



Équipes, travailleurs de maison médicale:

Cahier de propositions en matière de politique de santé

Série « La Fédé et vous »



Fédération des
maisons médicales

Sommaire

1	Introduction	Page 05
2	En Belgique	Page 09
	Une sécurité sociale solidaire et équitable	Page 09
	Une politique de santé globale	Page 11
	Un système de santé de qualité	Page 16
	Les soins de santé primaires	Page 22
	Des revendications spécifiques à chaque profession des soins de santé primaires	Page 30
	Tout cela dans un contexte de réforme institutionnelle...	Page 33
3	Au niveau européen	Page 37



1 Introduction

La 6^{ème} réforme de l'Etat est sur les rails. Elle donne une autonomie plus grande et de nouvelles compétences aux entités fédérées en matière d'allocations familiales, de politique d'emploi, de soins de santé et d'accueil des personnes âgées. Les moyens propres des régions vont augmenter de 40%, sans compter les moyens complémentaires éventuellement générés par la politique fiscale de ces régions.

5

Nous n'étions pas demandeurs de cette réforme. Par contre, pour certains politiques flamands elle devenait indispensable. Puisqu'il en est ainsi, alors il s'agit d'en faire une opportunité pour développer une plus grande cohérence et intégrer les différentes mesures prises en matière de santé, au niveau des entités fédérées. Et ce, en tenant compte des spécificités propres à la Wallonie, à la Flandre, et surtout à Bruxelles. Comment cela va-t-il s'articuler ? Le travail est loin d'être achevé et comporte de nombreux risques.

La 6^{ème} réforme a sauvegardé en grande partie une sécurité sociale solidaire et fédérale même si un pan de celle-ci (les allocations familiales, et nous le déplorons) s'en va aux régions.

La Fédération des maisons médicales continue d'insister sur la nécessité de garder une sécurité sociale fédérale et bien financée couvrant l'ensemble de la population dans l'objectif de couvrir un maximum de

risques¹ au sein d'une société plus équitable, plus solidaire, capable de générer un mieux vivre ensemble. Nous ne pouvons que constater une évolution qui va malheureusement plutôt dans le sens contraire actuellement: fragmentation de la sécurité sociale, suppression des systèmes d'équité, ...

En 2014, les citoyens seront amenés à élire leurs représentants tant au niveau régional, fédéral et européen. C'est l'occasion de remettre de la cohérence et de la complémentarité entre les différents niveaux de pouvoirs mais aussi de défendre un projet politique social fort.

6 A côté des difficultés institutionnelles que la Belgique a vécues et vivra sans doute encore, nous nous trouvons aujourd'hui dans un contexte de crise globale qui implique tous les domaines : économique, environnemental, social... Tous les jours, les travailleurs des maisons médicales sont confrontés à une précarité grandissante, un désarroi profond et une exclusion importante pour une tranche de la population de plus en plus grande.

Les Etats européens sont contraints par la commission européenne de mener des politiques d'austérité draconienne qui mettent à mal l'équilibre économique des pays. La crise bancaire et financière de 2008 a obligé la Belgique, et d'autres pays d'Europe, à sauver les banques à coups de milliards d'Euros. Cela a eu pour conséquence de réduire les capacités financières de l'Etat et d'imposer plus fortement les contribuables.

De nombreux défis s'annoncent comme : la prise en charge de la perte d'autonomie et des maladies liées au vieillissement de la population, la croissance démographique tant à Bruxelles qu'en Wallonie, la précarisation croissante et ses inégalités en santé, le développement des maladies chroniques notamment causées par le contexte social et environnemental, la croissance des souffrances psycho-sociales, la pénurie de professionnels et la commercialisation de la santé (ex : maisons de repos...), le réchauffement climatique... Face à ces défis, des réponses efficaces devront être trouvées si nous voulons garder

1 En effet, plus la population couverte est grande, plus le système permet de couvrir des risques.

un bien-être collectif. Le vieillissement de la population par exemple est un phénomène positif puisqu'il signifie que l'espérance de vie augmente. Par contre, il faut veiller à ce que les personnes puissent rester le plus autonome possible. Ces défis ne sont pas inéluctables et il est important d'agir en amont pour qu'ils soient le moins présents. Tout d'abord, il nous semble primordial d'agir sur les déterminants de la santé (éducation, emploi, logement, etc.). Ensuite, de renforcer le lien et la cohérence entre la prévention et les soins, de renforcer la première ligne de soins et de sortir de la logique verticale (trajets de soins...), etc.

