement forfaitaire est aujourd'hui mis à mal par les autorités fédérales, or nous constatons l'importance de celui-ci en région bruxelloise. Le soutien des autorités publiques régionales sur ce sujet nous semble donc primordial pour pouvoir continuer à prodiguer des soins de santé accessibles et de qualité à l'ensemble de la population bruxelloise.

Par ailleurs, les maisons médicales à l'acte visent également à atteindre la plus grande accessibilité possible, soit en proposant le tiers payant, soit en ne réclamant pas le ticket modérateur aux patients qui ne peuvent se le permettre. Le paiement à l'acte est plus indiqué dans les zones où les patients ne sont que de passage, ou largement hors du réseau administratif : sans mutuelle, sans papiers, etc.

De manière générale en Belgique les soins de santé sont supportés à 20% par le patient ce qui est au-delà de la moyenne européenne (Vrijens et al 2015).

3.2.4. Professionnels de santé et structure de l'emploi

Fin 2016, les maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales employaient 1986 travailleurs.

Les professions les plus représentées étaient les médecins (27%), les accueillants (22%), les kinésithérapeutes (15%) et les infirmiers (10%).

Les jeunes médecins s'intéressent au secteur des maisons médicales. La proportion de médecins généralistes de moins de 45 ans est de 69% contre seulement 28% au niveau national (maisons médicales, pratiques de groupes et pratiques solo).

Des professions autres que celles citées ci-dessus sont présentes pour offrir des soins globaux: psychologues, dentistes, travailleurs sociaux, agents de santé communautaire et de promotion de la santé, coordinateurs de soins...

Le tableau 2 ci-dessous décrit l'évolution du nombre de maison médicale et du nombre de travailleurs en leur sein de 2007 à 2016 pour la Région bruxelloise.

Tableau 2 : Situation du personnel des maisons médicales bruxelloises

	Membre FMM 2007	Membre FMM 2016	Evolution
Nombre de MM	34	50	47%
Nombre de travailleurs	466	884	89%

Tableau 3 : Situation globale de l'emploi dans les maisons médicales bruxelloises en 2016

Indicateur	Valeur
Travailleurs occupés (PP) ¹	884
Nombre moyen de travailleurs occupés par MM (PP)	20
Temps de travail hebdomadaire moyen/travailleur (heures) ²	22,6

On observe en moyenne 20 travailleurs par maison médicale à Bruxelles. Mais il existe une importante variation d'une maison médicale à l'autre. Variation tant dans le nombre de travailleurs que dans le profil de ceux-ci : Indépendants, salariés, étudiants...

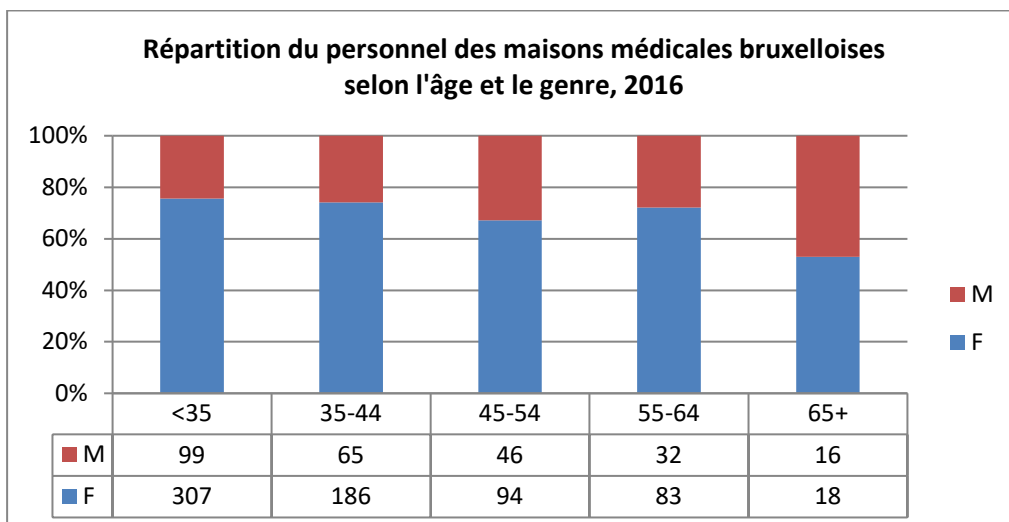
Il est également important de noter qu'un travailleur peut exercer dans plusieurs maisons médicales (addition de petits temps de travail).

La population des travailleurs des maisons médicales bruxelloises est très féminisée à l'image de ce qui s'observe pour l'ensemble des professions de santé. En effet, près de 3 travailleurs sur 4 (72%) sont des travailleuses.

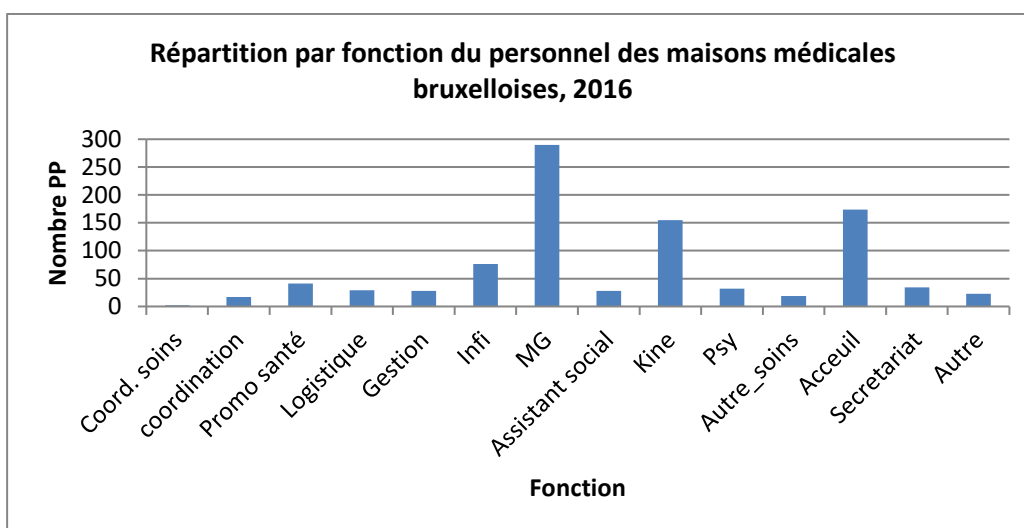
Le personnel est assez jeune comme le montre le graphique 2 ci-dessous. Près d'un tiers des travailleurs en maisons médicales bruxelloises sont âgés de moins de 35 ans. Il est important de préciser que la moyenne d'âge est tirée à la baisse par la présence des médecins assistants (tous ayant un âge inférieur à 35 ans). Ce graphique montre également très bien la féminisation du personnel en cours, qui touche l'ensemble des professions.

