



# Rapport sectoriel des maisons médicales bruxelloises

*Année 2012*

Rapport de la Fédération des Maisons Médicales coordonné par :

**ELYSÉE SOMASSE**  
**ISABELLE HEYMANS**



Remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce rapport :

*Defrenne France, Denis Baudouin, Drielsma Pierre, Gosselain Yves, Gillet Fabrice, Ladavid Coralie, Marganne Marie, Paligot Florence, Perreau Serge, Prévost Marianne, Simon Geoffroy, Rafalowicz Jérémie.*



## Liste d'abréviations

---

<b>ACS</b>	<i>Agent Contractuel Subventionné</i>
<b>AMU</b>	<i>Aide Médicale Urgente</i>
<b>APE</b>	<i>Aide à la Promotion de l'Emploi</i>
<b>ASBL</b>	<i>Association à But Non Lucratif</i>
<b>ASI</b>	<i>Association de Santé Intégrée</i>
<b>AQ</b>	<i>Assurance Qualité</i>
<b>BIM</b>	<i>Bénéficiaires de l'Intervention Majorée</i>
<b>CA</b>	<i>Conseil d'Administration</i>
<b>COCOF</b>	<i>Commission communautaire Française de la Région de Bruxelles-capitales</i>
<b>DEQ</b>	<i>Démarche d'Evaluation Qualitative</i>
<b>DMG</b>	<i>Dossier Médical Global</i>
<b>EBM</b>	<i>Evidence Based Medicine</i>
<b>ETP</b>	<i>Equivalent Temps Plein</i>
<b>FMM</b>	<i>Fédération des Maisons Médicales</i>
<b>GERM</b>	<i>Groupe d'Etudes pour une Réforme de la Médecine</i>
<b>IGB</b>	<i>Intergroupe Bruxellois</i>
<b>IGC</b>	<i>Intergroupe Carolo</i>
<b>IGH</b>	<i>Intergroupe du Hainaut</i>
<b>IGL</b>	<i>Intergroupe liégeois</i>
<b>INAMI</b>	<i>Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité</i>
<b>MG</b>	<i>Médecin Généraliste</i>
<b>MM</b>	<i>Maison médicale</i>
<b>MPLP</b>	<i>Médecine Pour Le Peuple</i>
<b>OMS</b>	<i>Organisation Mondiale de la Santé</i>
<b>ONE</b>	<i>Office de la Naissance et de l'Enfance</i>
<b>PP</b>	<i>Personnes Physiques</i>
<b>PRC</b>	<i>Plan de Résorption du Chômage</i>
<b>PS</b>	<i>Promotion Santé</i>
<b>SSP</b>	<i>Soins de Santé Primaires</i>
<b>VWGC</b>	<i>Vereniging van Wijkgezondheidscentra</i>
<b>WGC</b>	<i>Wijkgezondheidcentra</i>



## Table des matières

1. Introduction.....	7
1.1. Présentation générale de la Fédération des Maisons Médicales (FMM).....	7
1.2. Missions et activités de la Fédération des maisons médicales (FMM) .....	7
1.3. Présentation générale des maisons médicales membres de la FMM.....	8
2. Préliminaires au rapport .....	14
2.1. Contexte du rapport.....	14
2.2. Rappel des missions et conditions d'agrément des maisons médicales bruxelloises	14
2.3. Méthodologie d'élaboration du rapport .....	16
3. Description des pratiques en maisons médicales, problématiques de santé .....	18
3.1. Description de l'évolution de l'offre dans le secteur des maisons médicales à Bruxelles .....	18
3.2. Problématiques sociales et de santé identifiées dans la population bruxelloise prise en charge par les MM .....	38
4. Analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec les nouvelles problématiques sociales et de santé.....	44
4.1 L'enjeu de l'offre en soins de santé primaires à Bruxelles .....	44
4.2 Le modèle MM est pertinent pour le développement des SSP. ....	45
4.3 Les soins offerts dans les maisons médicales sont-ils accessibles à la population ? .....	46
4.4 Quelle est la satisfaction des usagers des maisons médicales ?.....	48
4.5 Les ressources humaines et le profil de compétences répondent-ils aux besoins actuels et à venir de la population soignée (vieillesse, pathologies chroniques et complexes, contexte psychosocial) ?.....	49
4.6 Personnel de santé et conditions de travail .....	50
4.7 L'indispensable travail en partenariat entre services, sur le terrain .....	51
4.8 Soutenir davantage la mission d'observatoire de la santé.....	52
5 Références .....	54



## 1. Introduction

---

### 1.1. Présentation générale de la Fédération des Maisons Médicales (FMM)

La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM) (Fédération des maisons médicales, 2012) 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 bénéficie actuellement d'un programme quinquennal en promotion santé (2010-2015). Elle regroupe fin 2012, 94 maisons médicales implantées en Communauté Wallonie-Bruxelles, dont 45 pour la Région bruxelloise.

La FMM représente un mouvement qui a pour objectif général de promouvoir une politique et un projet de société favorisant la santé pour tous. Pour cela, elle s'appuie notamment sur un projet de système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, tels que définis par l'OMS, et sur le soutien aux différents 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.

En particulier, la FMM soutient les maisons médicales (MM) dans leur développement et dans leurs projets et missions. Celles-ci constituent la mise en pratique du modèle d'équipes pluridisciplinaires de soins de santé primaires ancrés dans une communauté. La FMM représente et défend également les valeurs du mouvement des MM au travers du dialogue, des partenariats, de la participation aux débats, avec divers acteurs du système de santé et de la société en général.

### 1.2. Missions et activités de la Fédération des maisons médicales (FMM)

La FMM développe ses missions selon deux axes :

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

Plusieurs activités et services 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 fonctionnant de façon indépendante.

Ces activités sont soutenues par différents services de la FMM mais aussi à un niveau plus local régional par les intergroupes de MM :

- Intergroupe Bruxellois (IGB);
- Intergroupe Carolo (IGC);
- Intergroupe du Hainaut (IGH) ;
- Intergroupe Liégeois (IGL) ;
- Inter-maisons médicales des Bassins Namurois et Brabant Wallon

### 1.3. Présentation générale des maisons médicales membres de la FMM

*« Les MM 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.*

*Les MM sont des structures autogestionnaires, c'est-à-dire que « chaque travailleur peut être membre de l'assemblée générale de l'ASBL et participer à l'organisation et à la gestion du projet. » (Fédération des Maisons Médicales, qu'est-ce qu'une maison médicale ? Année 2011)*

Une MM regroupe ainsi divers professionnels de la santé : médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers... L'équipe est souvent complétée par d'autres professionnels comme les dentistes, les psychologues, les travailleurs sociaux et en santé communautaire, les diététiciens, les logopèdes, les ergothérapeutes, des gestionnaires. Un staff d'accueillant(es) 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. »*

### 1.3.1. Brève Histoire des maisons médicales et de la Fédération

#### Comment sont-elles nées ? Comment se sont-elles développées ?

Les maisons médicales sont nées dans les années 70, un peu avant la crise sociale de 1973. « A cette époque, dans les pays industrialisés, les développements de la science favorisaient la promotion des pratiques médicales centrées sur l'hôpital. Ces pratiques étaient surtout axées sur le diagnostic et le traitement des maladies et beaucoup moins sur le patient et sur la définition de politiques de santé et de prévention. » (Fédération des maisons médicales, Qu'est-ce qu'une MM ? 2011) Le Groupe d'Etudes pour une Réforme de la Médecine (GERM), avec les premières maisons médicales, faisait émerger un courant d'idées préconisant le transfert des fonctions gérées de manière hospitalo-centriste vers une première ligne représentée par la Médecine Générale (Grippa 1998) : il s'agissait d'exercer autrement la médecine selon une approche plus globale des soins de santé intégrant les aspects curatifs, préventifs et de promotion de la santé. S'ajoutait l'organisation en équipe pluridisciplinaire et la volonté de relations plus égalitaires entre professionnels de santé et avec les usagers. Le modèle des maisons médicales s'est développé, a pris de l'ampleur et les acteurs qui en faisaient la promotion ont commencé à se rencontrer, s'organiser et se faire connaître des pouvoirs politiques, syndicaux et mutuellistes.

En 1980, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM) voyait le jour.

Avec la crise économique des années 70, la réflexion sur un mode de financement alternatif au paiement à l'acte a avancé, toujours sur initiative du GERM et des maisons médicales. Le financement au forfait (à la capitation) a pu être négocié début des années 80 avec les acteurs du monde politique. L'idée de base était 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 juillet 1984 que la première MM a mis en pratique ce système de financement forfaitaire. Depuis lors le nombre de MM au forfait n'a cessé de croître.

Plus tard, en 1993, les maisons médicales ont été reconnues et se sont vu officialiser des missions dans le cadre d'un décret de la communauté française, lequel a été par après transféré à la Région wallonne et à la COCOF. Nous en reparlons plus loin.

### 1.3.2. Stratégies et moyens de mise en œuvre des objectifs

Les objectifs des maisons médicales sont mis en œuvre par une série de moyens dont les principaux sont décrits dans la Charte<sup>1</sup> des maisons médicales :

#### 1. En lien avec l'organisation de la pratique

- ▶ Un travail en équipe pluridisciplinaire, qui intègre notamment les dimensions psychosociales ;
- ▶ l'utilisation du dossier médical global, pluridisciplinaire et commun ;
- ▶ l'organisation de réunions de discussion de cas, dans une perspective transdisciplinaire ;
- ▶ un accueil de qualité, le plus large possible tout au long de la journée ;
- ▶ l'organisation d'une permanence du service curatif 24h/24, éventuellement en collaboration avec d'autres prestataires de soins de l'entité ;
- ▶ un engagement dans des processus de formation continue dans les domaines curatif, préventif

---

<sup>1</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Leur-charte-leurs-valeurs.html>, consulté le 20 janvier 2012

et de la promotion de la santé ;

- ▶ une utilisation pondérée et réfléchie des examens paracliniques et des médicaments, tenant compte notamment des acquis de la médecine basée sur les preuves (EBM= Evidence Based Medicine) ;
- ▶ la recherche de qualité dans la relation soignant/patient, entre autre par la promotion d'une médecine qui donne du temps pour l'écoute ;
- ▶ la mise en place d'un système de financement qui maximalise l'accessibilité financière pour les patients ;
- ▶ un souci d'information des travailleurs sur les différentes cultures pour mieux les respecter et mieux les intégrer dans les pratiques.
- ▶ Une démarche volontariste d'éducation permanente qui valorise les connaissances et l'expérience des patients et l'intègre avec le savoir des soignants.

## **2. Evaluation et prise de décision éclairée**

- ▶ La mise en place d'un système d'information sanitaire pour évaluer l'évolution de l'état de santé de la population soignée ; les données sociodémographiques, sociales et de santé des populations soignées sont recueillies et analysées pour évaluation
- ▶ la mise en place de la représentation de la FMM dans des structures qui décident du financement des soins de santé tant au niveau curatif, préventif, et de promotion et éducation pour la santé ;
- ▶ l'interpellation des pouvoirs publics au sujet de problématiques influençant l'état de santé des populations suivies ;
- ▶ une démarche volontariste de partenariat avec d'autres représentants de la population (syndicats et mutuelles) pour la mise en valeur de notre expérience de terrain.

## **3. L'ancrage dans l'environnement**

- ▶ Une volonté d'ancrage au sein du quartier d'implantation, via la participation aux activités impliquant le tissu associatif local et l'implication des travailleurs dans les actions de santé communautaire ;
- ▶ la participation à des dynamiques locales de recherche-action en soins de santé primaires, le cas échéant en partenariat avec d'autres associations du réseau.

## **4. la participation des usagers**

La participation des patients est une composante clé du fonctionnement participatif des MM. Elle peut se traduire 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 des soins de façon individuelle ou collective.

## **5. L'échange entre prestataires et entre prestataires et usagers**

- ▶ l'organisation d'échanges entre travailleurs permettant une meilleure connaissance et compréhension de chaque profession pour une meilleure interaction ;
- ▶ l'organisation de rencontres, fêtes, activités culturelles, débats, avec les patients et les travailleurs d'autres institutions du réseau au niveau local ;

► la participation des travailleurs aux activités organisées par le réseau, ou par les organisations de patients;

## 6. La démocratie participative

- Un fonctionnement d'équipe basé sur l'autogestion ;
- la mise en place de relations de travail non hiérarchiques au sein des équipes ;
- une organisation de l'équipe autour d'un organigramme explicite.

### 1.3.3. 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

Pour plus d'efficacité et d'efficience, il se fait un travail en réseau, une coordination des soins au sein de la maison médicale et avec la deuxième ligne (hôpital).

### 1.3.4. Mode de financement

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

#### 1. 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).

#### 2. 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.

#### 3. 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 infirmier(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.

#### **4. Le financement d'autres missions dans le cadre de l'agrément par la Région wallonne ou la COCOF**

Conformément au décret du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrées de la Communauté française, transféré aux Régions, la Région dont relève la MM définit une série de missions, octroie un agrément, ainsi que des subsides pour les activités de coordination, d'intégration, de santé communautaire, de prévention... (Les missions prévues par le décret Bruxellois sont décrites plus haut)

En 2009, deux nouveaux décrets ont vu le jour. Un "Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé" pour la Région bruxelloise abrogeant le décret de la Communauté française du 29 mars 1993 et un "Décret modifiant le décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée" pour la Région Wallonne.

Les changements sont différents d'une région à l'autre mais se situent tous deux dans une logique de démarche de qualité.

La grande nouveauté en Région Bruxelloise est le regroupement des secteurs de l'action sociale, de la santé et de la famille (les services de santé mentale, les services en matière de toxicomanie, les centres d'action sociale globale, les centres de planning familial, les maisons médicales, les services de médiations de dettes, les services d'aide aux justiciables, les services « espaces-rencontres », les centres de coordination de soins et de services à domicile, les services de soins palliatifs et continués, les services d'aide à domicile et les centres d'accueil téléphonique) au sein d'un décret unique. Ceci a pour objectif notamment de créer plus de cohérence et de synergies entre les différents secteurs de l'ambulatoire.

#### **5. Les autres ressources complémentaires**

- ▶ subsides pour projets spécifiques, de sources variées (régions, COCOF, Fondation roi Baudouin ou autres fondations, Loterie nationale, ...)

- ▶ financement d'emplois au travers du Maribel et des accords du non marchand fédéraux ou régionaux
- ▶ Subsidés octroyés par les pouvoirs publics en cas d'embauche de personnel sous contrats de types PRC (APE, ACS, TCT, FBI, etc.) ;
- ▶ Les organismes de financements alternatifs tels Crédal, Triodos
- ▶ Cotisations des membres de l'ASBL, dans le cas où la maison médicale en demande à ses associés ;
- ▶ Eventuels dons, voire legs, à l'ASBL, conformément à la loi.

## 2. Préliminaires au rapport

---

### 2.1. Contexte du rapport

Le présent rapport se veut un état des lieux du secteur des maisons médicales en région bruxelloise et une analyse de l'adéquation de l'offre de services par rapport aux besoins. 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.