L'aggravation de la situation sociale est mesurée et l'impasse est réelle. Elle met également bien en évidence que les services sociaux et de santé ont une action limitée et sont cantonnés à devoir mettre des rustines sur des problèmes qui dépassent leurs compétences en matière d'activités.

7

Face à ce constat, une transformation complète du modèle de société est à trouver ou à retrouver. On ne pourra pas se contenter d'ajuster le système tel qu'il existe aujourd'hui car ce sont les fondements mêmes du modèle de croissance économique sur le modèle capitaliste et de consommation qui sont à remettre en cause.

Les maisons médicales se situent depuis leur création dans un mouvement social, à savoir : participer à un changement global de la société qui soit plus égalitaire, plus solidaire et plus durable.

A partir de nos objectifs et face aux constats, la formulation de propositions politiques basées sur des valeurs d'équité, de solidarité et d'efficacité, nous semble d'autant plus pertinente et encourageante pour l'avenir.

Qui sont les maisons médicales ?

Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de santé de première ligne dans une perspective de justice sociale et de bien-être collectif. Leurs actions visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales ainsi qu'à une approche de promotion de la santé intégrant le curatif, préventif et l'action communautaire.

Elles inscrivent leur activité tant dans l'accompagnement individuel que dans une perspective plus collective et de santé publique. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire et cherchent à développer l'autonomie des individus dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Elles intègrent leurs actions en partenariat avec le réseau local.

Les maisons médicales 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.

2 En Belgique

1. Une sécurité sociale solidaire et équitable

9

La sécurité sociale fédérale est une condition préalable comme cadre d'une politique de santé. Elle est le symbole et la réalité d'un modèle social solidaire et équitable.

La sécurité sociale permet à toute personne d'accéder aux soins que nécessite son état et doit reposer sur une contribution solidaire à son financement.

L'équité se base sur un financement assuré par tous, en fonction des revenus et une attribution des moyens à chacun selon ses besoins.

Les revendications de la Fédération des maisons médicales sont :

- ▶ **Le maintien d'une sécurité sociale fédérale à l'abri de toute tentative de privatisation ou marchandisation.** Une distribution des moyens qui soit fonction des besoins effectifs des individus et des populations. Ce principe n'est pas incompatible avec le développement d'une autonomie organisationnelle régionale. Une autonomie régionale éventuelle impliquerait un lieu de concertation et de décision pour une cohérence interrégionale minimale de l'affectation de ces moyens ;

- ▶ **Un financement de la sécurité sociale basé sur tous les types de revenus**, et pas uniquement sur les revenus du travail. Un exemple est la Cotisation sociale générale française¹. D'autres sont possibles : taxation des transactions financières, des biens mobiliers, sur la propriété de la deuxième maison et des suivantes, etc. Ce financement s'inscrivant dans le principe d'équité, se voit appliquer la progressivité de l'impôt sur les revenus ;
- ▶ **Le maintien de l'attractivité du système pour les classes moyennes et supérieures**. Les personnes contribuent au système en amont, selon leurs moyens (via les cotisations et l'impôt). Il s'agit que toutes, tant issues des classes moyennes ou supérieures que de groupes plus précarisés, restent intéressées à participer à un système solidaire, parce qu'elles en bénéficient lorsqu'elles en ont besoin. C'est une condition pour garantir l'équité et la solidarité entre les personnes sur une large base ;
- ▶ Le soutien à un lieu de construction d'idées et de rassemblement des forces, qui rassemble les acteurs divers. **La Plate-forme d'action santé et solidarité** a été lancée en 2007 et rassemble un grand nombre d'acteurs qui souhaitent se mobiliser pour le maintien d'une sécurité sociale solidaire (mutualités, syndicats, ONG, asbl, forums sociaux, etc.). Cette plateforme constitue un lieu de réflexion et de confrontation d'avis et de points de vue, qui peut s'avérer fructueuse pour l'émergence d'idées nouvelles face aux défis et aux menaces contre la santé pour tous. Elle développe des actions de sensibilisation de la population et des professionnels de la santé et du social aux enjeux actuels. Elle participe, avec d'autres acteurs d'autres pays, au réseau européen de lutte contre la marchandisation des soins et de la protection sociale. Tout cela avec des moyens dérisoires. **Nous demandons un financement structurel pour pérenniser cette plateforme ;**

10

¹ La CSG recouvre un ensemble de contributions différentes, assises sur les catégories de revenus suivantes : les revenus d'activité et de remplacement (pour l'essentiel), mais aussi les revenus du patrimoine et les produits de placement. C'est un impôt affecté à la sécurité sociale.