¹ PP = Personnes physiques.

² Il faut tenir compte du fait qu'un pourcentage important de travailleurs exerce des activités en dehors des MM



Graphique 2 : Répartition du personnel des maisons médicales bruxelloises selon l'âge et le genre, 2016
Le graphique suivant montre la répartition des professions au sein des MM bruxelloises.

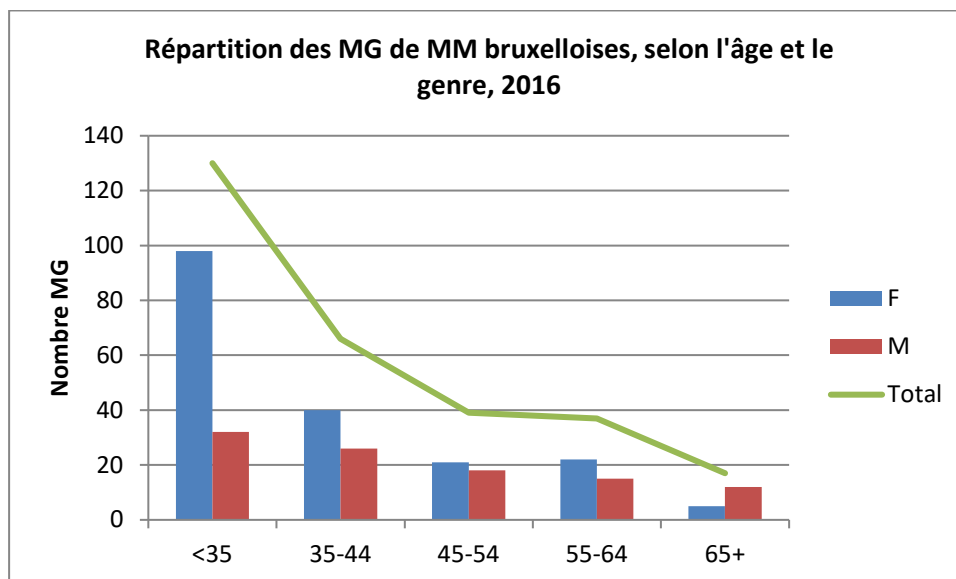


Graphique 3: Répartition des professions en MM bruxelloises

Il est important de préciser que ce graphique et ces chiffres ne sont présentés qu'à titre indicatif. En effet, une grande proportion des travailleurs des maisons médicales occupent une fonction à titre principale et une autre à titre secondaire. Par exemple, 58 professionnels ayant comme fonction principale médecin généraliste, accueillante, infirmière... occupent également un temps de travail comme Promoteur de la santé (santé communautaire).

Examen de la situation particulière des médecins généralistes (MG)

289 médecins généralistes, dont 13% (37) médecins assistants et 63% de femmes exerçaient au sein des maisons médicales bruxelloises fin 2016.



Graphique 4: Age et genre des médecins généralistes en maisons médicales bruxelloises, 2016

80 % des MG en maisons médicales bruxelloises ont moins de 55 ans et 49 % ont moins de 35 ans. Avec une analyse sans les médecins assistants, cette proportion passe respectivement à 78% et 41%. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes et assistants est de 35 ans, l'âge moyen des médecins généralistes sans les médecins assistants est de 42 ans.

Le sexe féminin est le plus représenté sauf pour les 65 ans et plus.

Salariés et indépendants

En ce qui concerne le statut des travailleurs, la tendance est à l'augmentation de la proportion de salariés. En effet, en 2007, dans les maisons médicales de Bruxelles, le nombre de travailleurs indépendants et de travailleurs salariés était quasiment identique (214 Vs 233). Mais la proportion de salariés en 2016 était de 71%. Cela est une conséquence de la promotion du salariat comme socle de rémunération et aussi de la création d'emplois salariés complémentaires les dernières années, notamment sous l'impulsion des accords du non marchand fédéraux. La fédération soutient le salariat pour toutes les professions, parce qu'il permet de limiter les risques de productivité excessive (au détriment de la qualité), parce qu'il favorise une meilleure protection sociale du travailleur et parce qu'il permet une plus grande solidarité collective au travers de la sécurité sociale.

3.2.5. Disponibilité de personnel

Les professions de santé sont en pénurie et cela se remarque également au niveau des maisons médicales qui ont des difficultés à avoir l'effectif souhaité pour certaines catégories de personnel. Ainsi 41% des équipes bruxelloises qui ont répondu à l'enquête se retrouvent actuellement en sous-effectifs (infirmier, médecin, kiné), 12% se retrouvent dans cette situation par intermittence en fonction des besoins et de la disponibilité du personnel.

La plupart des équipes bruxelloises (82%) indiquent avoir des difficultés à recruter du personnel de santé. En effet 59% d'entre elles ont des difficultés à recruter un médecin, 41% un infirmier et 18% un kiné.

Cela ne va pas en s'améliorant avec le maintien du numéris clausus. De plus, l'allongement des études en soins infirmiers va provoquer une année sans diplômé en 2019.