C'est conformément aux prescriptions du décret que le présent rapport est élaboré. Il décrit la situation du secteur des maisons médicales et met en lumière les services offerts, problèmes rencontrés et les besoins des prestataires et des bénéficiaires, sur base des informations dont la Fédération disposait ou a pu récolter. Les informations présentées concernent les activités liées aux conditions d'agrément mais aussi toutes celles qui sont pertinentes pour évaluer les besoins dans le secteur. Le rapport concerne les maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales qu'elles soient agréées (environ 80 % d'entre elles) ou non.

### 2.2. Rappel des missions et conditions d'agrément des maisons médicales bruxelloises

#### 2.2.1. Définition et missions des maisons médicales selon le décret Bruxellois de l'ambulatoire<sup>2</sup>

Art. 14. 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.

---

<sup>2</sup> COCOF : Décret du 05 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé

Art. 15. La maison médicale exerce, dans le cadre du développement des soins de santé intégrée, les missions suivantes :

- 1° dispenser des soins de santé primaires, soit des soins de première ligne dispensés en consultation et à domicile et le suivi préventif;
- 2° assurer des fonctions de santé communautaire, soit développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de sa santé;
- 3° assurer des fonctions d'observatoire de la santé en première ligne, soit recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités de la maison médicale en vue d'une amélioration de la qualité des soins;
- 4° assurer des fonctions d'accueil.

### *2.2.2. Conditions d'octroi de l'agrément*

Pour être agréés, les services ambulatoires doivent répondre aux critères suivants :

- 1° être constitué sous forme d'association sans but lucratif, dont l'objet social correspond au secteur pour lequel il sollicite son agrément;
- 2° exercer ses activités principalement sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale;
- 3° désigner, parmi les membres de l'équipe, une personne chargée de la coordination générale du service ambulatoire;
- 4° être accessible à tous et remplir ses missions sans aucune discrimination;
- 5° respecter les règles de déontologie et de secret professionnels en vigueur dans le secteur auquel il appartient;
- 6° garantir la confidentialité dans l'organisation de ses locaux;
- 7° mener une démarche d'évaluation qualitative;
- 8° respecter les conditions sectorielles d'agrément et les normes d'agrément;
- 9° souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle;
- 10° souscrire une assurance en responsabilité des administrateurs.

En plus de ces critères, pour le secteur des maisons médicales, une équipe de maisons médicale doit répondre aux critères additionnels suivants pour être agréée :

- comprendre une équipe pluridisciplinaire d'au minimum deux médecins généralistes, de personnel d'accueil et de secrétariat et de personnel paramédical ou social.
- L'activité principale du service s'exerce dans le cadre du développement des soins de santé intégrés.
- Le cadre minimal comprend un équivalent temps plein de fonction d'accueil et un demi équivalent temps plein de fonction de santé communautaire.
- Le service s'assure de la collaboration de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes.

### 2.3. Méthodologie d'élaboration du rapport

Les résultats et analyses contenus dans ce rapport sont issus des différents rapports et systèmes de collecte de données existant au niveau de la FMM, des Intergroupes et des MM. Le contenu concerne les données les plus récentes disponibles.

Les données décrivant la situation sociodémographique et économique des patients soignés, 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 de collecte annuelle de données électroniques concernant la population soignée dans les maisons médicales, financé par la COCOF et la Région wallonne. Il permet ainsi de suivre ses caractéristiques sociodémographiques et son état de santé. Un rapport annuel concernant les données collectées par le Tableau de bord et leur analyse est envoyé à la COCOF chaque année.

Les données concernant le personnel des maisons médicales proviennent du cadastre de l'emploi de la FMM établi dans le cadre du cadastre de l'emploi de la Fédération des Associations Sociales et de santé (FASS). Il s'agit d'un outil 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.)

Outre les deux outils précédents, plusieurs enquêtes spécifiques internes ont été aussi exploitées pour documenter et illustrer ce rapport. Ces rapports et études sont consultables sur demande à la Fédération des maisons médicales. Il s'agit :

- **Accessibilité aux soins aux bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente (AMU) en maisons médicales bruxelloises** : il s'agit d'une enquête qualitative faite d'entretiens individuels et de groupe avec les professionnels de santé dans une dizaine de maisons médicales pour décrire leur organisation et les difficultés rencontrées dans le cadre de la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AMU à Bruxelles.
- **Enquête de l'Intergroupe Bruxellois (IGB) : « Etat des lieux 2012 »** : il s'agit d'une enquête par auto-questionnaire rempli par les maisons médicales pour décrire l'offre de soins, la situation de la file active de patients et un certain nombre d'aspects organisationnels. Ce rapport a permis de documenter la capacité d'accueil (inscription des patients) des MM, leur couverture en terme géographique de la population bruxelloise
- Rapport sur « **Les métiers de demain de la première ligne de soins** » (De Munck et al, 2011), rapport financé par le SPF Santé Publique et réalisé en partenariat entre l'Université Catholique de Louvain et la FMM: Il a permis d'illustrer des besoins d'évolution des métiers en première ligne de soins pour répondre aux problématiques nouvelles de santé qui se posent, liées notamment au vieillissement, à l'augmentation des pathologies chroniques, à la croissance des inégalités sociales de santé
- Rapport sur « **Interdisciplinarité en première ligne de soins et place du coordinateur de soins** » (Somassè et al 2012), rapport financé par le SPF Santé Publique et réalisé en partenariat avec la Vereniging van Wijkgezondheidscentra et la FMM : discute de l'enjeu de l'interdisciplinarité au-delà de la pluridisciplinarité pour des soins de qualité et un environnement professionnel d'échanges et d'interactions positives. Ce rapport illustre aussi l'importance du renforcement de la fonction de coordinateur de soins dans les maisons médicales
- **Les statistiques comparatives de données de prescriptions de médicaments meilleur marché et d'antibiotiques entre les médecins généralistes de maisons médicales et**

**les autres:** les données sont celles de l'INAMI communiquées par les MG eux-mêmes au service « Etude et recherches » de la FMM

- **La charte des maisons médicales**<sup>3</sup>
- **Enquête 2009 en promotion santé et qualité auprès des maisons médicales** (Burdet et al 2010): 23 équipes bruxelloises ont répondu sur 34 interrogées.
- **Enquête 2011 en promotion santé et qualité auprès des maisons médicales non-répondantes en 2009** : 9 équipes bruxelloises ont répondu sur 14 interrogées.
- **Enquête 2012 sur le démarrage des projets DMG+ dans les maisons médicales au forfait.**
- **Catalosanté**<sup>4</sup> : répertoire d'actions santé en maison médicale sur le site web de la Fédération.

Les données les plus récentes présentées sont celles de l'année 2012 et lorsque nous présentons une évolution de certains indicateurs, le recul dans le temps s'est en général limité à l'année 2006 pour donner un aperçu sur les cinq à sept dernières années.

---

<sup>3</sup> <http://www.maisonmedicale.org/Leur-charte-leurs-valeurs.html>, consulté le 20 janvier 2012

<sup>4</sup> [www.maisonmedicale.org/catalosante](http://www.maisonmedicale.org/catalosante)

### 3. Description des pratiques en maisons médicales, problématiques de santé

#### 3.1. Description de l'évolution de l'offre dans le secteur des maisons médicales à Bruxelles

##### 3.1.1. Remarque préliminaire

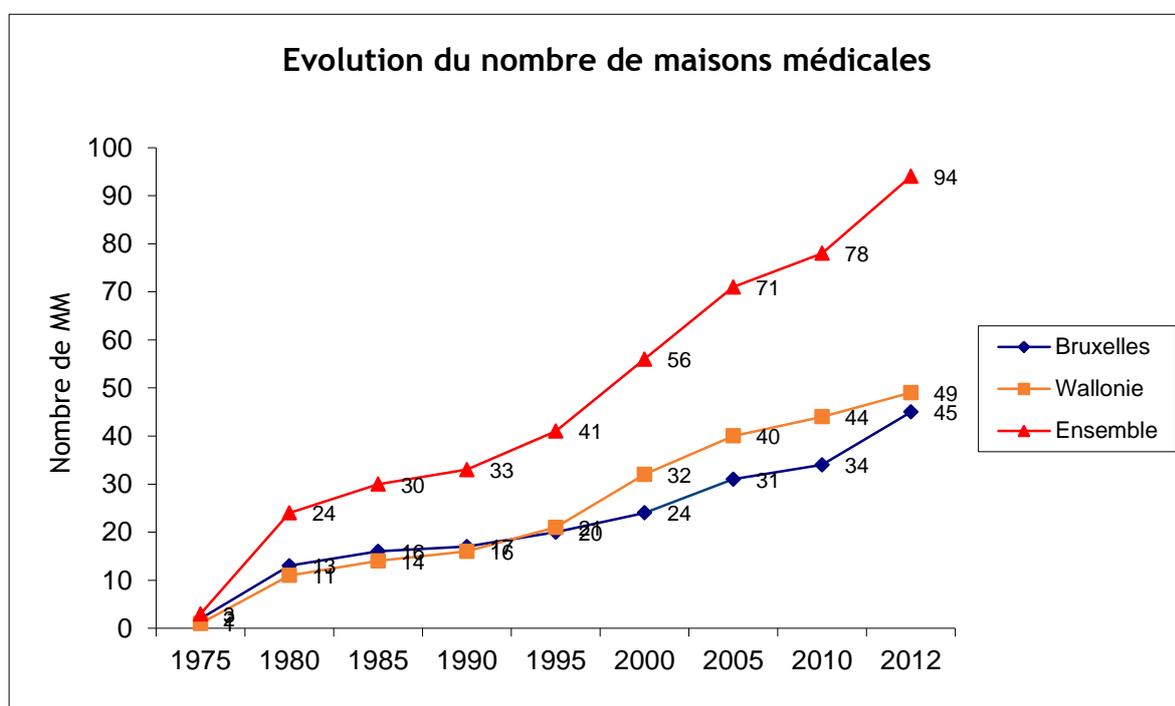
Toutes les maisons médicales membres de la Fédération ne sont pas agréées par la COCOF.

En fin 2012, 29 MM étaient agréées COCOF et 7 sont en attente de l'être. Au total c'est 80% des MM membres de la FMM 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 bien entendu pas les maisons médicales non membres de la FMM.

##### 3.1.2. Evolution du nombre de maisons médicales

Depuis la mise en place des premières maisons médicales (MM) en 1972, leur nombre n'a cessé d'augmenter (graphique1) au rythme moyen de 2,5 MM par an.



Graphique1 : Evolution du nombre de maisons médicales de 1975 à décembre 2012

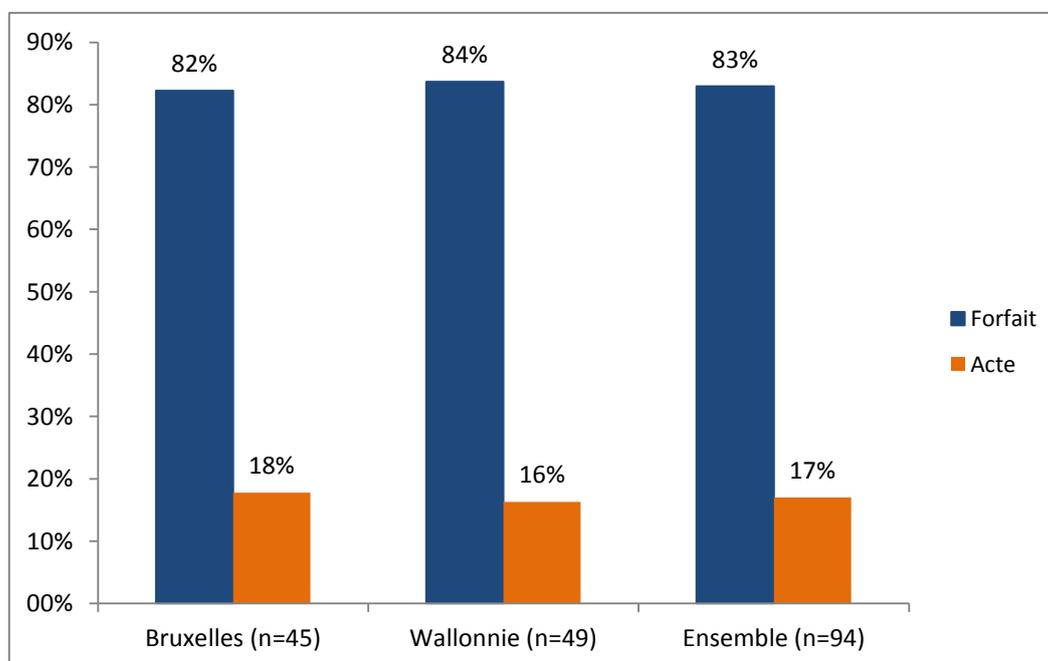
A la fin décembre 2012, la Fédération des maisons médicales comptait **94 MM membres dont 45 (48%) à Bruxelles et 49 (52%) en Wallonie.**

Cette augmentation du nombre de MM 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 attrait des professionnels pour le modèle des MM semble lié surtout au mode de fonctionnement de celles-ci : organisation du travail, travail d'équipe, partage de compétences, accessibilité à 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 et les femmes en particulier. Les chiffres le confirment comme nous le verrons plus loin !

### 3.1.3. Mode de financement des maisons médicales

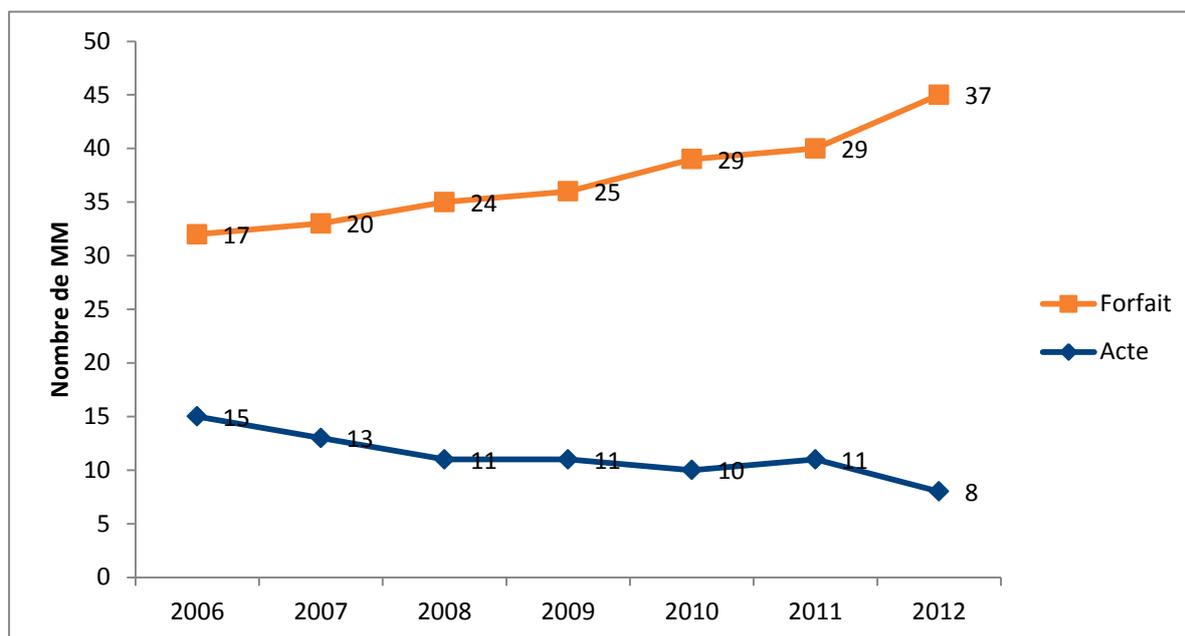
La tendance générale au niveau des MM est l'adoption du système forfaitaire (82% des MM bruxelloises en 2012) (graphique 2). Ce système est reconnu comme favorisant l'accès à des soins efficaces et limitant la surconsommation. Par ailleurs le forfait permet de fidéliser le patient, de connaître la population de responsabilité du centre, 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.