2. Une politique de santé globale

Une politique de santé globale considère la santé comme « état de bien-être physique, psychique et social », une harmonie entre les individus et leur environnement physique, relationnel, socio-économique et culturel. Elle implique d'agir de concert avec tous les acteurs susceptibles d'améliorer des facteurs déterminants de la santé comme le statut socioéconomique, l'éducation, l'environnement général. Elle nécessite l'implication des acteurs de la société civile aux différents niveaux de décision. Elle vise l'efficacité, l'efficience et la continuité dans l'amélioration de la santé pour tous.

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé se place dans cette perspective et agit dans cinq domaines :

- ▶ Elaborer une politique publique saine en incitant les responsables politiques à prendre conscience des conséquences sur la santé de leurs décisions en matière de mesures législatives, financières, fiscales, changements organisationnels... ;
- ▶ Créer des milieux favorables à la santé ;
- ▶ Renforcer l'action communautaire pour la santé ;
- ▶ Acquérir des aptitudes individuelles c.à.d. favoriser le développement individuel et social grâce à l'information et à l'éducation à la santé et ce faisant donner aux gens davantage de possibilité de contrôle de leur propre santé et de leur environnement ;
- ▶ Réorienter les services de santé de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé en élargissant le concept de la santé à d'autres composantes de caractères sociale, politique, économique et environnementale ; en considérant l'individu dans son intégralité et en tenant compte de la totalité de ses besoins.

11

Les revendications de la Fédération des maisons médicales sont :

- ▶ La recherche concrète d'une **plus grande cohérence** (et intégration) dans les mesures prises à **différents niveaux de pouvoir** par les décideurs en matière de santé. A ce sujet, la nouvelle réforme de l'état redistribue les cartes de manière assez importante.

Initialement, notre proposition aurait été une définition des objectifs généraux communs au niveau fédéral, en concerta-

tion avec les autres niveaux de pouvoir. Les objectifs ainsi définis pour l'ensemble du pays, permettrait de garantir une plus grande coordination et cohérence dans les mesures prises tant au niveau régional, communautaire, provincial ou communal.

Puisque les tendances n'ont pas l'air d'aller dans ce sens, il s'agit au minimum que les citoyens puissent s'y retrouver dans les mesures prises par les différentes régions et communautés, et particulièrement pour les citoyens vivant près des limites de ces entités ou à Bruxelles.

- ▶ **Des mesures concrètes visant la Promotion de la santé**, approche transversale tenant compte de l'ensemble des déterminants de la santé, reposant sur les cinq axes de la charte d'Ottawa.

- ▶ *La promotion de la santé devrait être considérée comme un cadre interministériel. Nous plaillons pour l'élaboration d'une « loi bien-être » c'est-à-dire un mécanisme attribuant au ministre de la santé régional, la responsabilité de garantir une politique transversale en matière de santé ; chaque nouvelle mesure étant soumise à l'approbation du ministre de la santé dans une perspective de bien-être global² et de lutte contre les inégalités pour la population. Cela devrait être réalisé au niveau régional, communautaire mais également au niveau fédéral où le ministre de la sécurité sociale pourrait jouer ce rôle en complément. Un institut unique pourrait faire le travail d'évaluation.*

- ▶ *Ce principe de transversalité en faveur de la santé doit également se développer au niveau local, où un élu en charge de la santé a la mission de favoriser la synergie, au bénéfice de la santé, entre les compétences spécifiques des autres élus.*

- ▶ **Plus de place à la promotion de la santé dans le secteur ambulatoire social et santé.**

Nous réclamons la valorisation et la réappropriation par le secteur ambulatoire des activités de promotion de la santé, notamment prévention, éducation et action communautaire en santé.

- ▶ **Décloisonner les structures socio-sanitaires curatives, préventives et de promotion de la santé, pour plus de cohérences**

² Des indicateurs de mesure du bien être existent : uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/ourproducts/framework

dans les services à la population.