3.2.6. Couverture géographique et capacité d'accueil des maisons médicales

Couverture géographique et niveau de saturation

Les maisons médicales visent à offrir à la population des soins de qualité globaux, accessibles, continus et intégrés. Le fonctionnement au forfait rend ces soins accessibles à l'ensemble de la population y compris pour les plus démunis. Mais le nombre de maison médicale à Bruxelles est-il suffisant pour couvrir les besoins de la population?

Le tableau 3 montre que les maisons médicales de la Fédération des maisons médicales sont installées dans 14 des 19 communes Bruxelloises (ne sont pas couvertes Auderghem, Koekelberg, Watermael-Boitsfort, Evere et Woluwe Saint Pierre). Les communes qui connaissent une concentration importante de maisons médicales présentent aussi un faible indice de richesse avec un taux de chômage assez important. Ces communes de concentration sont Bruxelles-Ville et Schaerbeek.

Toutes les maisons médicales au forfait sont confrontées à une demande régulière d'inscriptions de nouveaux patients variant entre 10 et 45 demandes mensuelles soit entre 120 et 540 demandes annuelles. Cette demande s'observe partout. Par ailleurs, les maisons médicales à l'acte sont aussi « saturées », dans le sens où ils sont contraints de ne pas honorer toutes les demandes de rendez-vous, les patients se tournant alors vers d'autres soignants.

Malheureusement 80% des équipes se trouvent obligées de limiter les inscriptions pour préserver la qualité des soins. Pour rappel il y a 5 ans, seules 50% des maisons médicales étaient concernées par la limitation des inscriptions. La taille des locaux insuffisants et la volonté de rester une équipe à « taille humaine » sont des raisons qui expliquent également la limitation des inscriptions. Les équipes établissent alors des critères pour les nouvelles inscriptions : famille de patients déjà inscrits, patients venant d'autres maisons médicales (transferts), patients sans couverture sociale, des demandes spécifiques du réseau, patients du centre d'accueil avec qui la maison médicale collabore, patients du CPAS.

Les motifs de cet attrait de la population pour les maisons médicales n'ont pas changé : la prise en charge globale et pluridisciplinaire en un seul lieu, la qualité des soins, le travail en équipe des médecins généralistes, l'accessibilité financière, culturelle et sociale. Et en complément il s'agit de considérer la décroissance du nombre de généralistes à Bruxelles.

Population couverte par les soins

Le nombre moyen de patients par maison médicale, estimé à partir du nombre moyen de patients actifs dans les maisons médicales au forfait est de 2200 en 2016. En extrapolant les résultats à l'ensemble des maisons médicales bruxelloises Fédération des maisons médicales (maisons médicales au forfait et à l'acte), le nombre estimé de patients soignés par les maisons médicales bruxelloises en 2016 est de 115 000 soit environ 10% de la population bruxelloise. **Ainsi donc 1 patient bruxellois sur 10 est soigné dans une maison médicale membre de la fédération.**

Tableau 4 : Répartition des maisons médicales par communes et caractéristiques

Sources : BNB, SPF Économie - DGSIE (EFT), ACTIRIS, Steunpunt-WSE, calculs Observatoire bruxellois de l'Emploi - mise à jour octobre 2017

19 Communes Région Bruxelles Capitale	50 MM	Pop. ⁽³⁾ 1.187.890	Km ² 161,36	Hab/km ² 7362	Indice de richesse 82,05 ⁽⁴⁾	Chômage(%) 17,6% ⁽⁵⁾	RIS 2,81% ⁽⁶⁾
Anderlecht - 4 MM	MM Anderlecht, MM Arnica, MM Horizons MM Perspective	117.412	17,74	6618	71,72	20,0%	3,36%
Auderghem		33.161	9,03	3672	106,83	10,6%	1,11%
Berchem-Sainte- Agathe - 1 MM	MM Kattebroek	24.224	2,95	8212	95,37	15,4%	1,48%
Bruxelles-ville ⁽⁷⁾ - 10 MM	MM Béguinage, MM CS Miroir, MM Enseignement MM Entr'Aide des Marolles, MM Le 35, MM Marolles, MM Riches Claires, MM Senne, MM Cité Santé, MM Laeken	178.552	32,61	5475	73,43	19,5%	3,30%
Etterbeek - 1 MM	MM Maelbeek	47.180	3,15	14978	81,11	14,6%	2,67%
Evere		39.556	5,07	7802	83,55	16,8%	3,11%
Forest - 3 MM	MM 1190, MM Marconi, MM Primeurs	55.613	6,25	8898	86,20	17,9%	3,13%
Ganshoren - 1 MM	MM Calendula	24.269	2,46	9865	93,17	15,0%	0,72%
Ixelles - 3 MM	MM Free Clinic, MM CAPS ⁸ , MM Couleurs Santé	85.541	6,34	13492	87,31	15,9%	2,23%

³ IBSA 2016

⁴ L'indicateur « Indice de richesse » compare le revenu moyen/habitant d'un territoire avec le revenu moyen national/habitant. L'indice de richesse de la Belgique est de 100 (SPF Economie).

⁵ Sur base de la population active occupée (BNB 2016), de la répartition de la population active occupée par commune (Steunpunt-WSE 2015) et par région (EFT 2016).