Graphique 2 : Maisons médicales selon le type de financement (décembre 2012)

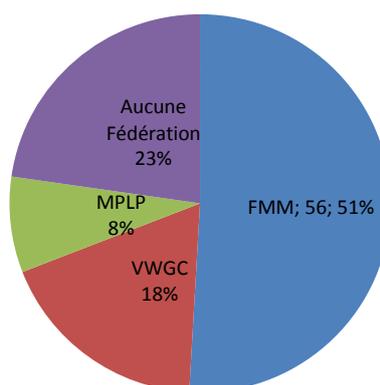
Le graphique 3 renseigne sur l'évolution vers l'adoption générale du forfait dans la plupart des MM bruxelloises. On peut noter une progression du nombre de maisons médicales au forfait de

17 en 2006 à 37 en 2012 soit plus du double en l'espace de 7 ans. Parallèlement le nombre de MM à l'acte décroît passant de 15 à 8, soit une réduction de presque moitié. La proportion de MM au forfait est ainsi passée de 53% à 82%.



Graphique3 : Evolution du système forfaitaire dans les MM bruxelloises de 2006 à 2012

La pratique forfaitaire est caractéristique des maisons médicales comme on peut le constater dans le graphique 4 : en 2010, en Belgique plus de la moitié des pratiques forfaitaires concernaient des maisons médicales membres de la fédération. Si on ajoute les membres de la fédération flamande des Wijkgezondheidscentra (VWGC) et de Médecine Pour Le Peuple (MPLP), c'est plus de 3 pratiques sur 4 qui appartiennent à un mode d'organisation similaire à celui promu par la Fédération des Maisons Médicales (graphique 4).



Graphique 4 : Pratiques forfaitaires de médecine générale en Belgique (INAMI 2010)

NB : la moitié des MPLP (5/11) sont également membres de la FMM, dans ce graphique ils sont uniquement repris sous l'appellation MPLP

### 3.1.4. Professionnels de santé et structure de l'emploi

#### Nombre de Travailleurs

Les 94 maisons médicales membres de la FMM (Bruxelles et Wallonie) comptent actuellement (fin 2012) plus de 1400 travailleurs salariés et indépendants.

Le tableau 1 ci-dessous décrit l'évolution du nombre de MM et du nombre de travailleurs en leur sein de 2007 à 2011 pour la région bruxelloise.

	Membres FMM 2007	Membres FMM 2011	Evolution depuis 2007
Nombre de MM	34	42	+ 24 %
Nombre de travailleurs (salariés + indépendants)	466	616	+ 32 %

Tableau1 : Evolution du nombre de maisons médicales et de travailleurs à Bruxelles

On constate une augmentation du nombre de MM à Bruxelles de 24% en 4 ans, accompagnée d'une augmentation du nombre de travailleurs de 32%. Le secteur des Maisons médicales continue à se développer pour répondre aux besoins de la population bruxelloise. Le nombre de travailleurs est à nuancer avec le nombre d'ETP.

#### Situation globale de l'emploi

Le tableau 2 ci-dessous montre que la FMM à Bruxelles représente 433 ETP avec un temps moyen de travail par travailleur de 27.6 heures hebdomadaires.

	Membres FMM
Travailleurs occupés (salariés + indépendants) (PP <sup>5</sup> )	616
Volume de travail global (ETP)	433,08
Nombre moyen de travailleurs occupés par MM (PP)	14,67
Volume moyen de travail par MM (ETP)	10,31
Temps de travail moyen par travailleur <sup>6</sup>	27,61

Tableau 2 : Situation globale de l'emploi dans les maisons médicales bruxelloises en 2011

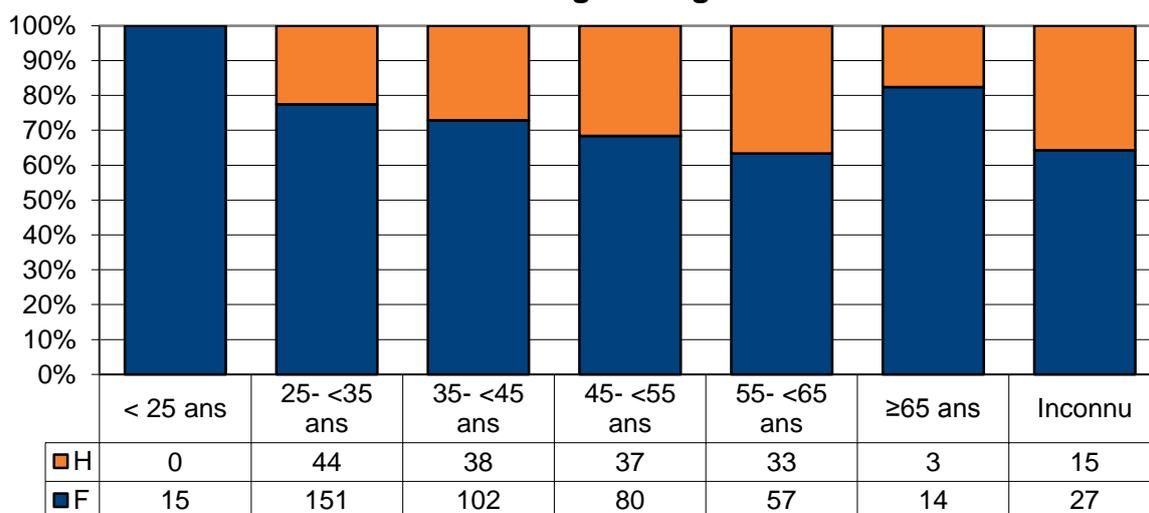
<sup>5</sup> PP = Personnes physiques. ETP = Equivalents temps plein.

<sup>6</sup> Il faut tenir compte du fait qu'un pourcentage important de travailleurs exerce des activités en dehors des MM

On a en moyenne 15 travailleurs par MM à Bruxelles et cela représente un peu plus de 10 ETP par MM. Mais il existe une importante variation selon l'âge des MM.

La population des travailleurs des MM bruxelloises est très féminisée comme ce qui se passe dans l'ensemble des professions de santé. En effet, près de 3 travailleurs sur 4 (72%) sont des femmes. Le personnel est assez jeune comme le montre le graphique 5 ci-dessous. Près d'un tiers des travailleurs en maisons médicales bruxelloises sont âgés de moins de 35 ans. Ce graphique montre également très bien la féminisation du personnel MM en cours, qui touche l'ensemble des professions.

**Répartition du personnel des MM bruxelloises selon l'âge et le genre**



*Graphique 5 : Répartition du personnel des maisons médicales bruxelloises selon l'âge et le genre*

### **Salariés et indépendants**

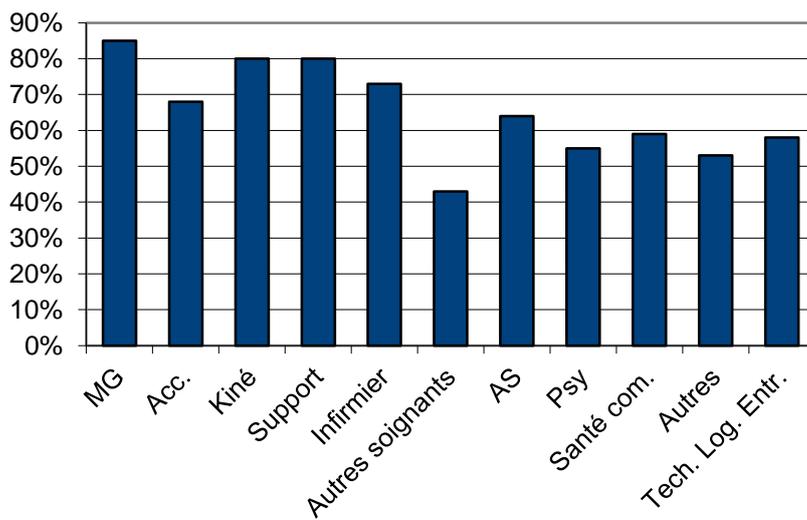
En ce qui concerne le statut des travailleurs, la tendance est l'augmentation de la proportion de salariés. En effet, en 2007, à Bruxelles, le nombre de travailleurs indépendants et de travailleurs salariés était quasiment identique (214 Vs 233). Mais la proportion de salariés a augmenté de 40% entre 2007 et 2010. Cela est une conséquence de la promotion du salariat comme socle de rémunération et de créations 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.

## Taux d'occupation

Près de 60 % des travailleurs sont engagés dans le cadre d'un contrat à temps partiel. Près de la moitié (45%) des travailleurs de MM bruxelloise sont des femmes employées à temps partiel.

Le graphique 6 montre de façon plus détaillée le taux d'occupation moyen par profession.

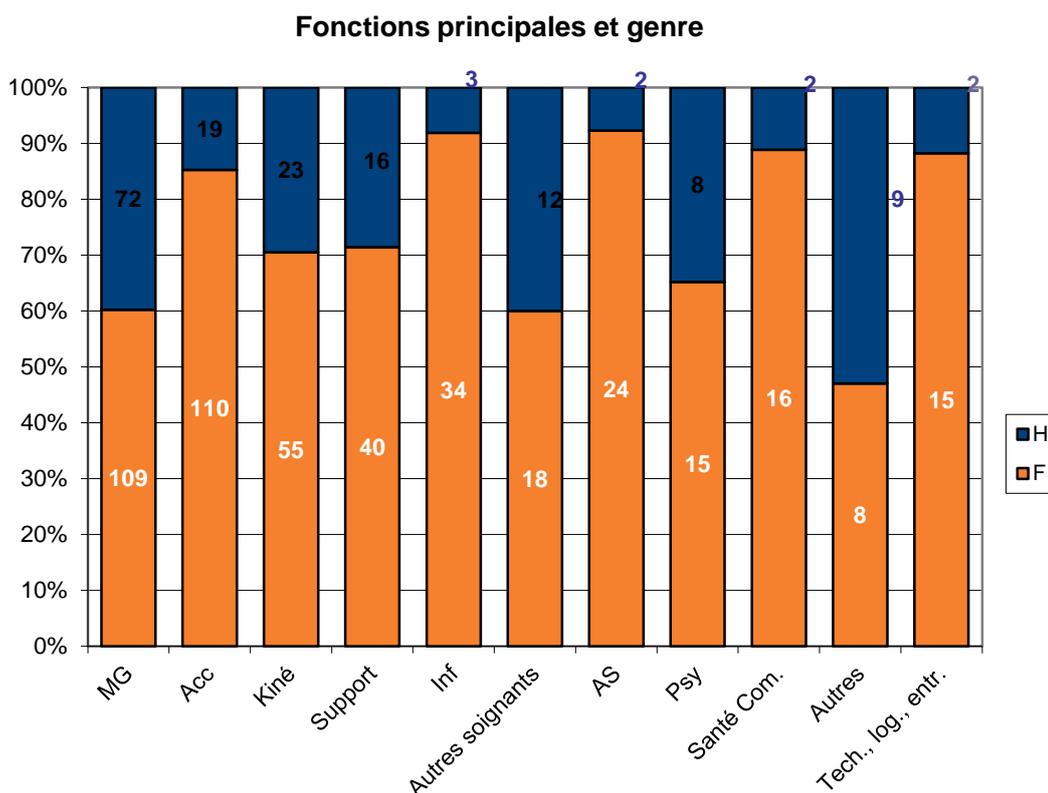
**Temps moyen d'occupation (% d'ETP\*) par fonction**



\*1ETP équivaut à 38 heures de travail hebdomadaire

*Graphique 6 : Régime moyen de travail en MM bruxelloise, par profession*

Les médecins généralistes (MG), les kinésithérapeutes, les fonctions administratives de support (comptable, gestionnaires...), les infirmiers et les accueillants sont les fonctions ayant les taux d'occupation moyen les plus élevés en MM bruxelloise (au moins 60%). Les MG ont le taux d'occupation le plus élevé (80% en moyenne).



Graphique 7: Répartition des professions en MM bruxelloise

### **Des équipes pluridisciplinaires : Répartition des fonctions en maisons médicales bruxelloises**

Fidèlement au taux d'occupation moyen, les fonctions principales les plus retrouvées en MM bruxelloise en nombre de personnes sont les MG (30%), les accueillants (21%), les kinésithérapeutes (13%) ; les fonctions de support et la fonction infirmière complètent le top 5.

En 2011, les 42 MM bruxelloises employaient en tout 34 infirmier(ère)s. Le ratio traditionnel de 2 MG/1 infirmier(e) est loin d'être atteint. La pénurie d'infirmier(es), la densité du réseau hospitalier à Bruxelles et la moyenne d'âge assez jeune (besoins moins importants de soins infirmiers chroniques) de la population des MM peuvent expliquer cette sous-représentation du secteur infirmier dans les MM bruxelloises. Par ailleurs, les MM organisent souvent des partenariats avec des associations d'infirmier(ères) pour les besoins de personnel infirmier.

Les données permettent d'indiquer en moyenne les ressources humaines disponibles par MM Bruxelloise :

- 3,5 ETP médecine générale ;
- 2 ETP employé accueil ;
- 1,5 ETP kinésithérapie ;
- 1 ETP fonction de support (gestionnaire, coordinateur, comptable, administratif,...) ;
- 0,5 ETP soins infirmiers ;
- 0,5 ETP accompagnement social ;

- 0,33 ETP santé communautaire (sous-évalué car les professionnels qui réalisent les activités de santé communautaire sont souvent enregistrés selon leur autre fonction. Il s'agit ici des professionnels déclarés uniquement pour la santé communautaire) ;
- 0,3 ETP autres soins médicaux/paramédicaux ;
- 0,25 ETP psy;
- 0,25 ETP maintenance et entretien ;
- 0,15 ETP autres.

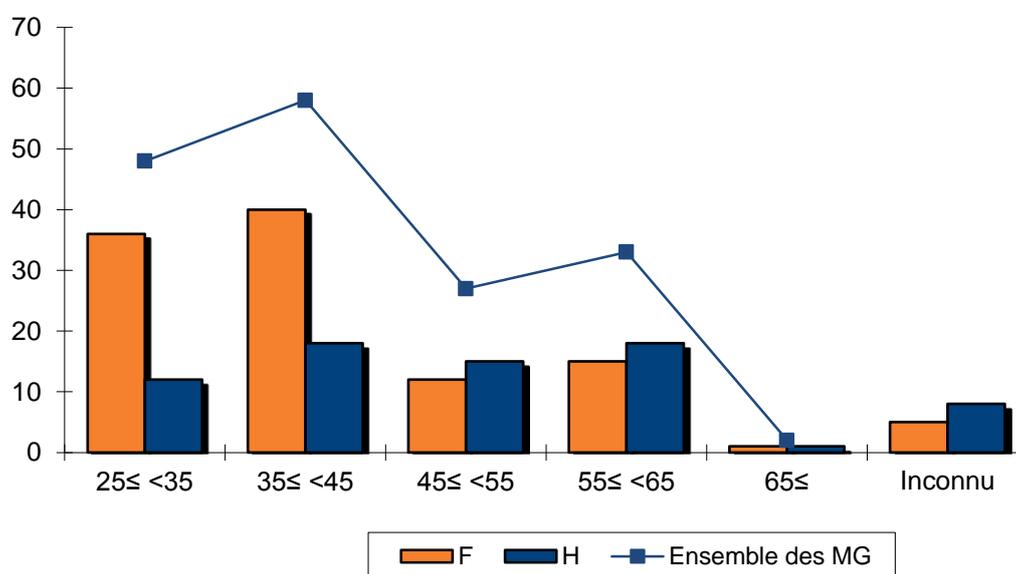
On pourra notamment constater qu'outre les fonctions traditionnellement décrites dans les MM bruxelloises (MG, infirmerie, kinésithérapeute, accueil, santé communautaire) les fonctions psycho-sociales (psychologue/psychothérapeute et travailleur social : 0,8% ETP en moyenne) sont déjà représentées de manière assez importante.