Par exemple, le suivi préventif du nourrisson est très séparé de la prise en charge globale des familles en première ligne ;

- ▶ **Faciliter le co-financement des projets** touchant à des champs de compétences différents (social, économique, santé et soins, culturel...) en vue d'agir sur les déterminants de la santé. Par exemple : que les services de santé puissent mener et être financés pour des projets relatifs au logement, même s'ils font partie du champ de la santé et des compétences du Ministre de la santé et non du logement ;
- ▶ **Intégrer dans les politiques de santé, les démarches communautaires** qui se développent dans une relation de proximité avec les populations locales. Notamment, faciliter l'articulation de ces démarches communautaires avec les prestations des soins de santé, préventifs, éducatifs, curatifs et de réhabilitation, dans une approche intégrée centrée sur les usagers. Reconnaître la place de l'action communautaire dans la politique de santé y compris au niveau budgétaire ;
- ▶ **Reconnaître la pertinence des méthodes spécifiques et validées aux démarches communautaires et implanter les compétences nécessaires auprès des professionnels concernés ;**
- ▶ **Mieux financer les prestataires de soins pour stimuler les activités de prévention.**

13

▶ **Une politique de santé appuyée par l'épidémiologie et la recherche.**

Le recueil de données et leur analyse permettent de connaître la situation sanitaire d'une population et de la suivre longitudinalement. Ils permettent, entre autres, la détermination de priorités en soins de santé en fonction de ces besoins et l'évaluation de la qualité de l'offre de soins comme de la qualité du système dans son ensemble. Ce recueil gagnera à être réalisé au plus près de la population et de ses besoins, et notamment en soins primaires. De plus, ceux-ci nécessitent le développement de recherches adaptées à leurs spécificités.

Des conditions favorables au recueil de données, à la micro épidémiologie (à l'échelle des pratiques) et la macro épidémio-

logie en soins primaires sont à développer. Il s'agit de développer une recherche qui prenne en compte la santé dans tous ses aspects, y compris les aspects psychosociaux et d'environnement.

- ▶ *Nombre d'acteurs de l'ambulatoire ont pour mission de contribuer au recueil d'information sur la santé de la population. Tous expérimentent le travail ardu que représente le recueil de données standardisables, utilisables à grande échelle.*
- ▶ *Les données quantitatives sont utiles, des **données qualitatives complémentaires** le seraient aussi. **Les conditions favorables à ce recueil doivent être fournies.***
- ▶ ***Les fédérations jouent un rôle important**, par la mise en commun des expériences entre acteurs, la recherche de solutions aux difficultés communes, le rassemblement de données et les analyses préliminaires, etc. Ce rôle serait à reconnaître et financer de manière durable.*
- ▶ ***Le soutien de la recherche en promotion de la santé et en soins de santé primaires**, et y compris la recherche opérationnelle et recherche-action adaptée aux réalités du terrain.*
- ▶ ***Création d'un Institut d'épidémiologie et de recherches pour les soins de santé primaires (CERISSP) ou élargissement des missions des observatoires régionaux.** Il s'agit de remplir une fonction d'observation socio-sanitaire, d'évaluation des pratiques, de soutien au développement de la qualité, et de recherches, spécifique pour les soins de santé primaires et adapté à leurs spécificités. Un tel centre doit être indépendant des firmes pharmaceutiques, et avoir l'autonomie suffisante pour permettre un travail fructueux tant pour les pouvoirs publics que les professionnels de la santé. Il doit travailler en partenariat étroit avec les acteurs concernés (universités, centres de recherche) et la population.*
- ▶ *Une définition en partenariat avec les professionnels et les citoyens, **des conditions de récolte et d'accès aux données de santé** qui permettent à la fois une sécurité suffisante pour la **protection** des citoyens et des moyens de récolte praticables, tant pour l'échange des données entre professionnels que pour des objectifs d'observation socio-sanitaire.*

▶ **La lutte contre les inégalités sociales de santé.**

Les inégalités sociales face à la santé ne cessent de croître : la nécessité de s'attaquer aux déterminants de la santé autres que biologiques: (emploi, logement, environnement, enseignement, mobilité...) est de plus en plus évidente. L'Enquête Nationale de santé par interview, un rapport de la Fondation Roi Baudouin, ainsi qu'un rapport de l'OMS, en attestent et font des propositions en matière de lutte contre ces inégalités.