⁶ Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) / population RBC janvier 2016 (2,81%)

⁷ [Bruxelles](#), [Laeken](#), [Neder-Over-Heembeek](#), [Haren](#)

⁸ [Centre africain Promotion Santé](#)

19 Communes Région Bruxelles Capitale	50 MM	Pop. ⁽³⁾ 1.187.890	Km ² 161,36	Hab/km ² 7362	Indice de richesse 82,05 ⁽⁴⁾	Chômage(%) 17,6% ⁽⁵⁾	RIS 2,81% ⁽⁶⁾
Jette - 2 MM	MM Antenne Tournesol, MM Essegheem	51.426	5,04	10204	89,03	15,5%	1,59%
Koekelberg		21.638	1,17	18494	77,48	18,5%	2,06%
Molenbeek-Saint- Jean - 5 MM	MM Norman Béthune, MM Vieux Molenbeek MM MPLP - Le Renfort, MM Primevères, MM Duchesse	96.586	5,89	16398	62,91	24,1%	4,57%
Saint-Gilles - 3 MM	MM ASaSo, MM la Perche, MM Santé Plurielle	50.659	2,52	20103	68,40	20,2%	3,29%
Saint-Josse-ten- Noode - 2 MM	MM Botanique, MM Atlas	27.402	1,14	24037	51,20	26,0%	4,54%
Schaerbeek - 11 MM	MM Alpha Santé, MM Aster, MM Cassiopée, MM Globule, MM MPLP la Clef, MM Neptune, MM Nord, MM Noyer, MM Sainte-Marie, MM Santé et Bien-être, MM Santé Sans Frontières	132.590	8,14	16289	69,15	20,5%	4,01
Uccle - 3 MM	MM Etoile Santé, MM Uccle , MM Goéland (Linkebeek)	81.944	22,91	3577	108,85	11,9%	1,16
Watermael-Boitsfort		24.619	12,93	1904	115,52	11,9%	1,62
Woluwe-S-L- 1 MM	MM Visa Santé	54.311	7,22	7522	100,26	11,0%	1,75
Woluwe-Saint-Pierre		41.207	8,85	4656	111,29	8,8%	0,65

3.2.7. Accessibilité et utilisation des soins

Le nombre moyen de contacts médecins par patient en 2016 dans les maisons médicales bruxelloises était de 3,8 soit plus de 400 000 contacts médecins réalisés par les maisons médicales bruxelloises. Le nombre moyen de contacts par patient avec un médecin généraliste en Belgique est de 4,2 avec une population en moyenne plus âgée que la population des maisons médicales et donc consommant plus de soins.

Plus de trois patients sur quatre (77.8%) dans les maisons médicales bruxelloises ont eu au moins un contact médecin au cours de l'année 2016.

Les analyses montrent que les patients plus grands utilisateurs de soins sont les femmes, les 65 ans et plus et les personnes en situation sociale précaire. Nous avons également constaté une utilisation de soins très fréquente parmi les patients souffrant de troubles de santé mentale comparativement à d'autres problèmes de santé. C'est dire que les problèmes de santé mentale occupent de plus en plus une place importante dans les soins administrés auprès de professionnels pas toujours suffisamment outillés pour y faire face.

Le forfait pratiqué par les maisons médicales ne règle pas tous les problèmes d'accès aux soins. Ainsi les équipes bruxelloises soulignent le coût élevé des médicaments ou de certains traitements, l'accès difficile aux soins de spécialistes, à certains examens médicaux, aux lunettes, prothèses auditives, soins de logopédie, de psychologie... ces problèmes se posent avec acuité pour les patients précarisés. Les équipes soulignent l'intérêt de prêter attention à ces patients précarisés qui ne peuvent respecter un rendez-vous qui leur est fixé.

Les équipes bruxelloises ont ainsi identifié des groupes vulnérables à risque de faible accès qu'il convient de mettre en évidence:

- Statut du patient : AMU, hors statut, sans domicile fixe, primo-arrivants, absence de couverture médicale, exilés, pas en ordre de mutuelle, réfugiés, sans-abris, Fedasil (lourdeurs administratives). Cette barrière de statut a été soulignée par 70% des équipes bruxelloises.
- Les patients ne parlant pas la langue du prestataire : analphabétisme, non-francophones (5 équipes).
- Les patients en situation de précarité : faibles revenus, patients précarisés, revenus très modestes, finances (5 équipes).

De manière plus générale les facteurs qui limitent l'accès aux soins pour une catégorie de personnes vulnérables sont : les problèmes administratifs, informatisation d'une série des demandes administratives (reconnaissance handicap, mutuelles,..), stationnement compliqué, crainte de la situation du quartier, méconnaissance des droits et du système de sécurité sociale, méconnaissance des maisons médicales et de leur fonctionnement, personnes isolées, violence entre soignant et entourage du soigné, manque de transports en commun...

3.2.8. Contenu de l'offre de soins

Les maisons médicales offrent des services couvrant le curatif, le préventif et la promotion de la santé y compris la santé communautaire. Le champ de la promotion de la santé et de la santé communautaire s'est particulièrement développé pour une participation accrue de l'individu et de la communauté dans la prise en charge et le suivi de sa santé.

De façon générale, toutes les maisons médicales mesurent l'importance de la santé communautaire et de la promotion de la santé et l'intègrent par divers moyens dans l'organisation des soins. Nous avons signalé dans le rapport sectoriel précédent que la promotion de la santé se matérialise avec des groupes de référence en promotion santé, des référent(e)s en promotion santé qui organisent et suscitent un engouement de toute l'équipe pour la promotion santé.

Les équipes organisent autant que possible des partenariats avec d'autres structures de l'ambulatoire pour les activités de promotion de la santé.

Il convient de mentionner le développement d'une série d'activités que les maisons médicales mettent en place pour répondre aux besoins de leur population:

- La prévention est l'un des piliers essentiels de l'organisation des soins en maison médicale et s'allie au curatif et à la promotion de la santé. La prévention est à la fois primaire et secondaire, individuelle et collective à travers les activités de prévention et de promotion de la santé organisées. Le dépistage du cancer du sein, la prise de tension artérielle et la vaccination contre la grippe sont des exemples d'activités de prévention importantes en santé publique.
Au niveau de la prévention cardiovasculaire, la mesure de la tension artérielle chez les 35 ans et plus au moins une fois au cours des 5 dernières années s'est faite et a été enregistrée chez 76,4% de la population bruxelloise en 2013 et 80% en 2015 en maison médicale. Le chiffre est de 89% dans la population bruxelloise. Il est probablement sous-estimé en maison médicale à cause d'un sous-encodage.
Pour ce qui est de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les 65 ans et plus, la couverture était de 53% en 2013 et 55% en 2015. Ce chiffre n'est que de 48% pour la région bruxelloise (AIM 2013).
- La prise en charge des problèmes de santé mentale : collaboration entre médecins, kiné, psychologues et infirmiers ;
- Les consultations diététiques ;
- L'Accompagnement à l'arrêt du tabac ;
- La prise en charge des soins autour de la naissance : cette activité est en cours de développement ou en réflexion dans plusieurs équipes pour répondre aux besoins de leurs patientes. Cela semble davantage important étant donné la réforme sur le séjour écourté en maternité qui risque de fragiliser l'accès aux soins post accouchement pour les familles précarisées. Certaines équipes informent leurs patientes des possibilités de prise charge, recrutent ou collaborent avec une sage-femme, des médecins s'impliquent dans ces soins, certains étant déjà dans le réseau ONE ;
- Des activités de groupes en promotion santé comme des sorties familiales, des activités sportives, activités de poterie, méditation, yoga du rire, sophrologie, activités recyclage de nourriture, prévention de chutes (personnes âgées), ergonomie... Ces activités de groupe ont aussi l'avantage de sortir les personnes de leur isolement et de faire se rencontrer les gens du même quartier.

3.2.9. Développement de la qualité dans les pratiques

La Fédération des maisons médicales soutient l'intégration de la dimension qualité dans l'organisation et l'évaluation des soins dans les maisons médicales. En 1999, elle mettait à disposition des maisons médicales l'outil « Carnet de bord en Assurance Qualité » qui aide les équipes à choisir un projet prioritaire, le construire et l'évaluer. Cet outil sert de base à la formation et de guide pour l'implantation de la dimension qualité dans les projets de soins et de promotion de la santé en maison médicale.

Le soutien à la dimension qualité se traduit aussi par l'élaboration de fiches sur certaines maladies et problèmes de santé prioritaires avec comme objectif une guidance des prestataires pour certains domaines de prévention. Ces fiches utilisées par les maisons médicales concernent par exemple la grippe, le tabac...

La dimension qualité dans l'encodage de données dans le dossier santé informatisé passe par un effort de standardisation des variables recueillies pour une analyse comparable et fiable. Cela se fait à travers divers outils comme les fiches « Bonnes pratiques et DSI9 », outils basés sur les recommandations de bonnes

⁹ Dossier santé informatisé

pratiques liées à un thème spécifique et donnant également des consignes d'encodages pour chacun des paramètres concernés.. De mêmes les équipes participent activement, chaque année, aux séminaires le tableau de bord.

- Le projet DEQuaP

Un autre projet concernant la qualité est le projet DEQuaP (développons ensemble la qualité de nos pratiques), anciennement projet « label », il est financé par le Febi. La phase de Recherche-Action de ce projet a débuté en septembre 2013 et prendra normalement fin en décembre 2018.

Ce projet construit toute une démarche qui peut être décrite comme un parcours d'autoévaluation accompagné qui permet d'observer et de (re)découvrir la maison médicale et d'impulser des actions d'amélioration. Cette démarche invite l'ensemble de l'équipe à se poser des questions et à balayer les pratiques et le fonctionnement de la maison médicale à 360°. Le regard des patients est également sollicité. L'outil a été développé de manière participative et répond donc bien aux besoins et au contexte des maisons médicales, il sera mis à disposition des équipes pour les soutenir dans leurs démarches d'amélioration de leur pratique.

- Démarche d'évaluation qualitative (DEQ)

Pour rappel, le Décret du 5 mars 2009 (et les Arrêtés d'application du 4 juin 2009) relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (dit « décret ambulatoire ») regroupe et harmonise dans un seul texte de loi les législations des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire de la Région bruxelloise.

Le décret prévoit dans ses conditions d'agrément, la mise en place d'une démarche d'évaluation qualitative pour les services agréés dont les responsables et les équipes des services sont les principaux acteurs. La DEQ est un processus d'auto-évaluation permanent et structuré qui utilise les ressources de la gestion et de l'organisation interne des services. Elle participe à l'amélioration des conditions de travail des professionnels et doit contribuer à optimiser la prise en charge des besoins des bénéficiaires, et de la population dans son ensemble, en termes de prévention, d'aide et de soins.

Ce Décret ambulatoire a provoqué énormément de remous essentiellement à cause de l'introduction d'une nouvelle exigence : le service doit réaliser, une « démarche d'évaluation qualitative » tous les trois ans, sur base d'un canevas fourni par la Cocof¹⁰.

Pour obtenir un agrément définitif à durée indéterminée¹¹, le service doit choisir un thème dans une liste qui a été constituée à partir des propositions des services : l'accessibilité, la connaissance des bénéficiaires et leur participation, le travail en réseaux et les partenariats, le travail en équipe, la prévention, ou mener une démarche collective, avec des services ou partenaires sur un espace partagé.

« La démarche d'évaluation qualitative est formalisée par la remise au Collège d'un projet établi, pour trois ans, par le service ambulatoire ou l'organisme. (Article 172 du Décret du 5 mars 2009) ».

Tous les services concernés ont ainsi rentré leurs projets au 1^{er} janvier 2011 ; ce premier triennat se clôturant le 31 décembre 2013. Un second (2014-2016) et un troisième triennat (2017-2019) a débuté le 1^{er} janvier 2017.

¹⁰ Ce modèle comporte les 5 rubriques suivantes : Choix motivé du thème / Analyse de l'environnement externe et interne / Objectifs / Mise en œuvre / Autoévaluation de la mise en œuvre.

¹¹ Auparavant, l'agrément était renouvelé tous les cinq ans

Toutefois, il est à noter que quelques services ont fait l'objet d'une reconnaissance par la Cocof durant ces 2 triennats; leur DEQ, démarrée au 1^{er} janvier de l'année qui suit leur reconnaissance, dure elle aussi trois ans¹².