Enfin, de tels centres de santé nécessitent un support administratif et de coordination, qui permet aux professionnels de la santé de se consacrer aux activités liées à la santé de la population. Ceci se traduit également dans l'existence moyenne d'1 ETP de fonctions de support et d'1/4 ETP de fonctions d'entretien et maintenance.

### Examen de la situation particulière des médecins généralistes (MG)

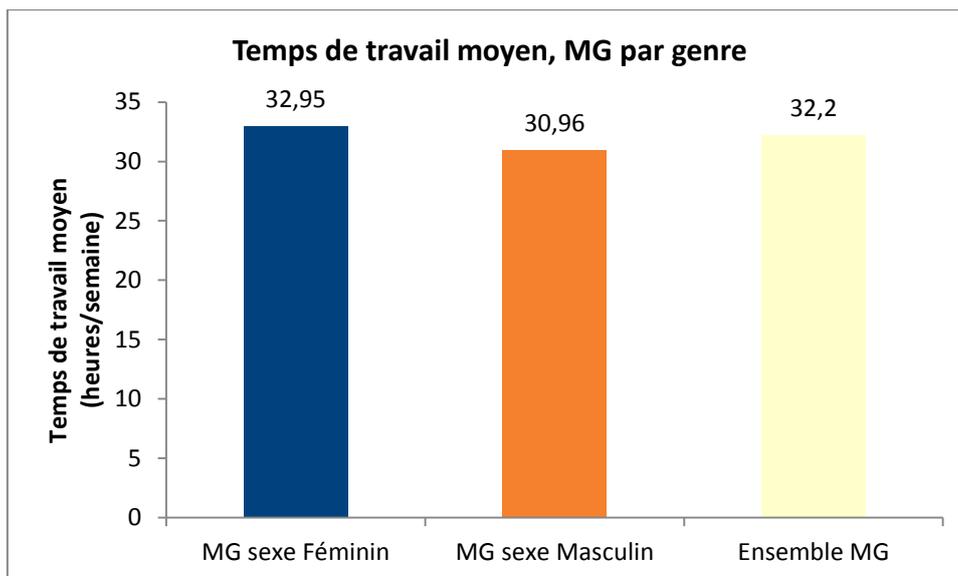
182 MG dont 60% de femmes exerçaient au sein des MM bruxelloises en fin 2011. Cela équivaut à 12,2% des 1491 MG bruxellois agréés en fin 2011.

#### Répartition des Médecins Généralistes de maisons médicales bruxelloises selon l'âge et le genre



Graphique 8: Age et genre des médecins généralistes en MM bruxelloises (décembre 2011)

75 % des MG en MM bruxelloises ont moins de 50 ans et 33 % ont moins de 35 ans. En comparaison aux données belges (2007) où 50% des MG ont plus de 50 ans, on peut dire que les jeunes médecins généralistes sont attirés en MM. Le phénomène est aussi observé en Wallonie.



Graphique 9: Temps de travail des MG par genre dans les MM bruxelloises (décembre 2011).

Les MG hommes ont un temps d'occupation moyen un peu plus faible que leurs homologues féminins. Cela peut s'expliquer par le fait que les MG hommes sont en moyenne plus âgés et limitent plus souvent leur temps de travail. Il s'agit également de considérer que les MG de MM, hommes et femmes, consacrent également une partie de leur temps dans d'autres lieux comme l'ONE, les centres de planning familial, etc.

**Répartition des médecins généralistes de maisons médicales bruxelloises selon le statut et le genre**



Graphique 10: Répartition des médecins généralistes en maison médicale bruxelloise selon le genre et le statut (décembre 2011)

Les médecins généralistes conservent très majoritairement le statut d'indépendant à Bruxelles (78 %, 88 % si on exclut les assistants), surtout les hommes. Mais la dynamique évolue vers le salariat.

### 3.1.5. Couverture géographique et capacité d'accueil des MM

#### **Couverture géographique et capacité d'accueil**

Les MM visent à offrir à la population des soins de qualité globaux, 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 MM à Bruxelles est-il suffisant pour couvrir les besoins de la population?

Le tableau 3 montre que les MM sont installées dans 14 des 19 communes Bruxelloises. Les communes non couvertes sont Auderghem, Koekelberg, Watermael-Boitsfort, Woluwe Saint Lambert et Woluwe Saint Pierre. Les communes avec une seule MM sont Berchem-Sainte Agathe, Etterbeek et Ganshoren. Trois (3) communes comptent chacune 2 MM. Il s'agit de Jette, Saint-Josse et Uccle. Enfin 6 communes comptent au moins 3 MM. Il s'agit d'Anderlecht, Bruxelles, Forest, Ixelles, Molenbeek St-Jean et de Saint Gilles.

A part Koekelberg, ces communes non couvertes sont des communes avec un indice de richesse élevé et ont un plus faible taux de chômage. 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.

Le graphique 11 rend bien compte du fait que les maisons médicales sont majoritairement installées dans les secteurs statistiques ayant les revenus médians par habitant les plus faibles.

La plupart des maisons médicales qui fonctionnent au forfait limitent les inscriptions quand une saturation commence à être ressentie. La récente enquête menée par l'Intergroupe bruxellois des maisons médicales en mai 2012<sup>7</sup> montre que 16 des 31 MM qui ont répondu à l'enquête inscrivent encore mais pour 15 d'entre elles les inscriptions sont devenues exceptionnelles, cela afin de préserver la qualité des soins. Ces situations d'exception concernent les patients qui résident dans le quartier d'implantation pour les activités de santé communautaire, les patients ayant des liens familiaux avec d'autres déjà inscrits, les transferts de patient d'une MM à une autre, les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente (AMU). Ainsi donc, seule la moitié des MM bruxelloises peuvent encore inscrire de façon routinière les patients qui s'adressent à elles.

Par contre, toutes témoignent d'une demande d'inscription importante, et croissante. Des citoyens s'adressent même à la fédération des maisons médicales dans l'espoir que leur souhait d'être inscrit en maison médicale soit entendu ! Les motifs de cet attrait sont multiples : l'accessibilité financière en est un, mais de loin pas la seule. La prise en charge globale et pluridisciplinaire en un seul lieu est mentionnée également, le travail en équipe des médecins généralistes, l'accessibilité culturelle et sociale. Et en complément il s'agit de considérer la décroissance du nombre de généralistes à Bruxelles, et particulièrement dans les quartiers où sont implantées les maisons médicales, alors que les besoins de soins croissent, la démographie aussi, mettant les habitants en situation de ne pas parvenir à trouver un médecin généraliste dans leur quartier. Cela se ressent particulièrement lorsqu'un généraliste arrête son activité au moment de prendre sa retraite, sans qu'une relève ait pu être mise en place pour sa patientèle.

---

<sup>7</sup> IGB, Enquête « Etat des lieux 2012 »

## Nombre et Proportion de patients bruxellois soignés dans les MM

Le nombre moyen de patients par MM, estimé à partir du nombre moyen de patients actifs dans les MM au forfait est de 2367 en 2011. A titre de comparaison ce nombre moyen est de 2204 pour la Région wallonne.

En extrapolant les résultats à l'ensemble des MM bruxelloises (MM au forfait et à l'acte), le nombre estimé de patients soignés par les MM bruxelloises est de 99 414 soit environ 9.5% de la population bruxelloise contre 3.1% de la population wallonne soignée en MM. Ainsi donc 1 patient bruxellois sur 10 est soigné dans une maison médicale membre de la FMM.

Tableau 3 : Répartition des maisons médicales bruxelloises par commune

Communes	Maisons médicales membres de la FMM présentes	Caractéristiques de la commune					
		Pop. ([1])	Km <sup>2</sup>	Hab/km <sup>2</sup>	Indice de richesse (2009)	% des 18-64 ans bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale	Taux de chômage 2008 (%)
Anderlecht	MM Anderlecht*	107912	17,74	6083	71,72	4,50	23,93
	MM Horizons *						
	MM Perspective *						
<b>Auderghem</b>		<b>31408</b>	<b>9,03</b>	<b>3478</b>	<b>106,83</b>	<b>2,01</b>	<b>11,84</b>
Berchem-Sainte-Agathe	MM Kattebroek*	22770	2,95	7719	95,37	2,01	15,94
Bruxelles-wille ([2])	MM Béguinage	163210	32,61	5005	73,43	4,30	23,58
	MM CS Miroir *						
	MM Enseignement*						
	MM Entr'Aide des Marolles						
	MM Le 35*						
	MM Marolles*						
	MM Riches Claires*						
	MM Senne*						
	MM Cité Santé (Laeken)*						
	MM Laeken (Laeken)*						
	MM Pavillon (Neder-Over-Heembeek)*						
Etterbeek	MM Maelbeek	45257	3,15	14367	81,11	3,71	17,86
<b>Evere</b>		<b>36492</b>	<b>5,02</b>	<b>7269</b>	<b>83,55</b>	<b>4,20</b>	<b>17,66</b>
Forest	MM Forest - Saint-Antoine	51838	6,25	8294	86,20	3,03	20,71
	MM Forest - Saint-Denis						
	MM Marconi*						
	MM Primeurs						
Ganshoren	MM Calendula	23059	2,64	8734	93,17	1,26	16,67
Ixelles	Free Clinic*	82202	6,34	12966	87,31	2,55	18,93
	MM Centre africain Promotion Santé*						
	MM Couleurs Santé						
Jette	MM Antenne Tournesol*	47947	5,04	9513	89,03	2,67	17,89
	MM Esseghem*						
<b>Koekelberg</b>		<b>20261</b>	<b>1,17</b>	<b>17317</b>	<b>77,48</b>	<b>2,94</b>	<b>23,89</b>
Molenbeek-Saint-Jean	MM Norman Béthune*	91733	5,89	15574	62,91	6,97	29,28
	MM Vieux Molenbeek*						
	MM MPLP Molenbeek - Le Renfort						
Saint-Gilles	MM Avenir en Santé Solidaire	48439	2,52	19222	68,40	4,69	25,98
	MM la Perche*						
	MM Santé Plurielle*						
Saint-Josse-ten-Node	MM Botanique*	27358	1,14	23998	51,20	7,16	32,43
	MM Atlas						
Schaerbeek	MM Alpha Santé*	125656	8,14	15437	69,15	4,95	25,52
	MM Santé Sans Frontières						
	MM MPLP la Clef						
	MM Neptune*						
	MM Nord*						
	MM Noyer*						
	MM Sainte-Marie						
	MM Santé et Bien-être						
	MM Cassiopée						
	MM Globule						
Uccle	MM Etoile Santé*	78288	22,91	3417	108,85	1,61	12,97
	MM Goéland (Linkebeek)*						
<b>Watermael-Boitsfort</b>		<b>24249</b>	<b>12,93</b>	<b>1875</b>	<b>115,52</b>	<b>1,93</b>	<b>11,96</b>
<b>Woluwe-Saint-Lambert</b>		<b>51515</b>	<b>7,22</b>	<b>7135</b>	<b>100,26</b>	<b>1,96</b>	<b>11,65</b>
<b>Woluwe-Saint-Pierre</b>		<b>39494</b>	<b>8,85</b>	<b>4463</b>	<b>111,29</b>	<b>0,81</b>	<b>9,72</b>
<b>Total</b>		<b>1119088</b>					

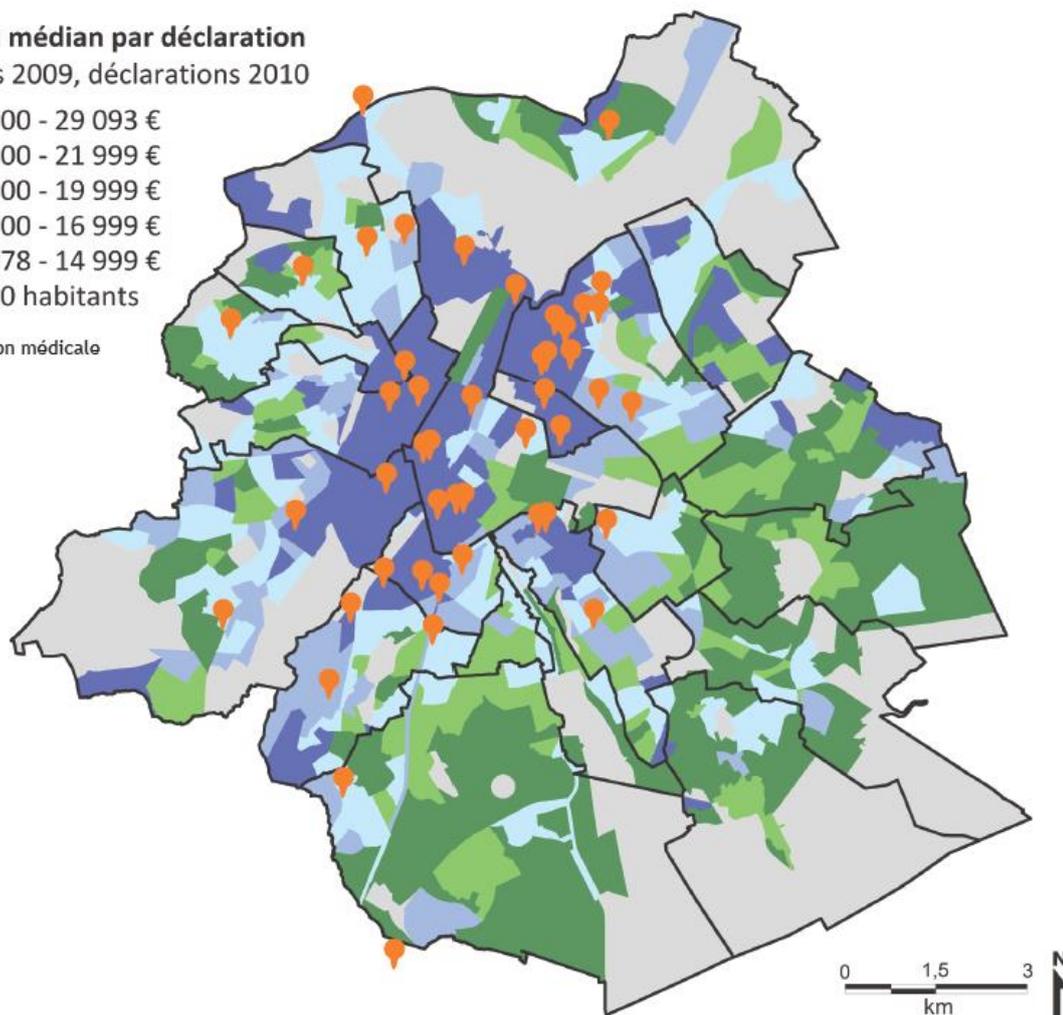
[1] INS 2011, [2] Bruxelles, Laeken, Neder-Over-Heembeek, Haren