- ▶ ***Prise en compte du gradient des inégalités*** : travailler avec les populations les plus précarisées, mais pas uniquement celles-là. Apporter également une attention sur les groupes en risque de précarisation suite aux évolutions de la société.
- ▶ ***Attribuer l'individualisation des droits sociaux*** à tous les citoyens (supprimer le statut de cohabitant pour octroyer le statut isolé).
- ▶ ***Augmenter les minimas sociaux pour atteindre au minimum le seuil de pauvreté.***
- ▶ ***Déplafonner l'impôt sur les revenus les plus élevés. Les planchers et les plafonds ne conviennent pas et il serait plus équitable de fonctionner de manière échelonnée.***

3. Un système de santé de qualité

Le système de santé doit garantir la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la participation citoyenne au sein des services de santé.

L'efficacité doit viser l'utilisation optimale des moyens disponibles pour tous. Elle ne doit pas viser une réduction des moyens pour des motifs purement économiques mais doit garantir des services d'une qualité optimale.

L'accessibilité est une priorité absolue pour garantir l'équité entre tous.

Elle se situe à différents niveaux : financier bien sûr mais aussi géographique, temporel, culturel, organisationnel. Elle vise également les services préventifs, éducatifs, de réhabilitation et de promotion de la santé, ainsi que les moyens diagnostiques et thérapeutiques comme les médicaments.

16

La recherche d'équité passe nécessairement par une mixité sociale. Cette mixité participe à un bien-être collectif tant chez le soignant qui sera confronté à une multitude de réalités que chez les patients qui ne seront pas stigmatisés. La mixité contribue à diminuer la dualité de la société qui entraîne un sentiment d'insécurité accru.

La participation citoyenne est indispensable aussi au niveau de l'organisation et de l'évaluation du système de santé : amélioration de l'analyse des besoins, développement de la promotion de la santé, réflexion critique quant aux politiques mises en oeuvre... Elle permet également un contrôle sur l'utilisation des moyens financiers.

Les revendications de la Fédération des maisons médicales sont :

- ▶ **Une place centrale pour les soins de santé primaires.**

La première ligne pourrait prendre en charge 80% des problèmes de santé présentés par la population. Elle devrait être la porte d'entrée du système de santé.

Le travail de la première ligne doit faire l'objet de recherches et d'évaluations et bénéficier d'un soutien politique et financier stable lui permettant de continuer à démontrer son efficacité et à s'adapter au mieux aux besoins de la population.
- ▶ **L'organisation d'un système de soins rationalisé, sur base d'un principe de subsidiarité et donc échelonné et territorialisé.**

L'application des principes de rationalité et de subsidiarité imposent que tout acte soit réalisé au niveau de soins le plus efficient, c'est-à-dire à compétence et qualité suffisante, avec le moindre coût.

 - ▶ *Refinancement de la première ligne par des transferts importants à partir des budgets actuellement consacrés à la médecine spécialisée et à l'hôpital. Dans le cadre du nouveau partage des compétences des mécanismes de transfert vers les régions/communautés des financements fédéraux doivent être recherchés.*
 - ▶ *Définition des tâches des différentes lignes, des services et des thérapeutes en vue d'un transfert de certaines compétences en collaboration avec les représentants des acteurs de terrain. Notamment, la fonction infirmière mériterait d'être revalorisée⁴. Ce besoin est d'autant plus important dans le contexte de pénurie annoncée de professionnels de la santé.*
 - ▶ *Territorialisation : afin de pouvoir organiser un système de santé dans lequel l'offre de soins corresponde le mieux possible aux besoins, il est indispensable de définir des territoires de santé, du local au régional, dans lesquels se développe cette offre de soins.*
 - ▶ *Puisque l'organisation de la première ligne de soins est partiellement régionalisée, et rejoint ainsi d'autres structures qui l'étaient déjà (plannings, centres de santé mentale, services sociaux, etc.), une réflexion globale sur l'organisation*

*de l'ambulatoire est permise et serait utile. Cela se ferait notamment en lien avec une territorialisation.*³

- ▶ En lien avec la territorialisation, **un système d'échelonnement** des soins doit être renforcé. Une ébauche de ce système existe mais elle est largement insuffisante. Ce système mérite d'être étendu et facilité, avant d'être évalué en termes d'efficience de soins et de satisfaction des patients et des praticiens. Concrètement, cela signifie d'inciter financièrement les personnes à s'adresser à la pratique de médecine générale chez qui ils sont inscrits (via le Dossier médical global), avant d'aller en deuxième ligne, et ce toute l'année (pas une seule fois par année comme c'est le cas actuellement). Deux actions conjointes sont à prévoir : augmenter au maximum l'accessibilité à la première ligne, et limiter l'accès à la deuxième ligne (par des incitants financiers par exemple).