L'Inter groupe des maisons médicales bruxelloises, en concertation avec le programme Promotion santé et qualité de la Fédération, propose aux équipes des maisons médicales d'optimiser leurs ressources et enrichir leur travail par un accompagnement collectif. Depuis 2010, 30 séminaires DEQ se sont tenus.

D'autre part, la Cellule d'Accompagnement de la Démarche d'Evaluation Qualitative (CADEQ) a été créée au sein de la Commission communautaire française dans le cadre de l'application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé et de son arrêté d'application du 4 juin 2009.

La CADEQ est l'interface sur la Démarche d'Evaluation Qualitative entre les services ambulatoires ou les organismes agréés, les deux sections du Conseil consultatif (Services ambulatoires et Aide et Soins à domicile) et le Collège de la Commission communautaire française.

La Cellule d'accompagnement est là pour soutenir durant toutes les phases de leur projet les associations qui mettent en œuvre une démarche d'évaluation qualitative (tous les 3 ans).

3.2.10. Fonction d'observatoire de la santé

Afin de faciliter l'évaluation des résultats de soins et identifier les besoins, les maisons médicales conformément aux missions décrétales et à leur charte, collectent chaque année des données concernant l'utilisation des soins et l'état de santé de leur population. Ces données sont organisées et transférées de façon anonyme au Service Etudes et Recherche de la Fédération des maisons médicales qui les analyse. Les résultats sont publiés dans l'outil « Tableau de Bord des maisons médicales ». La synthèse des données individuelles par maison médicale permet à chacune d'elles de mieux connaître sa population et de prendre les mesures adéquates pour répondre aux besoins identifiés.

Des réunions annuelles avec l'ensemble des maisons médicales permettent d'harmoniser et d'améliorer la qualité et le nombre de variables collectées et analysées. L'objectif à moyen terme est de permettre non seulement la micro-épidémiologie à l'échelle de chaque maison médicale, mais également l'observation des données concernant la population prise en charge par notre secteur et en collaboration avec d'autres sources de données, de contribuer à l'observation de la situation sanitaire à Bruxelles.

¹² Article 93 et suivant - Arrêté du Collège Cocof portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

4. Analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec les nouvelles problématiques sociales et de santé

4.1. L'offre de soins

Au niveau du contenu de l'offre, les maisons médicales s'efforcent de prendre en compte l'ensemble des besoins de la population. Les soins ne se limitent pas à l'aspect médical. Les dimensions psychosociales, les problèmes de santé mentale, la santé communautaire et la promotion de la santé constituent des axes de soins que les équipes de maisons médicales intègrent à l'offre de soins. Cela fait partie de l'ADN des maisons médicales d'offrir des soins globaux continus, intégrés et de qualité.

L'interdisciplinarité se développe de plus en plus en maison médicale pour répondre à la complexité grandissante et à la chronicité des soins qu'exigent les maladies chroniques de plus en plus fréquentes dans la population. L'interdisciplinarité va au-delà de la pluridisciplinarité. C'est un processus qui permet de valoriser et d'intégrer les compétences de chaque discipline au service du patient.

Comme signalé également, les problèmes de santé mentale sont fréquents dans la population et nécessitent une véritable stratégie de soins basée sur la première ligne. Plusieurs maisons médicales recrutent elles-mêmes des psychologues pour faire face aux besoins et les médecins se forment pour assurer la prise en charge médicale des patients. Des collaborations se font en réseau.

Les équipes de maison médicale estiment, entre-autres, que les pôles de l'offre à renforcer sont :

- La santé mentale ;
- Le pôle social : santé sociale, assistante sociale, service social, activités sociales, assistante sociale, travail en réseau social ;
- Promotion de la santé ;
- Pôle parentalité : sexothérapie, relations parents- enfants, soins autour de la naissance, l'éducation sexuelle ;
- Réfléchir davantage au virage ambulatoire : octroyer les moyens et compétences nécessaires pour faire face aux politiques de réduction de lits d'hôpitaux, de retours précoces à domicile ; Prévention et prise en charge de la souffrance au travail : stress, burnout.

La plupart des maisons médicales travaillent au forfait ce qui leur permet d'avoir une population de responsabilité délimitée en général dans et autour du quartier d'installation de la maison médicale ce qui facilite le travail de prévention et de promotion de la santé à l'échelle communautaire et de pouvoir évaluer les effets des interventions menées sur la population. Cela leur permet également d'assurer leur mission d'observatoire de la santé de la population avec un tableau de bord défini avec la Fédération des maisons médicales. Cela mérite d'être renforcé par des financements additionnels.

Au niveau de la disponibilité des maisons médicales, elle est clairement insuffisante comme nous l'avons fait remarquer. En effet la demande est importante notamment dans les quartiers défavorisés. Les demandes de nouvelles inscriptions sont nombreuses, atteignant jusqu'à 500 par an par équipe et les maisons médicales n'arrivent pas à y répondre faute d'une capacité limitée en termes de personnel, de locaux mais aussi par rapport à la volonté de conserver une taille permettant un fonctionnement en interdisciplinarité pour faire face à la complexité et à la chronicité des soins. Il apparaît nécessaire de stimuler et de financer le développement des maisons médicales qui proposent une offre de soins globale et renforcée et en faire la promotion auprès du grand public. En effet, ce modèle de médecine générale répond entre autres aux enjeux actuels et à venir de l'épidémiologie grandissante des maladies chroniques.

Nous développons un modèle de soins pour tous, mais notre image est une médecine pour les pauvres. Par ailleurs le manque de soutien des pouvoirs publics met un coup d'arrêt au développement des maisons médicales, que ce soit au niveau Cocof avec une faible capacité à agréer, ou au fédéral qui impose un moratoire aux pratiques forfaitaires.