Source : IGB 2012 et Institut National de Statistique 2011 ; \*Maison médicale membre de la FMM agréée COCOF  
Remarque : 4 MM sont agréées par la COCOF mais ne sont pas membres de la FMM : MM de Watermael-Boitsfort-Auderghem (Watermael-Boitsfort), MM Galilée (Saint-Gilles), MM l'Aster (Schaerbeek), MM Evere

**Revenu médian par déclaration**  
revenus 2009, déclarations 2010

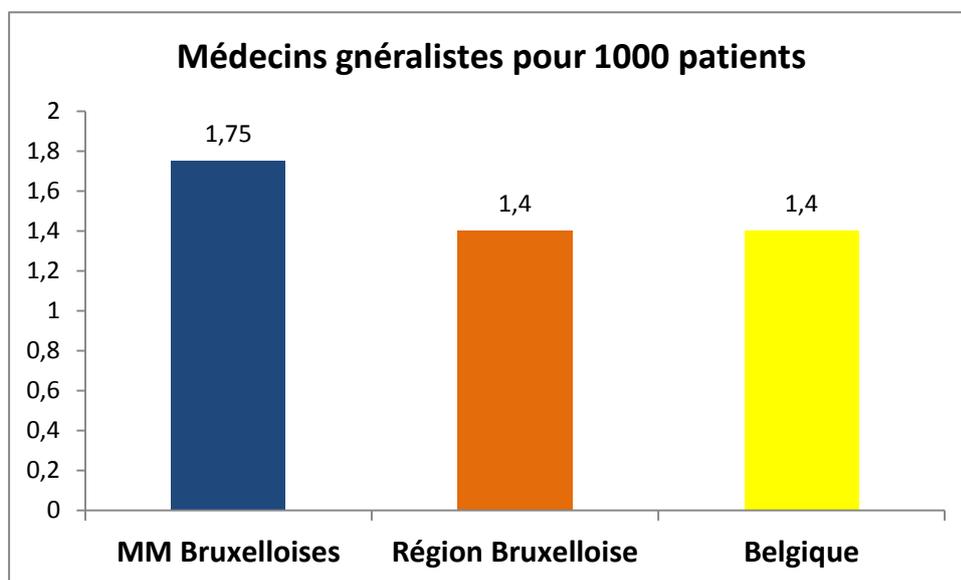
- 22 000 - 29 093 €
- 20 000 - 21 999 €
- 17 000 - 19 999 €
- 15 000 - 16 999 €
- 11 078 - 14 999 €
- < 200 habitants

📍 = maison médicale



*Graphique 11 : Carte de Bruxelles avec implantation des maisons médicales selon le revenu médian des habitants par secteur statistique : carte adaptée de celle de l'Observatoire de la Santé et du social de Bruxelles, elle-même établie à partir des statistiques fiscales 2009 (Direction Générale Statistique et Information économique)*

### 3.1.6. L'offre médicale dans les maisons médicales bruxelloises



Graphique 12 : Ratio Nombre de médecins généralistes pour 1000 habitants à fin 2011

Pour ce graphique 12, le nombre de médecins généralistes considérés pour la Belgique et la Région bruxelloise est le nombre de médecins généralistes agréés au 31 décembre 2011 selon les « statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique » du SPF-Santé Publique.

On peut observer que la densité médicale (nombre de médecins généralistes (MG) pour 1000 habitants) est légèrement plus élevée en MM bruxelloise que pour l'ensemble de la Région bruxelloise et de la Belgique. La différence pourrait être encore plus grande si on ne prenait en compte que les médecins réellement actifs avec au moins 500 contacts-patients par an. Le ratio un peu plus élevé au niveau des MM rassure quant à la disponibilité du corps médical pour un travail de qualité. Il faut toutefois nuancer ce chiffre avec les éléments ci-après :

- La population des MM est beaucoup plus défavorisée au plan socio-économique comme nous le verrons et les problèmes de santé s'en trouvent plus fréquents, ce qui génère des contacts médecins plus fréquents (voir consommation de soins).
- Les médecins recensés exercent en moyenne pour 0.80 ETP, donc la disponibilité n'est pas de 100%. Cette observation n'est pas spécifique aux MM. En 2005, l'INAMI avait estimé à 0.75 ETP en moyenne le temps de travail des MG (INAMI 2005).
- Une partie du temps de ces MG est également consacrée à la coordination pluridisciplinaire en équipe.
- Un autre aspect important à considérer est que les MG de MM intègrent de manière plus importante dans les soins et outre les soins, des activités de promotion de la santé au niveau individuel et communautaire, lesquelles activités sont consommatrices de temps.

### 3.1.7. Utilisation des soins

Tableau 4 : Utilisation des soins de médecine générale en MM en 2009 (comparaison avec les données INAMI 2008)

	Maisons médicales Région bruxelloise		Région bruxelloise	Maisons médicales Région wallonne		Région wallonne
	Moyenne brute	Moyenne ajustée *	Moyenne	Moyenne brute	Moyenne ajustée *	Moyenne
<b>Nombre de contacts / an</b>	3.43	<b>3.79</b>	2.6	4.48	<b>5.18</b>	3.9
<b>Taux de Visites à Domicile (%) **</b>	7	<b>11</b>	20	17	<b>23</b>	36
<b>Groupe de contact annuel (%) ***</b>	75	<b>76</b>	69	80	<b>82</b>	77

\* Standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population générale belge

\*\* Rapport entre le nombre de visites à domicile et le total (consultations + visites)

\*\*\* Pourcentage de la population ayant eu au moins 1 contact-médecin sur 1 an

Source : Etude Population et consommation de soins (FMM 2008)

A Bruxelles comme en Wallonie, on observe que les MM ont plus de contacts par patient, et plus de patients vus au moins une fois sur l'année. Cependant le nombre de contact annuels est plus faible à Bruxelles qu'en Wallonie. Le taux de visites à domicile est plus faible ce qui traduit une avance des MM par rapport à une tendance générale dans la profession pour augmenter l'efficacité des soins offerts. Les visites à domicile sont ainsi appliquées surtout pour les cas nécessaires (vieillards, soins palliatifs, familles nombreuses,...)

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.

### 3.1.8. Accès aux soins, notamment pour les personnes sans mutualité bénéficiant de l'AMU

L'Aide Médicale Urgente<sup>8</sup> (AMU) est une intervention financière auprès des prestataires de santé pour garantir aux personnes en séjour illégal un accès aux soins médicaux. Les données disponibles au niveau du tableau de bord des maisons médicales et une enquête qualitative en 2012 (Litt 2012) montrent que les MM accueillent cette population précarisée sans discrimination. Si cela arrive parfois que des patients AMU ne soient pas reçus dans une MM, c'est bien généralement parce que celle-ci n'est plus en mesure d'inscrire de nouveaux patients. Si les MM soignent ces patients avec beaucoup de volonté, de nombreuses charges administratives sont générées par la prise en charge de ces patients, les disparités entre CPAS sont pointées comme une grande difficulté et nécessiteraient une harmonisation au niveau des instances politiques.

Les données du tableau de bord des maisons médicales indiquent que 2.3% des patients en MM bruxelloise (données de 23 MM) sont des patients AMU ou bénéficiant de l'aide du CPAS. Ces données sont certainement sous-estimées car ces patients ne sont pas toujours enregistrés parce qu'ils ne font pas partie de la patientèle facturée au forfait. Au niveau du nombre de

<sup>8</sup> L'aide médicale urgente (AMU) est inscrite à l'article 57, paragraphe 2, de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976 et précisée par l'Arrêté royal du 12/12/1996 et par diverses circulaires

contacts, les patients AMU en MM ont un nombre de contacts annuel médecin moyen de 2.6 contre 3.4 en moyenne pour les autres patients de ces MM.

Par ailleurs, le souci d'accessibilité aux soins des maisons médicales touche aussi les personnes couvertes par l'assurance maladie mais vivant dans la précarité.

Le tableau 6 plus loin montre que la population prise en charge par les MM est plus pauvre que la population générale belge. Le nombre de personnes sous statut « BIM » ou « Omnio » est plus important en MM que dans la population bruxelloise. On note aussi deux fois plus de patients non en ordre de mutuelle dans les MM que dans l'ensemble de la Belgique.

Cela s'explique notamment par leur choix d'implantation dans les quartiers populaires, mais pas seulement. En effet, une étude de la mutualité socialiste (Boutsen et al 2011) met en évidence que même après correction pour le biais d'implantation, les MM au forfait recrutent significativement plus de patients BIM que les médecins généralistes à l'acte : 36% versus 29%. Cela montre que les MM au forfait indépendamment de leur implantation sont plus accessibles à la population défavorisée que les autres pratiques de médecine générale, particulièrement la médecine à l'acte.

### *3.1.9. Intégration de la promotion de la santé*

Comme dit plus haut, 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.

Les enquêtes réalisées en 2009 et 2011 (32 MM en tout sur un total de 37 MM bruxelloises) par la FMM sur les moyens de mise en œuvre de la promotion de la santé révèlent que cette dimension des activités est une réalité.

Dans de nombreuses équipes, un petit groupe de référence en promotion de la santé, composé de quelques travailleurs, organise, pilote, supervise, insuffle les activités en prévention et promotion de la santé. Non seulement ces groupes de référence en promotion santé sont très bien implantés dans les équipes mais ils présentent plusieurs caractéristiques qui les inscrivent dans la durée et une dynamique de changement : rythme de réunion soutenu, inscription des réunions promotion santé dans l'horaire de travail des travailleurs concernés et intégration des pratiques d'Assurance Qualité (AQ) pour les 3/4 des groupes Promotion Santé (PS).

Par ailleurs, la promotion santé a pris une place plus importante dans les réunions générales avec l'ensemble de l'équipe. La majorité de celles-ci se réunissent au moins une fois par an pour faire un bilan des activités de PS.

Le recours à différentes sources documentaires a bien évolué, de même que l'ouverture sur des partenariats. Par contre, la planification et l'évaluation permanente doivent encore être améliorées.

Voici quelques indicateurs : Attitude générale « activement impliquée » par rapport à la santé communautaire pour 56% des MM bruxelloises (46% pour l'ensemble des MM wallonnes et Bruxelloises), identification d'un référent promotion santé dans 90% des MM à Bruxelles (82%

dans l'ensemble des MM), intégration de l'AQ dans le groupe PS dans ¾ des cas à Bruxelles (2/3 pour ensemble des MM).

L'engagement à la promotion de la santé se remarque aussi sur le site web de la Fédération où 13 MM ont rédigé un total de 35 fiches d'actions via l'outil « catal@santé ». Ces pages de partage d'information sur les projets réalisés ne reflètent cependant pas actuellement toute la richesse des actions développées à Bruxelles.

Pour mettre en route le volet prévention (DMG+) du dossier médical global (DMG), les MM étaient invitées à contacter leurs patients avant le 30 juin 2012. Cette démarche n'était pas obligatoire. A Bruxelles, 2/3 des équipes (au forfait) ont démarré ce projet. Si environ ¼ des équipes ont atteint l'objectif (facultatif) d'informer 70% des patients, il n'y a pas encore eu d'évaluation des différentes procédures prévention dont on sait que de nombreuses équipes les réalisent déjà en routine depuis longtemps.

Les activités de promotion de la santé sont renforcées avec la participation des patients à divers niveaux dans l'organisation des soins au niveau des MM.

### 3.1.10. Participation des patients

Quatre niveaux de participation des patients sont mis en œuvre dans les maisons médicales:

- 2 niveaux sur l'axe médico-social :
  - **individuel** : dans le cadre de la consultation : il s'agit, pour le soignant, de considérer le patient comme un acteur de sa santé, de s'appuyer sur ce qu'il dit, sur les ressources qu'il a, pour définir avec lui le traitement optimal ;
  - **collectif** : mise en place d'activités orientées vers un facteur de risque particulier ou vers la santé au sens large (dans une optique de promotion de la santé et d'empouvoirement).
- 2 niveaux sur l'axe institutionnel :
  - **via un comité de patients**, ou un autre groupe impliquant des patients
  - **via une représentation des patients** à l'Assemblée Générale (AG) et au Conseil d'Administration (CA)

Une enquête menée auprès des équipes en 2009 et 2011 permet d'observer comment se répartissent ces différents niveaux :

Axe médico-social (n=32)		%
Individuel/consultation	31	96,9
Activités collectives impliquant les patients	24	75,0
Axe institutionnel (n=32)		%
Existence d'un Comité de patients	6	18,8
Présence de patients à l'AG et au CA	3	9,4

Tableau 5 : Modalités de participation des patients dans les MM bruxelloises, 2009-2011 (n=32)

Nb : plusieurs modalités coexistent la plupart du temps

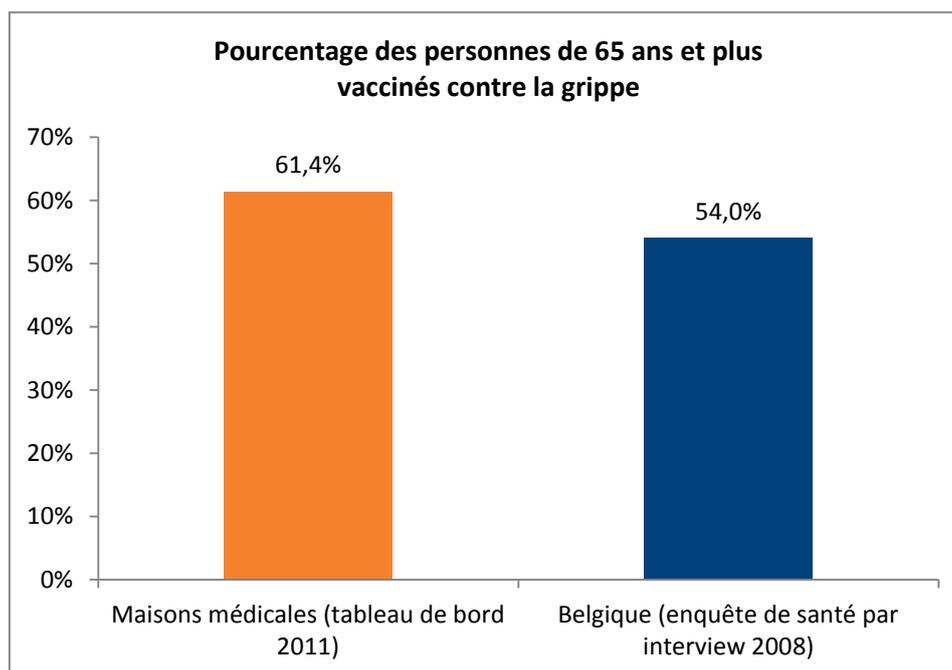
La participation de type institutionnel est minoritaire (également en région wallonne) et pourra être améliorée. Certains obstacles sont rencontrés pour la participation des patients, à savoir : difficultés de représentativité, limites des rôles, difficultés de mobilisation, etc. D'autres modalités de cette participation sont à créer. Ajoutons que d'autres facteurs, qui semblent peu propices à un engagement de ce type, sont particulièrement fréquents à Bruxelles : mobilité, précarité, multiculturalité, difficulté d'accès aux soins.