18

- ▶ **L'évaluation et la réforme de certains mécanismes décisionnels de politique de santé**, tant à la santé publique qu'à l'INAMI, et à fortiori dans les nouveaux lieux de décisions créés au niveau régional, dans l'optique de :

Rééquilibrer les rapports de force entre hôpital/ambulatoire, généralistes/spécialistes ; redonner au politique un vrai pouvoir d'orientation et de décision, tout en préservant une concertation optimale avec tous les acteurs sur le terrain de la santé.

- ▶ **L'accessibilité optimale pour tous :**

- ▶ *Le maintien et l'amélioration des mécanismes complémentaires mis en place pour les personnes en situation précaire. Notamment, l'automatisation du statut OMNIO ainsi qu'une facilitation des démarches administratives telle que la carte santé ou autre pour les CPAS notamment.*
- ▶ *L'amélioration des mesures particulières pour les illégaux et les « sanspapiers ». Ces mesures touchent non seulement*

³ Roland M., 2006, Des outils conceptuels et méthodologiques pour la médecine générale, Note d'orientation concernant les soins de santé de première ligne (réformes structurelles du système de santé) (pp. 85-92), Propositions « martyr » pour une restructuration de la 1ère ligne à Bruxelles (pp. 103-110), Thèse de doctorat en Sciences de la Santé Publique, ULB-ESP, Bruxelles.

à l'accès aux soins mais également à l'accès aux déterminants élémentaires de vie en santé (notamment alimentation, habitat, éducation).

- ▶ *Le renforcement des moyens de faire valoir leurs droits, pour les personnes en situation précaire et les professionnels qui les accompagnent.*
- ▶ **Affiner la méthode de calcul du financement forfaitaire**, car la méthode actuelle de ne prend pas encore suffisamment en compte de nombreux facteurs qui influencent une prise en charge (travail) adaptée. En effet, on évalue trop les pathologies sans prendre en compte le lien avec la charge de travail nécessaire pour s'occuper des patients.
- ▶ *L'accessibilité à des soins de qualité est un enjeu pour toutes les couches de la population, parce que la maladie apporte un risque de précarisation. De plus, le souci de l'accessibilité ne peut pas mener à la mise en place de services « spécifiques » pour les populations précarisées, au risque de la ghettoïsation et de la médecine à 2 vitesses.*

- ▶ **Une responsabilisation positive des professionnels de la santé.**
Les acteurs de santé sont à prendre en compte dans la réflexion sur un système de santé accessible :
 - ▶ *en les associant à l'élaboration de critères de qualité et de contrôle ;*
 - ▶ *en soutenant la valorisation positive plutôt que des mécanismes de sanction.*

- ▶ **Une politique du médicament efficiente :**
 - ▶ La mise en place d'appels d'offre pour le remboursement des médicaments les moins chers (inspiré du modèle « KIWI ») ;
 - ▶ Malgré certains efforts en la matière, il est nécessaire de renforcer davantage la prescription en DCI (dénomination commune internationale) ;
 - ▶ la possibilité de prescription à l'unité ;
 - ▶ la mise en place d'une taxation des firmes pharmaceutiques sur le dépassement de rendement. Avec investissement de ces revenus dans les soins de santé en général ou dans une recherche indépendante ;
 - ▶ un meilleur contrôle de l'information transmise à la popula-

- tion au sujet des médicaments et de leur bonne utilisation ;
- ▶ l'enregistrement de tous les médicaments, y compris OTC (en délivrance libre) et médicaments soumis à prescription mais non remboursés, via le système Pharmanet. Ceci permettra une meilleure connaissance des consommations réelles de médicaments par la population et un contrôle tant des prescriptions ou consommations abusives que des effets toxiques de certains d'entre eux (benzodiazépines, AINS, par exemple).