Les maisons médicales s'emploient à donner des soins de la meilleure qualité possible. Diverses initiatives comme le projet DEQuaP sont mises en place pour renforcer le développement de la qualité dans les soins offerts. Ces initiatives doivent être capitalisées et diffusées pour influencer positivement la qualité des soins dans le secteur de la première ligne de soins.

4.2. L'accessibilité aux soins

La plupart des maisons médicales pratiquent le forfait ce qui est un avantage pour une population qui, comme nous l'avons signalé, reporte parfois les soins (20%) pour raisons financières. Le forfait supprime cet obstacle. Cependant le problème d'accessibilité aux soins une fois en dehors de la maison médicale continue de se poser pour les patients. En effet l'accès aux médicaments, les soins chez des spécialistes, les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital sont des facteurs qui entravent encore l'accessibilité aux soins. Nous avons mis en évidence un groupe de population particulièrement vulnérable qui souffre d'un manque d'accès aux soins important. Il s'agit des personnes en situation irrégulière, les personnes sans domicile fixe, des personnes non en ordre de mutuelle qui ont peu de support pour connaître leurs droits et les différents mécanismes pour accéder aux soins sans oublier le poids des tracasseries administratives, les problèmes linguistiques qui sont des barrières souvent négligées.

Nous relevons ici une inadéquation entre le besoin de la population et les politiques mises en place au niveau des pouvoirs publics pour répondre à l'enjeu de l'accessibilité.

4.3. Le financement

Le forfait bien qu'il soit un levier important pour favoriser l'accès aux soins ne permet pas aujourd'hui d'inclure un paquet consistant de soins puisqu'il se limite aux prestations du médecin, de l'infirmier et/ou du kinésithérapeute. De plus son octroi est actuellement mis sur pause.

La nécessité de financer d'autres fonctions (psycho-sociales, coordination,...) est indéniable de par la réalité des usagers bruxellois et la complexité grandissante des prises en charge, que ce soit en santé mentale, maladies chroniques, alternatives à l'hospitalisation ou encore d'autres aspects.

Enfin les critères de calcul du forfait doivent encore évoluer pour prendre en compte réellement la charge de travail surtout celle induite par les patients ayant des comorbidités, des problèmes de santé mentale. A ce sujet, le modèle ACG (Adjusted Clinical Group) en cours d'évaluation dans les maisons médicales doit pouvoir alimenter les réflexions pour une prise de décision éclairée,

Finalement nous notons l'importance de continuer à soutenir le travail de santé communautaire et d'accueil en maison médicale via l'agrément et le financement de la Cocof.

4.4. La collaboration intersectorielle pour améliorer l'offre et la qualité

Les équipes de maison médicale ont énuméré une série de problématiques sociales auxquelles elles sont confrontées et qui ont un impact négatif sur la santé des patients et leur capacité à se prendre en charge. Il est

aussi évident que les maisons médicales ne peuvent apporter des réponses adéquates à tous ces problèmes malgré le travail intense des assistants sociaux dans les maisons médicales. L'enjeu est l'amélioration de la collaboration avec les autres secteurs de l'ambulatoire : secteur social, services de médiation de dettes, service d'aide juridique, secteur toxicomanie, réseau santé mentale, planning familial, sages-femmes indépendantes, réseau ONE... Il faut donc aussi leur donner les moyens de développer leur action.

Une meilleure relation avec l'hôpital est aussi nécessaire. Cela doit concerner l'amélioration des relations en post-hospitalisation (sortie des patients, rapport MG/spécialistes, demander des retours des spécialistes du réseau / Réseau santé bruxellois (que tous les travailleurs puissent ouvrir un lien thérapeutique), les voies de communication avec la deuxième ligne : communication, transfert de dossiers/données rapidement).

4.5. Les réformes politiques en cours dans le secteur santé sont-elles favorables au développement des soins de première ligne ?

Une série de réformes en cours et d'initiatives politiques inquiètent le secteur des maisons médicales :

- Le moratoire sur les pratiques forfaitaires qui met un coup d'arrêt au développement des maisons médicales au moment même où il fallait revaloriser et faire la promotion du modèle comme modèle phare en réponses aux problématiques sociales et de santé actuelles ;
- L'audit sur les pratiques forfaitaires : l'étude de l'AIM l'a montré à suffisance, les pratiques forfaitaires ne sont pas plus chères pour l'Inami au global. D'après nos retours, même l'auditeur ne voit pas quel est le problème avec les maisons médicales. Il n'empêche qu'on ne peut pas soutenir que les politiques de santé se fassent d'abord et avant tout au regard d'économies à réaliser et pas au regard d'un projet de société à porter;
- La remise à l'emploi des malades de longue durée ;
- La réduction de l'accès aux études pour les médecins ;
- L'informatisation de la santé via e-health qui mérite toujours plus de cadrage et d'information ;
- En kinésithérapie, la diminution du nombre de séances pour les fibromyalgies (60 à 18) ;
- Les politiques de réduction de séjours hospitaliers sans augmentation des moyens en première ligne ;
- Et tant d'autres.

Malgré les inquiétudes, le remboursement des soins en psychologie a été, par contre, favorablement perçu.

4.6. Vision du secteur des maisons médicales à Bruxelles dans les 5 ou 10 années à venir

Les maisons médicales sont à un croisement dans leur parcours de développement. D'une part, le modèle est largement apprécié par les Bruxellois, il est connu et reconnu tant pour son accessibilité que pour la qualité de ses soins. D'autre part les pouvoirs publics ne peuvent ou ne veulent pas assumer le coût et parfois la symbolique de l'élargissement du modèle des maisons médicales. Et ce malgré le fait que le modèle de soins développé est validé scientifiquement par l'OMS et nous est envié aux quatre coins de la planète.

Là où nous voyons qu'il s'agit d'une question idéologique est que les maisons médicales ont maintes fois démontré la qualité des soins qu'elles prodiguent ainsi que leur accessibilité à l'ensemble des couches de la population sans coûter plus cher au citoyen. L'étude KCE en 2008, et l'étude AIM de 2017 ont bien montré les économies réalisées en deuxième ligne.