Par contre, la participation des patients au niveau médico-social est élevée, ce qui est très positif. En effet,

- au niveau individuel, la participation du patient permet de mieux adapter son traitement ; de le soutenir dans le déroulement de sa maladie (particulièrement pour les problèmes chroniques) ; de mobiliser et renforcer ses ressources personnelles et celles de son entourage ; de faciliter son adhésion au traitement. Ces éléments sont essentiels pour que le patient reste le plus autonome possible et fasse recours de manière adéquate aux services de santé (en termes d'échelonnement notamment). En outre, le renforcement de ses ressources et capacités personnelles aura des répercussions plus larges sur sa santé en général, et peut même mener à d'autres effets positifs, sur sa vie sociale, par exemple.
- au niveau collectif, les activités sont très diversifiées. Ces activités visent aussi le plus souvent, dans une optique de promotion de la santé, à soutenir l'échange, le lien social, le projet de vie.
- **Quelques exemples d'activités collectives:** animations pour hommes diabétiques, groupes cuisine pour femmes, groupes de patients souhaitant arrêter de fumer, groupe de marche, groupe théâtre, réseaux santé diabète, réseaux d'échange des savoirs, projet Biloba, sorties familiales permettant à chacun de « bouger » dans un cadre vert, projets de « remise en selle » en collaboration avec Pro-vélo, etc.

### 3.1.11. Activités de prévention

La prévention est l'un des piliers essentiels de l'organisation des soins en MM et s'allie au curatif et à la promotion de la santé. La prévention est à la fois primaire, secondaire et tertiaire, individuelle et collective. Notamment le dépistage du cancer du sein (mammotest), la vaccination contre la grippe sont deux activités de prévention importantes en santé publique. En 2011, parmi les personnes de 65 ans et plus, 61,4% ont été vaccinés pour la grippe saisonnière contre une proportion de 54% en Belgique (enquête nationale de santé par interview 2008). En ce qui concerne le mammotest parmi les femmes de 50-69 ans, 29% ont réalisé un mammotest en MM bruxelloises contre 10% pour la Région bruxelloise (données INAMI 2006-2007).

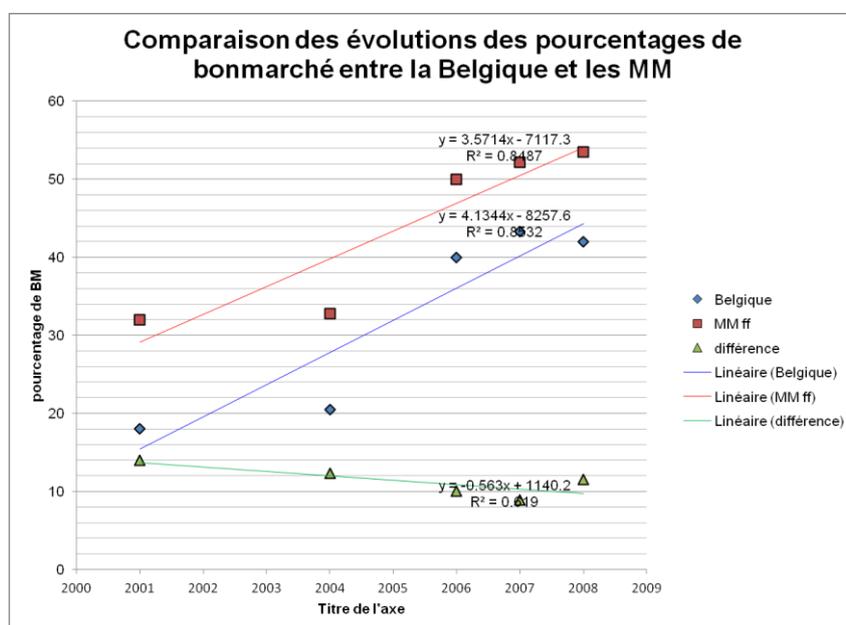


Graphique 13: Vaccination contre la grippe (65 ans et plus) : Année 2011 (tableau de bord) comparée aux données de la Belgique (enquête de santé par interview 2008)

### 3.1.12. Rationalité de la prescription de médicaments

Un des critères de qualité des services est l'efficacité. Elle permet d'articuler un très bon niveau de qualité pour chacun, et une attention pour l'intérêt collectif. L'efficacité se traduit notamment dans les pratiques des prestataires qui cherchent à offrir des soins de qualité tout en évitant une surconsommation des soins. Nous décrivons ci-dessous quelques pratiques qui visent l'efficacité dans les soins (prescription médicamenteuse rationnelle, intégration de la dimension assurance de qualité dans les activités, mise en œuvre de l'interdisciplinarité...etc.).

Les données de prescription de médicaments issues de l'INAMI montrent (graphique 14) que le taux de prescription de médicaments génériques et meilleur marché s'améliore d'année en année tant au niveau des MM (Bruxelles et Wallonie) qu'au niveau des autres pratiques de médecine générale. Les pratiques de prescription des MM restent meilleures même si l'écart avec les autres pratiques se réduit avec le temps.



Graphique 14 : Prescription de médicaments meilleur marché

A l'instar de la prescription de médicaments bon marché, il semble que les MG de MM font une prescription d'antibiotiques plus conforme aux recommandations. Les données INAMI 2006-2007 analysées montrent par exemple que la prescription d'amoxicilline-acide clavulanique qui était déjà plus basse dans les MM en 2006 baissait encore en 2007 pendant qu'elle était en augmentation pour la moyenne belge (23 à 22% versus 28 à 30%).

### 3.1.13. Intégration de l'Assurance Qualité dans les pratiques

La FMM soutient depuis toujours l'intégration de la dimension qualité dans l'organisation et l'évaluation des soins dans les MM. En 1999, elle mettait à disposition des MM 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 MM.

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 le « vademecum pour l'encodage », outil d'aide à l'encodage, des fiches DSI et Bonnes pratiques, autant d'outils utilisés par les équipes. De même elles participent activement, chaque année aux séminaires d'échange sur le tableau de bord.

La motivation des équipes à l'AQ se voit aussi par leur participation massive aux démarches d'évaluation qualitative (DEQ) demandées par la COCOF dans le cadre du décret de l'ambulatoire 2009. La mise en œuvre de ces projets bien que contraignante ne décourage pas pour autant les équipes, la plupart étant habituées à intégrer le processus d'assurance de qualité dans les diverses activités. Cependant, les témoignages récents recueillis auprès des MM bruxelloises dénoncent une charge administrative et d'investissement temps supplémentaire importante sans une compensation de la part de la COCOF. Il faudra rediscuter idéalement des conditions et des exigences pour soutenir la motivation des équipes avec l'idée que la DEQ ne doit pas amener à faire le contraire de ce qu'elle est sensée produire : des soins de qualité et la mise en œuvre de l'AQ dans l'organisation et l'évaluation des soins.

#### *3.1.14. Fonction d'observatoire de la santé*

Afin de faciliter l'évaluation des résultats de soins et identifier les besoins, les MM conformément aux missions décrétales et à leur charte, collecte 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 FMM qui les analyse. Les résultats sont publiés dans l'outil « Tableau de Bord des maisons médicales » et font l'objet d'un rapport annuel adressé à la COCOF et à la Région Wallonne.

La synthèse des données individuelles par MM permet à chacune d'elle de mieux connaître sa population et de prendre les mesures adéquates pour répondre aux besoins identifiés. Des réunions annuelles avec l'ensemble des MM 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 MM, mais également l'observation des données concernant la population prise en charge par notre secteur, comme montré partiellement dans ce rapport (partie 3.2), et en collaboration avec d'autres sources de données, de contribuer à l'observation de la situation sanitaire à Bruxelles.

## 3.2. Problématiques sociales et de santé identifiées dans la population bruxelloise prise en charge par les MM

### 3.2.1. Caractéristiques sociodémographiques : une population fortement précarisée

Les caractéristiques sociodémographiques constituent 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 (Bossuyt et al 2004).

Pour ce qui est de l'âge, on peut constater que la population des MM est en moyenne plus jeune que l'ensemble de la Région : 32 ans versus 38 ans. La proportion de seniors ( $\geq 65$  ans) est deux fois moins importante (8% versus 14.5%). En ce qui concerne le genre, on ne note pas de différence. Il y a moins de personnes au régime de travail indépendant en MM.

L'analyse de la population soignée dans les MM bruxelloises, en comparaison à l'ensemble de la Belgique (tableau 6) montre une précarité plus importante. La précarité mesurée par le type de remboursement (préfrentiel ou non) est bien plus importante dans la population des MM que pour l'ensemble de la Belgique. On constate en effet que la proportion de BIM<sup>9</sup> (OMNIO et VIPO 100) est presque 3 fois plus importante dans les MM que dans l'ensemble de la Belgique (42% versus 14.6%). On note aussi deux fois plus de patients non en ordre de mutuelle dans les MM que dans l'ensemble de la Belgique.

La forte précarisation visible au travers du statut « OMNIO » de la population des MM peut s'expliquer d'une part par un travail social important au niveau des MM dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. Aider les personnes à exercer leur droit au statut « OMNIO » leur permet de bénéficier de leurs droits à un remboursement préférentiel en première et en deuxième ligne de soins. Il faut en effet rappeler que pour certaines catégories de personnes (OMNIO) ce droit n'est pas automatique et nécessite une démarche active de la part du patient. D'autre part, comme montré plus haut, les MM 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, ce à quoi répondent les MM. Enfin, même au sein de leurs quartiers les maisons médicales attirent une plus grande proportion de personnes en situation précaire (Boutsen et al 2011).

---

<sup>9</sup> Assurés ordinaires et VIPO 100 (veufs, invalides, pensionnés, orphelins) issus de ménages avec un revenu inférieur à un seuil défini

Tableau 6 : Caractéristiques sociodémographiques de la population des maisons médicales (2011)

		Maisons Médicales bruxelloises (n = 54439)	Région bruxelloise* n=(1048491)*	Belgique (n = 10.666.866)*
Sexe	Masculin (%)	48,6	48.3*	49*
Age au 31.12.11	Age moyen (ans)	32,0	38,1*	40,7*
Personnes âgées	65+ (%)	8,0	14,5*	17.1*
Régime	Général (%)	95,8	-	90
	Indépendants (%)	4,2	-	10
Code Titulaire	AO (%)	52,0	-	68.4
	OMNIO (%)	32,1	-	6.2
	VIPO 75 (%)	6,3	-	17
	VIPO 100 (%)	9,6	-	8.4
Remboursement Préférentiel	BIM (%)	41,7	-	14.6
Vip100 / Vip75	Ratio	1,5	-	0.5
Invalidité	Invalides (%)	7,7	-	4.4
Assurabilité	Non en ordre (%)	1,7	-	1
Mutuelle	Socialiste (%)	43,7	-	28
	Libre (%)	32,0	-	18.1
	Chrétienne (%)	15,0	-	42.3
	Autre (%)	9,2	-	11.5

Données extraites du Tableau de bord des maisons médicales

\*Données Année 2008 (Stabel, SPF Economie)

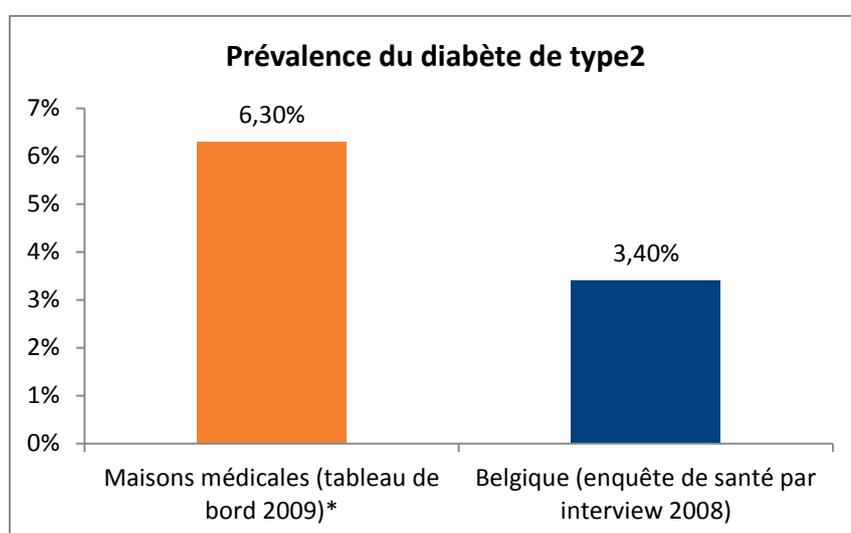
En complément à ces données quantitatives, nous recevons les témoignages des acteurs du terrain, qui décrivent une situation sociale des publics qui évolue vers toujours plus de précarité, de pauvreté, de difficultés sociales. Cette lente évolution se ressent depuis de nombreuses années, mais semble bien s'accroître maintenant que les effets de la crise de 2008 se font sentir.

### 3.2.2. Etat de santé de la population soignée : morbidité et facteurs de risque

Comme visible dans le tableau 6, la proportion de personnes invalides approche les 8% de la population soignée, et est plus importante en MM que dans la moyenne belge (4,4%).

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. Au travers du « tableau de bord » des maisons médicales, le Service d’étude et de recherche de la Fédération des maisons médicales établit chaque année la situation de quelques maladies chroniques « prioritaires » dans la population soignée dans les maisons médicales.