▶ **Le soutien et l'organisation de la participation citoyenne :**

- ▶ En favorisant l'action communautaire et notamment la mise en place de comités de participation pour définir une politique de santé ;
- ▶ en prévoyant le financement d'associations de patients, pour que ceux-ci puissent mener leurs missions d'informations, de sensibilisations et de participations de façon indépendante des firmes commerciales ;
- ▶ En organisant des services de médiation délocalisés, proche des usagers, pour les services ambulatoires. Ce qui permettrait aux usagers d'exercer mieux leurs droits tels que définis par la loi sur les droits des patients ;
- ▶ En renforçant la participation citoyenne aux décisions en matière de politique de santé : encourager des citoyens à prendre leur place dans les organes démocratiques des mutuelles (conseils d'administration, assemblées générales) et des syndicats (délégations syndicales); inviter au niveau local les citoyens à des lieux de débats et de concertation publique par rapport aux questions du social et de la santé.

▶ **Une adaptation de la formation des professionnels.**

L'enseignement et la formation des intervenants constituent le fondement de notre système de soins et doivent être conçus en osmose avec l'organisation des soins de santé.

Cette formation doit préparer les acteurs de soins de santé à toutes les missions qui seront les leurs dans le système de santé, selon une définition globale de la santé. Il s'agit de :

- ▶ *décloisonner les formations, qu'elles soient de base ou continues entre les différentes disciplines de santé et valoriser l'approche et les pratiques pluridisciplinaires ;*

- ▶ *prévoir que la formation de base des professionnels mettent suffisamment l'accent sur les aspects du travail pluridisciplinaire et en réseau, de complémentarité entre les professions et les lignes de soins, les démarches et la culture de développement continu de la qualité, les aspects non seulement biologiques mais aussi psycho-sociaux et environnementaux de la santé, et la démarche communautaire. La création « d'écoles de santé » organisant des cours communs entre professionnels de la santé ;*
- ▶ ***confier davantage la formation de base des médecins, tant futurs généralistes que spécialistes, à des généralistes, plus proches de la réalité d'une population globale. Il faut dès lors découpler les chaires attribuées à la médecine générale au sein des facultés ;***
- ▶ *reconnaître les associations de santé intégrées dans leur fonction d'échanges de savoirs et dans une mission de participation à la formation de tous les intervenants en santé ;*
- ▶ ***financer suffisamment, moyennant des processus de validation efficaces, des institutions et processus de formation continue pour les professionnels, et exclure la participation des firmes pharmaceutiques dans les formations de base ou continues ;***
- ▶ *Plus globalement, l'enseignement supérieur (Université et Hautes écoles) a un rôle important en matière d'émancipation sociale. Elle contribue au bien-être individuel et à l'intérêt collectif. Pour remplir au mieux ces missions, l'Université **doit se démocratiser** et être le plus accessible possible tant financièrement que culturellement. Elle doit aussi servir de tremplin pour les réorientations professionnelles et donc s'adapter à un public d'adultes, avec des obligations familiales et professionnelles.*

4. Les soins de santé primaires

Les soins de santé primaires à orientation communautaire doivent être renforcés. En plus des valeurs communes au système de santé, ils ont pour caractéristiques la globalité, l'intégration, la continuité et l'accessibilité. Un financement adapté aux missions spécifiques, l'inscription et la gestion centralisée de dossiers de santé globaux, ainsi que l'organisation en pratiques de groupe pluridisciplinaires, permettront un meilleur accomplissement de leurs missions.

Additionnées aux valeurs et objectifs du système de santé, les caractéristiques spécifiques des soins de santé primaires sont :

- ▶ La globalité : prend en compte tous les aspects médico-psycho-sociaux et environnementaux.
- ▶ L'intégration : englobe les actions curatives, préventives, palliatives, de réhabilitation, ainsi que la promotion de la santé.
- ▶ La continuité : le suivi longitudinal des individus au long de la vie, « du berceau au tombeau ».
- ▶ L'accessibilité tant financière que géographique, linguistique et culturelle.

22

Les soins de santé primaires doivent être le point d'entrée principal des patients dans le système. L'inscription et la gestion d'un dossier de santé global sont nécessaires à un suivi de qualité de la population. De plus, les missions spécifiques des soins de santé primaires nécessitent un mode de financement adapté, pluriel.