Les enjeux pointés par ce rapport sectoriel sont réels en termes de santé publique : la santé de la population est essentiellement déterminée par les facteurs non médicaux de la santé : logement, environnement, précarité, habitudes de vie, système de soin de santé, etc. On aura beau multiplier le nombre de maisons médicales, si les pouvoirs publics n'intègrent pas la question de l'impact pour la santé dans leurs politiques publiques, l'état de santé général de la population ne pourra s'améliorer. En effet, comment soigner une bronchite chronique due à des moisissures dans les habitations sans améliorer la qualité du parc immobilier locatif privé et public ?

Au niveau de la répartition, les pouvoirs publics ont un rôle à jouer dans la planification de l'ouverture de maisons médicales. Il y a un enjeu à disposer d'une étude de programmation qui permettra de prioriser le soutien à apporter aux maisons médicales émergentes.

Par ailleurs, une série de pratiques déviantes sont en train d'émerger, leur objectif est la maximisation du profit au détriment de la qualité. Ces pratiques ne demandent même pas leur agrément au niveau de la Cocof. Ces pratiquants usurpent le nom de maison médicale et pèsent sur l'image des maisons médicales. Ces pratiques doivent être pointées du doigt et leur progression doit être endiguée. Il y a danger et nous invitons les pouvoirs publics à venir se joindre à nous pour lutter contre ces pratiques.

Finalement, le secteur des maisons médicales s'est redécouvert un nouvel élan dans l'adversité. Les objectifs sont ambitieux :

- 1 million de patients inscrits au forfait en Belgique d'ici 2025,
- un développement du nombre de maisons médicales à l'acte et au forfait pour permettre à chaque Belge d'avoir accès à une maison médicale.

La résilience des travailleurs de maison médicale et l'intérêt des nouvelles générations pour les pratiques de groupe multidisciplinaires sont la meilleure garantie pour l'élargissement du modèle des maisons médicales, et par là même une augmentation de la prise en charge pluridisciplinaire, curative et préventive au bénéfice des patients.

5. Références

1. Adelaire J, Jurdan V, Goffin F, Guillaume M, Deprez E. Enquête sur la satisfaction à travailler en maison médicale. Santé Conjuguee 2005 ; 31 :60-5
2. Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. Public Health 2004; 118:310
3. Boutsen M, Maron L. L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles. Bruxelles : Union nationale des Mutualités Socialistes : Direction des études ; 2011.
4. Burdet D, Denis B. Enquête promotion santé et qualité 2009 auprès des maisons médicales. Rapport : analyses, conclusions et pistes d'action, juin 2010
5. Charte des maisons médicales. Disponible sur <http://www.maisonmedicale.org/Leur-charte-leurs-valeurs.html>, consulté le 20 janvier 2012
6. Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale. Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Mars 2009
7. De Munck P, Paligot F, Barbosa V, Heymans I, Somassè E, Saint-Amand F, Caremans B, Druyts I, Macq J. Bruxelles : Les métiers de demain de la première ligne de soins : Fédération des Maisons Médicales/ SPF Santé Publique ; 2011
8. Denis B, Bellefontaine V, Marganne M, Somassè E, Drielsma P. Prévalence du diabète de type 2 et inégalités sociales de santé. Rev Med Brux 2011 ; 32 : 10-3
9. Denis B, Drielsma P. Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait ? Quelle est son utilisation de soins de médecine générale. Fédération des Maisons Médicales; 2009
10. Enquête Nationale de Santé 2013. <https://his.wiv-isp.be>.
11. Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones. Qu'est-ce qu'une maison médicale ? Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones ? Bruxelles : FMM ; 2011
12. Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones. Qu'est-ce que la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones ? Bruxelles : FMM; 2012
13. Fédération des Maisons Médicales. Elaboration d'un système d'information dans le cadre des soins de santé primaires – Tableau de bord : rapport d'activités et d'analyses 2011
14. Fédération des Maisons Médicales. Rapport sur l'accessibilité aux soins aux bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente (AMU) en maisons médicales bruxelloises : FMM 2012
15. Fédération des Maisons Médicales. Organisation des soins autour de la naissance en Belgique : Quel rôle pour les maisons médicales ? : FMM 2017.
16. Grippa P. Acte ou forfait, petit historique d'une confrontation. Santé Conjuguee 1998 ; 3 :38-40
17. INAMI. Registre des médecins généralistes : nombre et profil des médecins généralistes en 2005. INAMI 2005
18. Inter Groupe Bruxellois (IGB) : « Etat des lieux 2012 des maisons médicales bruxelloises » : rapport d'études en cours
19. Lancel D, Laperche J. Enquête sur la satisfaction des patients. Santé Conjuguee 2004 ; 30 : 46-8
20. Litt V. Organisation de la prise en charge des patients qui relèvent de l'aide médicale urgente (AMU) dans les maisons médicales de Bruxelles. Fédération des Maisons Médicales ; 2012
21. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : soins de santé primaire, maintenant plus que jamais. Genève : 2008
22. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium: development of a position paper. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. KCE Report 190C. D/2012/10.273/81.
23. Somassè YE, Degeest I, De Munck P, Gosselain Y, Gerits N. Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins : une étude exploratoire dans les maisons médicales. Fédération des Maisons Médicales/ SPF Santé Publique ; 2012

24. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 259B. D/2015/10.273/02.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf
25. Weber L. Acte ou forfait ? La parole aux patients : Enquête à propos de la satisfaction des patients en maisons médicales de la Région de Bruxelles-Capitale. Mémoire de Master en Santé Publique, Année 2010-2011
26. WHO. Global Status report on noncommunicable diseases. Geneva:2010
27. Willems S, Van de Geuchte I, Alaluf V, Impens J, Van Nespen I, Maulet N, Roland M, De Maeseneer J. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. Santé Conjugée 2007 ; 40 : 25-34