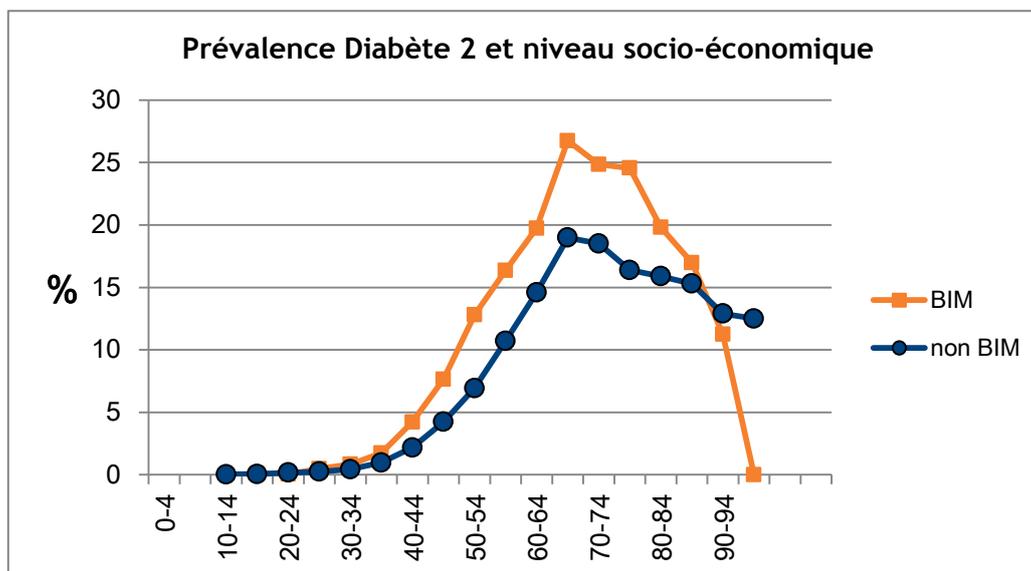
- **Le Diabète**



Graphique 15 : Prévalence encodée du diabète de type 2

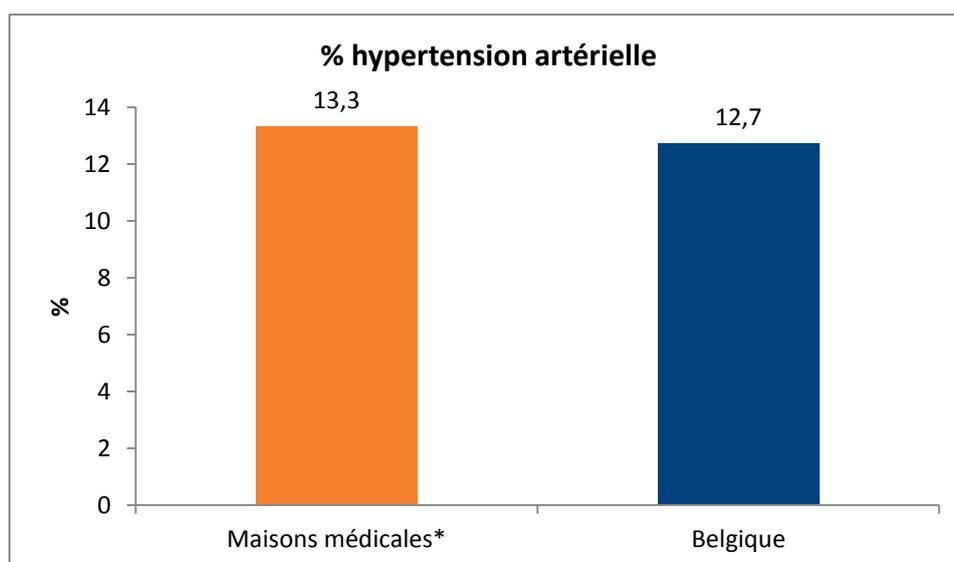
D’après les données encodées dans les tableaux de bord, la prévalence brute du diabète type 2 dans la population des maisons médicales est de 3.9% tous âges confondus en 2009 (Denis et al 2010) et de 4.3% en 2011. Etant donné que la prévalence de cette maladie croît avec l’âge et que la population des maisons médicales est plus jeune, il était nécessaire de tenir compte de ce facteur âge. Ajustée pour l’âge et le sexe, la prévalence du diabète de type 2 dans les MM est presque deux fois celle de la population générale en Belgique (6.3% versus 3.4%). Au sein même de la population des maisons médicales, la prévalence varie en fonction d’autres variables et les personnes les plus défavorisées au niveau socio-économique sont celles qui ont les prévalences les plus élevées. En effet, les hommes sont plus touchés, de même que les personnes de plus de 65 ans et enfin les BIM. L’analyse montre aussi que la prévalence est inversement proportionnelle au niveau d’étude des sujets, ce qui révèle l’effet d’un gradient social sur cette maladie.

Le graphique 16 ci-dessous met en évidence la différence entre les BIM et les non BIM pour la prévalence du diabète de type 2. La prévalence est plus élevée chez les BIM et la différence est marquée à partir de l'âge de 40 ans, culmine autour de 65 ans mais se réduit ensuite. Le graphique fait observer l'absence de patients diabétiques BIM à partir de 95 ans, ce qui peut s'expliquer par une mortalité précoce pour les BIM diabétiques ou une diminution de l'espérance de vie des patients BIM (mais ces derniers chiffres sont très petits et pas statistiquement représentatifs).



Graphique 16 : Prévalence du diabète de type 2 en maisons médicales selon le statut socioéconomique et l'âge des patients

○ L'Hypertension artérielle



\*Prévalence standardisée pour l'âge et le sexe selon la structure de la population belge

Graphique 17 : Prévalence de l'hypertension artérielle

Toujours d'après les encodages dans le tableau de bord des maisons médicales, la prévalence brute de l'hypertension artérielle (tous les âges confondus) était de 9.6% dans la population des maisons médicales en 2011.

Ajustée pour l'âge et le sexe, la prévalence de l'hypertension artérielle en MM est légèrement plus importante que dans la population générale en Belgique (13.3% versus 12.7% dans l'enquête nationale de santé par interview 2008) et cette différence est probablement sous-estimée car on mesure la seule prévalence encodée dans le DSI.

Les analyses multivariées montrent que la prévalence est légèrement plus importante à Bruxelles qu'en Wallonie, chez les femmes, les invalides, les diabétiques, les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité, les tabagiques et elle augmente avec l'âge de façon marquée dès l'âge de 35 ans.

Lorsqu'on considère uniquement les patients de 35 ans et plus, la prévalence est de 23.9% en maisons médicales soit au moins un patient sur 5 parmi les 35 ans et plus.

L'exemple de ces deux pathologies chroniques dont la morbidité et la mortalité sont préoccupantes dans le monde et particulièrement en Europe montre une vulnérabilité plus grande de la population des maisons médicales. Le niveau socioéconomique plus défavorisé qui caractérise cette population explique les différences observées avec la population générale de la Belgique. 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.

A partir de 2013, il est prévu de travailler avec les Maisons médicales aux modalités de recueil d'informations concernant la santé mentale, autre problématique chronique de santé reconnue pour son importante prévalence.



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

---

Il est difficile sans une enquête auprès de l'ensemble des acteurs du social et de la santé, y compris les bénéficiaires, de définir les besoins de la population. Cependant nous partons des problèmes identifiés et nous analysons dans quelle mesure l'offre de services au niveau des maisons médicales apporte une réponse. Ensuite nous mettons en évidence les difficultés et si nécessaire les acteurs et/ou actions à mobiliser pour améliorer ces situations.

### 4.1 L'enjeu de l'offre en soins de santé primaires à Bruxelles

La littérature devient unanime à ce sujet : le système de santé pour être de qualité et efficient, et pour répondre aux enjeux de santé de demain, doit se baser sur des soins de santé primaires soutenus (OMS 2008, Paulus et al 2012). Or le système de santé en Belgique est encore trop peu organisé de cette manière, et particulièrement à Bruxelles où la concentration en hôpitaux et services de deuxième ligne est très importante. Une évolution est nécessaire.

Le soutien par les pouvoirs publics des maisons médicales contribue positivement à cette évolution. Il n'est actuellement pas encore suffisant.

Ainsi, la pénurie en médecins généralistes se fait déjà sentir, particulièrement dans les quartiers plus défavorisés de la ville. Quelle accessibilité pour les bruxellois à des soins de médecine générale, près de chez eux ? Les soins infirmiers à domicile sont déjà connus pour être plus faibles à Bruxelles que dans le reste du pays.

Or, le contexte de croissance démographique, de paupérisation (alors que la pauvreté est liée à une moins bonne santé), de croissance des maladies chroniques, invite à considérer comme urgent et important de construire une réelle stratégie en faveur de l'accessibilité à des soins de qualité, au niveau le plus adéquat et efficient, pour tous les citoyens de Bruxelles.

En sus, la 6<sup>ème</sup> réforme de l'état prévoit qu'une série de compétences liées à la santé soient transférées aux communautés et à la COCOM. Les maisons de repos (et en corollaire la question du maintien à domicile des personnes âgées), ainsi que l'organisation de la première ligne, sont concernées.

Une vision est donc à construire, et une stratégie pour l'atteindre. Dans cette vision, la place de chaque acteur est à considérer, les rôles de chacun sont à (re)définir, en articulation et complémentarité les uns avec les autres. En première comme en seconde ligne de soins, ainsi qu'entre les deux lignes. Les tâches ne manquent pas, les spécificités sont à reconnaître, les missions à préciser pour offrir aux Bruxellois une offre la plus complète, la plus cohérente et la plus efficiente possible. Et en tout cas le leitmotiv devrait être la subsidiarité, et donc le développement des soins de santé primaires.

Ceci est à mettre en lien, notamment (et pas seulement), avec la programmation des services, chantier lancé par la COCOF, mais avec des moyens largement insuffisants vu l'ampleur de la tâche. Mais aussi avec un travail de concertation avec et entre les acteurs de l'ambulatoire, ensemble, sur la place et le rôle de chacun, dans le respect des spécificités et de l'apport qualitatif de chaque secteur, dans la recherche des complémentarités entre tous, et en osant questionner les redondances, les « trous » et les « chevauchements » de l'offre.

## Messages clés

Le système de santé a besoin qu'une vision à moyen terme soit définie, pour répondre aux défis du vieillissement, des pathologies chroniques, de la paupérisation, de la réforme de l'état et des inégalités sociales de santé. Il s'agit de poser la question de la place et du rôle de chaque acteur et service, en première et deuxième ligne. Particulièrement, les soins de santé primaires sont à développer. La recherche sur la programmation lancée par la COCOF tient de cette ambition, mais mérite des moyens plus importants. Un dialogue est à construire avec et entre les acteurs de l'ambulatoire, sur les spécificités de chacun et les complémentarités, dans un but d'efficacité et de subsidiarité. Il s'agit de viser qu'il n'y ait aucun trou ni chevauchement dans l'offre de soins et de services.

### 4.2 Le modèle MM est pertinent pour le développement des soins de santé primaires.

Selon l'OMS, des soins de santé primaires sont à développer à partir d'équipes pluridisciplinaires de première ligne, qui remplissent ces fonctions (OMS 2008):

- Être décentralisés, et être le lieu de premier contact de la population avec le système de santé.
- Être polyvalents, c'est à dire prendre en charge tout type de personne, pour tout type de santé. Pas de spécialisation : ni de genre, d'âge, ni de domaine de santé ou type de problème.
- Être permanents : ouverts et accessibles le plus souvent possible, et prévoir une accessibilité aux soins lorsque le service n'est pas ouvert.
- Assurer la continuité des soins : que le patient puisse être suivi tout au long de chaque épisode de soins, et plus largement tout au long de sa vie. Veiller à ce que l'information suive le patient lorsqu'il passe d'un professionnel à l'autre et d'un service à l'autre.
- Exercer une fonction de synthèse et une fonction de coordination des services et soins adressés au patient.
- Avoir une population de responsabilité définie
- Fournir des soins globaux, centrés sur la personne
- Intégrer les soins, la prévention, la promotion de la santé.

Les maisons médicales s'efforcent de remplir ces missions.

### 4.3 Les soins offerts dans les maisons médicales sont-ils accessibles à la population ?

Les maisons médicales ne cessent d'œuvrer pour améliorer l'accessibilité aux soins pour la population. Cela se constate par une augmentation remarquable du nombre de patients soignés dans les MM de 32% en 5 ans (2007-2011) alors que dans le même temps la population bruxelloise n'a connu qu'une croissance de 8,6%.

L'accessibilité dans les MM est davantage facilitée pour les personnes de niveau socioéconomique faible (y compris les patients en séjour illégal bénéficiaires de l'AMU) qui ont une santé vulnérable. L'étude de la mutualité socialiste constate également une meilleure accessibilité des MM au forfait pour la population BIM de Bruxelles et ce quel que soit le quartier considéré (Boutsen et al, 2011).

Un des dispositifs qui facilitent l'accès aux soins à l'ensemble de la population est le forfait qui limite les barrières financières amenant des patients à reporter les soins. Le nombre de maisons médicales au forfait a doublé entre 2006 et 2012. Les maisons médicales à l'acte, quant à elles pratiquent massivement le tiers payant.

Par contre, la prise en charge des personnes sans couverture mutuelle, et particulièrement des personnes bénéficiant de l'Aide Médicale Urgente, pose aux maisons médicales de grandes difficultés administratives (Litt 2012), qui attestent également d'une probable limitation de l'accès aux soins nécessaires pour ces personnes dans d'autres services de santé. Ces difficultés sont liées aux réglementations quant à l'application de l'aide médicale urgente, et aux disparités dans l'application de ces règles entre les CPAS bruxellois. Un travail politique serait bienvenu pour simplifier la charge de travail des professionnels de la santé, et par là, l'accès aux soins pour ces personnes.

Il est important de favoriser l'accès aux soins aux personnes de niveau socioéconomique bas car ces personnes ont un état de santé beaucoup plus précaire, une espérance de vie réduite et un risque de décès plus élevé par rapport aux personnes de meilleur niveau socioéconomique (Willems et al 2007). Par exemple, chez les hommes en Belgique (1991-1996/1997), il y a une différence d'espérance de vie à l'âge de 25 ans de près de 6 ans entre les personnes sans diplôme et ceux qui ont fait un enseignement supérieur de type long (48.1 versus 53.6 ans) (Bossuyt et al 2004).

La réduction des inégalités sociales de santé nécessite des actions intersectorielles conjuguées dont l'amélioration de l'accès aux soins. Certaines études montrent que la qualité des soins diminue quand les patients ont un statut socioéconomique faible, par exemple on leur consacre moins de temps. Dans les MM, les patients sont traités avec la même considération quelque soit leur statut. En effet, lors de l'enquête réalisée dans les MM en 2012 sur la prise en charge des patients en séjour illégal et bénéficiaires de l'AMU, les MG rencontrés ont témoigné de ce que les patients sont soignés indifféremment de leur statut social.

Enfin, l'organisation des soins qui inclut les activités de promotion de la santé et la prise en charge centrée sur la personne sont autant d'éléments qui visent à combler les inégalités sociales de santé observées au niveau de la population soignée.

Nous avons observé que les maisons médicales sont installées majoritairement dans les communes et quartiers les plus défavorisés de Bruxelles et se rendent accessibles à toute la population notamment les personnes plus précarisées. Cependant nous observons que les maisons médicales pour la plupart se saturent quelques temps après leur installation et n'arrivent plus à inscrire tous les patients qui s'adressent à elles, ce qui indique clairement que

des besoins restent non couverts. Comme nous l'avons signalé, les MM inscrivent une bonne partie de la population pauvre qui a du mal à accéder ailleurs à des soins de qualité ; or Bruxelles est une région où il y a plus de pauvres<sup>10</sup> et donc les besoins en MM sont largement plus importants.

Il faudrait cependant promouvoir aussi le développement de MM dans les communes et quartiers plus aisés. Notamment parce que dans ces communes on rencontre aussi une frange de population plus défavorisée. Mais surtout parce que le modèle de soins des MM répond à l'évolution épidémiologique liée au vieillissement de la population et au développement de maladies chroniques non transmissibles, grâce à la promotion d'une approche globale centrée sur l'individu et grâce à la multidisciplinarité de l'équipe de soins. Ce modèle est d'ailleurs préconisé par l'OMS (OMS 2008), et plus récemment par le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) (Paulus et al 2012).

### **Messages clés**

L'accessibilité des Maisons médicales pour les populations en situation de précarité est grande. C'est important parce que les besoins de services de santé sont plus grands dans ces populations. De plus les services offerts par les maisons médicales contribuent à la lutte contre les inégalités en santé : soutien au développement de la qualité, intégration de soins, prévention et promotion de la santé, santé communautaire, ...Le financement forfaitaire contribue à ces éléments. Par contre, l'aide médicale urgente présente une charge importante de travail administratif.

Mais les maisons médicales actuellement présentes ne parviennent pas à répondre aux demandes qui se pressent à leurs portes. Certains territoires ne sont pas couverts du tout. Or le modèle qu'elles développent est pertinent pour répondre aux enjeux de prise en charge globale des pathologies chroniques.

### **Propositions**

- L'idéal serait que chaque bruxellois puisse choisir d'être pris en charge dans une maison médicale. La couverture géographique est donc à développer. Le nombre de maisons médicales agréées et financées aussi. Aujourd'hui, 10% de la population bruxelloise est prise en charge dans une maison médicale. Définissons un objectif ambitieux : 25%. Même si le modèle convient pour tous, nous assumons la priorité d'offrir ce service aux populations les plus dans le besoin : les groupes précarisés.

---

<sup>10</sup> En Belgique, le seuil de pauvreté s'élève aujourd'hui à 1.000€ par mois pour une personne vivant seule et à 2.101€ pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants. Ce « seuil » est un indicateur utilisé à travers le monde. Il correspond à 60 % du revenu médian du pays de référence. Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales : 50 % de la population a un revenu supérieur, l'autre moitié a un revenu inférieur.

Bruxelles est la région du pays où le pourcentage de la population qui vit au-dessous de ce seuil est le plus élevé. En 2008, il s'agissait de 26% (contre 10,1% en Flandre et 19,5% en Wallonie). En 2012, on parle déjà de 27,8% des Bruxellois. On peut néanmoins estimer que le taux de pauvreté bruxellois est certainement supérieur à ces chiffres dans la mesure où les coûts du logement et d'autres biens de base sont plus élevés à Bruxelles alors que le revenu médian est calculé à partir d'une moyenne nationale. En d'autres termes, avec 1.000 € par mois, un isolé bruxellois acquiert beaucoup moins de biens de bases que les autres Belges.

<http://www.fblp.be/Chiffres-de-la-pauvrete.html>

- Une croissance du nombre de maisons médicales agréées et financées par la COCOF
- Des mesures de soutien au développement des nouveaux projets de maisons médicales
- Les conditions administratives et financières de prise en charge des personnes bénéficiaires de l'aide médicale urgente nécessitent d'être simplifiées et harmonisées.
- L'accessibilité aux soins pour tous est une mission qui mériterait d'être plus explicite dans le décret pour le secteur des maisons médicales ou ses arrêtés.

#### 4.4 Quelle est la satisfaction des usagers des maisons médicales ?

Le point de vue des principaux concernés c'est-à-dire de la population est un élément important de l'évaluation de l'adéquation de soins. Une enquête effectuée dans les maisons médicales en 2011 dans le cadre d'un mémoire de master en santé publique (Weber 2011) compare la satisfaction des patients dans les MM à l'acte et au forfait. Cette enquête a inclus 199 patients dans 8 maisons médicales (dont 5 au forfait) sélectionnées de façon aléatoire. Les patients sortant de consultation médicale étaient interviewés quant à leur niveau de satisfaction concernant divers aspects des soins reçus. Il est ressorti de cette enquête un bon niveau de satisfaction des patients concernant leur médecin que l'on soit en MM à l'acte ou au forfait (85% de satisfait à très satisfait). Mais dans le détail des divers aspects qui modèlent la relation médecin-patient, il est apparu des différences. En effet, au forfait, il y a plus de patients satisfaits de la qualité de l'écoute, de l'aisance à parler de leur problème, des informations reçues sur leur traitement et de l'aide reçue du médecin pour gérer leurs problèmes émotionnels. Ces résultats se comprennent car à l'acte on a généralement moins de temps à consacrer au patient. Par ailleurs l'enquête révèle un meilleur niveau de satisfaction pour la plupart des éléments d'évaluation chez les patients qui disposent d'un médecin de référence, ce qui est plus souvent le cas dans les pratiques à l'acte. On doit donc encourager cela même dans les MM au forfait.

Si en général au forfait, on veille à consacrer au patient le temps nécessaire à une prise en charge adéquate et complète, cela signifie qu'on doit aussi veiller à ce que l'augmentation des demandes d'inscriptions de patients ne mette pas à mal la disponibilité du corps médical. C'est pourquoi nombre de maisons médicales au forfait limitent les inscriptions.

#### *Messages clés*

La satisfaction des usagers dans les maisons médicales est très bonne. Des éléments montrent l'importance de la titularisation des patients auprès d'un médecin généraliste, même lorsqu'il y a une prise en charge en équipe. Le maintien de la qualité de la relation nécessite du temps, ce qui implique qu'un équilibre est à rechercher entre le nombre de patients pris en charge et le temps qui leur est consacré. C'est pourquoi nombre d'équipes limitent aujourd'hui les inscriptions.

#### *Propositions*

Ce type d'étude montre l'intérêt de la parole des usagers pour soutenir la qualité dans les centres. La participation des usagers dans les lieux et/ou processus de décisions quant aux orientations et services des maisons médicales n'est pas encore assez développée. Elle est à encourager.

#### 4.5 Les ressources humaines et le profil de compétences répondent-ils aux besoins actuels et à venir de la population soignée (vieillesse, pathologies chroniques et complexes, contexte psychosocial) ?

Le vieillissement de la population bruxelloise est une réalité, même si dans les prochaines années, la croissance démographique à Bruxelles sera telle que l'importance des seniors sera moindre à l'horizon 2060 que dans les Régions wallonne et flamande (selon les données Bureau fédéral du Plan et SPF Économie). Dans les MM installées depuis de longues années, la population « fidèle » dans le système au forfait vieillit, et ce sera le cas aussi, plus tard, pour les maisons médicales récemment ouvertes. Le vieillissement s'accompagne de l'augmentation des pathologies chroniques et de dégénérescence qui nécessitent des soins adaptés et de longue durée, avec l'intervention de plusieurs disciplines (Somassé et al 2012). Le contexte de pénurie médicale est un élément à prendre en compte. Les métiers doivent s'adapter à ces enjeux épidémiologiques et contextuels. Il est difficile de réunir l'ensemble des compétences en un seul professionnel pour répondre aux besoins complexes d'un patient chronique. Une étude récente initiée par la FMM en collaboration avec l'Université Catholique de Louvain et financée par le SPF-Santé Publique (De Munck et al 2012) mettait l'accent sur l'intérêt de permettre la spécialisation de quelques médecins généralistes sur certains aspects de soins pour venir en appui à leurs collègues de la première ligne. L'étude recommandait aussi une redéfinition et une revalorisation des compétences et de la place de la fonction infirmière en première ligne en Belgique dans l'approche globale et intégrée qu'exigent les nouveaux enjeux de santé. Une meilleure coordination entre la première et la deuxième ligne apparaît aussi nécessaire avec un meilleur soutien à la pratique pluridisciplinaire.

Quoi qu'il en soit, il devient nécessaire de faire travailler plusieurs disciplines en synergie. Pour y arriver en cohérence et en efficacité, une coordination de leurs interventions doit se mettre en place notamment dans le contexte de l'augmentation de la taille des équipes et des besoins complexes multidisciplinaires des patients chroniques. En MM, des aspects concrets de la prise en charge interdisciplinaire, sont par exemple la possibilité d'accès au dossier informatisé par d'autres disciplines que les MG (bien entendu dans le respect du secret médical), et l'organisation de réunions pluridisciplinaires de discussion de cas. Les fonctions de coordinateur général et de coordinateur de soins qui émergent actuellement dans les MM et leurs homologues néerlandophones, les wijkgezondheidscentra (WGC) sont à renforcer comme moyen d'activer et de soutenir la coordination des activités, et la coordination des soins au niveau d'un patient, au niveau de la MM et entre la première et la deuxième ligne (Somassé et al 2012).

Enfin, la prise en charge globale, psycho-médico-sociale, des personnes, et la prise en compte de leurs besoins psychosociaux, nécessite le développement dans les maisons médicales, de compétences spécifiques dans le domaine de la santé mentale et du travail social. Ces pôles se développent d'ailleurs déjà. Une définition de la fonction du travailleur social en maison médicale (FMM 2006) a été rédigée, une définition de la fonction du psy en Maison médicale, et de la place de la maison médicale dans le champ de la santé mentale, est en cours. Loin de vouloir se substituer à d'autres services existants sur le terrain de l'ambulatoire dans ces domaines, les maisons médicales recherchent les modalités d'une réponse sur le lieu du premier contact, qui permette l'articulation avec ces services. De plus, la présence de ces compétences dans les équipes pluridisciplinaires de soins primaires, soutient la réelle prise en compte de tous les champs de la prise en charge globale des usagers.

## *Messages clés*

L'évolution des problématiques de santé les plus importantes dans l'avenir est connue (maladies chroniques, vieillissement,...). Les compétences présentes dans les équipes pluridisciplinaires devront s'adapter également. Notamment la fonction infirmière devra se développer et évoluer. Les fonctions de coordination des centres, et de coordination des soins sont à reconnaître et à développer. Les métiers des champs de la santé mentale et du social sont nécessaires dans les équipes de soins primaires. Ils soutiennent la prise en charge globale. Toutes ces fonctions soutiendront le travail en réseau et en articulation avec les autres et services en ambulatoire et en deuxième ligne.

### *Propositions*

- Reconnaissance et soutien des fonctions psychosociales à l'intérieur des maisons médicales, en articulation avec les autres offres de services dans ces champs de compétences en ambulatoire
- Reconnaissance et financement de la fonction de coordination, son identification étant d'ailleurs exigée dans le nouveau décret de l'ambulatoire bruxellois.
- Soutien à la recherche, avec le secteur, pour développer encore la pluridisciplinarité, ainsi que pour la définition des fonctions de demain nécessaires dans les équipes ainsi que leur évolution. Et notamment, l'évolution de la fonction infirmière en nombre et en compétences exercées dans les maisons médicales.

## **4.6 Personnel de santé et conditions de travail**

Dans le contexte de pénurie médicale d'origine multifactorielle (vieillesse de la population médicale et réduction de son temps de travail, admission plus précoce à la retraite, limitation du nombre de médecins formés, abandon du métier pour des conditions de travail non attrayantes, baisse de l'attrait pour la fonction de médecin généraliste au profit de la médecine spécialisée, etc.), des stratégies sont nécessaires au niveau politique et éducationnel pour rendre à la médecine générale toute son importance et améliorer les conditions de travail des médecins généralistes en exercice. C'est à cela aussi que s'attèlent les MM et la FMM en appliquant des systèmes d'organisation qui permettent un meilleur épanouissement des professionnels de santé (pratique de groupe et pluridisciplinaire, fonctionnement en interdisciplinarité, partage des gardes, possibilité de temps partiel, promotion du salariat, échanges entre prestataires...etc.). Ce modèle convient aux jeunes médecins en général et aux femmes en particulier, et on ne peut que recommander un soutien politique plus important au modèle pour faciliter son expansion et couvrir le maximum de la population.

## *Messages clés et proposition*

Les maisons médicales sont aussi à développer comme outil pour répondre à des enjeux liés à la pénurie de médecins généralistes et à la qualité de vie au travail pour les professionnels : meilleur équilibre vie privée - vie professionnelle, travail en équipe, pluridisciplinarité... d'ailleurs, le modèle semble attirer les jeunes et les femmes. La fonction infirmière est à développer dans les maisons médicales.

#### 4.7 L'indispensable travail de partenariat entre services, sur le terrain

Contribuer à la santé de la population nécessite de travailler en synergie, en cohérence, en coordination entre services présents sur le territoire. Nous l'avons dit plus haut, les complémentarités sont là, les spécificités sont différentes sont à mettre en lumière pour chaque service et les articulations sont à mieux construire.

Il s'agit d'aider les citoyens à bénéficier de tous les services dont ils ont besoin, à un niveau local. Cela contribue également à la prise en charge globale. Cela était un des objectifs du nouveau décret de l'ambulatoire, sans doute encore trop peu rencontré.

Plus encore, il s'agit de soutenir un travail commun sur les facteurs qui déterminent la santé. Les maisons médicales bénéficient déjà d'un financement pour l'action communautaire en santé, en spécifiant qu'il s'agit de travailler en réseau (décret de l'ambulatoire, 2009, art 15, 2°). Pourtant, nombre de leurs associations partenaires ne bénéficient pas de ce type de financement ou n'ont pas de missions aussi claires dans ce sens. Cela freine grandement les possibilités de tisser une réelle toile d'action locale en faveur de la santé.

#### *Messages clés et proposition*

L'articulation entre acteurs au niveau local, et l'action communautaire en santé exigent un travail en réseau entre acteurs locaux. Or tous les acteurs ne bénéficient pas de temps de travail alloué à ce type de fonction. L'action communautaire et le travail en réseau devraient faire l'objet de financements spécifiques dans tous les secteurs de l'ambulatoire, pour être vraiment effectifs.

## 4.8 Soutenir davantage la mission d'observatoire de la santé

L'évaluation des pratiques et de l'effet des interventions est indispensable pour mesurer les progrès et renforcer la motivation des équipes. Le recueil des données, leur analyse et leur utilisation pour la prise de décision sont donc plus que nécessaires pour une meilleure organisation de soins en réponse aux besoins de la population.

De plus, le secteur de l'ambulatoire tisse un filet important, qui couvre une très grande proportion de la population bruxelloise, et particulièrement la population en situation de précarité. Quelle mine d'informations potentielles sur la situation sociale et de santé de la population, que de s'appuyer sur ces acteurs ! Plusieurs secteurs de l'ambulatoire ont déjà pour mission le recueil d'informations et plusieurs fédérations rassemblent ces recueils pour en tirer des informations plus globales. Cela est à soutenir pour une vision globale de la situation sanitaire à Bruxelles, et ce, en lien étroit avec l'observatoire de la santé et du social de Bruxelles, qui nous a déjà manifesté son intérêt.

### *Messages clés et proposition*

Le recueil d'information sanitaire et sociale est très utile dans le secteur de l'ambulatoire. Il contribue au soutien de la qualité, à l'adéquation entre l'offre et les besoins, et à la connaissance de la situation sanitaire et sociale de la population.

#### *Propositions*

Nous demandons un appui au développement de l'informatique et à la gestion des données sociales et de santé dans l'ensemble des secteurs de l'ambulatoire, de manière adaptée aux spécificités de chaque secteur. Pour ce qui concerne les Maisons médicales, le projet tableau de bord est un exemple à pérenniser et à soutenir. Le développement d'un logiciel adapté aux soins de santé primaires est aussi à soutenir.

Plus largement, la mission de recueil et d'analyse des données globales serait à reconnaître et à financer pour l'ensemble des fédérations. Un travail d'articulation entre les informations sanitaires recueillies dans chaque secteur serait à soutenir.



## 5 Références

---

1. Adelaire J, Jurdan V, Goffin F, Guillaume M, Deprez E. Enquête sur la satisfaction à travailler en maison médicale. *Santé Conjuguée* 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 (COCOF). 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, Somassé 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, Somassé 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. 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
11. 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
12. Fédération des Maisons Médicales. Cadastre de l'emploi de la Fédération des maisons médicales 2011 : rapport d'étude en cours
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 : Groupe sectoriel « travailleur social ». Définition de la fonction d'Assistante Sociale : FMM 2006. Disponible sur <http://www.maisonmedicale.org/Definition-de-la-fonction-d.html> , consulté le 18 février 2013
16. Grippa P. Acte ou forfait, petit historique d'une confrontation. *Santé Conjuguée* 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 Conjuguée* 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. 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
25. WHO. Global Status report on noncommunicable diseases. Geneva:2010
26. 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

# 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)