La pratique de groupe, surtout si elle est pluridisciplinaire, permet une organisation optimale des soins de santé primaires car elle permet :

- ▶ une meilleure intégration des différentes fonctions ;
- ▶ l'amélioration de la qualité des soins ;
- ▶ l'amélioration de la qualité de vie et une protection contre le burn-out ;
- ▶ d'apporter une solution à la pénurie des médecins et des infirmières dans certaines régions.

Concrètement la Fédération des maisons médicales demande :

▶ **La reconnaissance officielle des centres de santé pluridisciplinaires**

Il n'existe pas actuellement de cadre juridique spécifique aux pratiques de groupe au niveau fédéral. Cela rend impossible l'application de normes de qualité, l'adaptation des différentes mesures visant la 1ère ligne de soins et l'attribution d'un financement spécifique. La base juridique existe cependant, dans l'arrêté royal 78 relatif aux professions de santé: une disposition permet de légiférer sur les pratiques. Seules les pratiques solistes sont considérées actuellement. Or, l'organisation des professionnels évolue massivement vers la pratique de groupe. Les pratiques de groupe, et parmi elles, les pratiques multidisciplinaires doivent être reconnues et identifiées.

▶ **Le soutien et la programmation de centres de santé pluridisciplinaires partout en Belgique**

La couverture du territoire belge en pratiques de groupe pluridisciplinaires devrait être telle que chaque citoyen puisse choisir de se faire soigner par une équipe pluridisciplinaire. Une première étape serait de financer prioritairement les centres de santé dans les zones paupérisées ou peu desservies médicalement.

▶ Une programmation était en cours dans les 2 régions en 2013. Celle-ci a abouti en Région wallonne sur base de critères socio-économiques, de démographie médicale et de densité de population. Il serait opportun que la COCOF aboutisse également au plus vite et qu'elle s'inspire du travail de la Région wallonne dans un souci de cohérence.

▶ **Un soutien financier au démarrage** des projets est également à opérationnaliser afin de commencer l'activité dès le départ dans des conditions acceptables (professions rémunérés, locaux adaptés...) et avec une qualité suffisante. La Région wallonne a pris une décision dans ce sens en 2013.

► **Une réforme de la psychiatrie vers un virage ambulatoire**

La réforme de la psychiatrie : la réforme initiée par le fédéral (dite psy 107) va dans le bon sens dans la mesure où elle permet de réaffecter des moyens de l'hospitalier vers l'ambulatoire. La mise en réseau des acteurs est également une importante plus-value. Cependant, il subsiste un problème important : les hôpitaux restent principalement à la manoeuvre, gardent leurs moyens financiers et débarquent dans l'ambulatoire alors que pratiquement aucun moyen nouveau n'a été affecté à celui-ci. Nous demandons que les moyens affectés à la prise en charge ambulatoire soient affectés directement au réseau ambulatoire. Les premiers résultats montrent le rôle essentiel joué par les maisons médicales dans le domaine de la psychiatrie. Nous réclamons des moyens, particulièrement en termes de personnel psycho social, pour pouvoir faire face à nos obligations découlant de la fermeture des lits.

24

► **Un financement mixte pour tous les acteurs des soins de santé primaires, adapté à la diversité de leurs missions :**

Les maisons médicales francophones et néerlandophones sont pionnières en Belgique dans la recherche d'un mode de financement des soins de santé qui répondent davantage aux besoins des individus. C'est ainsi qu'une nouvelle réforme du forfait a vu le jour en 2013. Cependant, ce financement forfaitaire doit encore être affiné et amélioré.

- *consolidation du système majoritairement forfaitaire à la capitation adressé à des pratiques de groupes multidisciplinaires, dont les montants sont effectivement adaptés aux besoins des individus ;*
- *l'enveloppe globale actuelle du forfait doit être adaptée à l'évolution du profil des populations prises en charge, et pas uniquement de leur nombre ;*
- *poursuite des recherches pour une diversification des modes de financement en fonction des objectifs poursuivis et des activités visées, pour assurer la qualité des soins pour tous : financement à la prestation, à l'infrastructure, à la fonction et à l'objectif de qualité.*

► **L'inscription et la gestion d'un Dossier médical global**

L'inscription des patients auprès d'une pratique de médecine générale permet de contractualiser la relation soignant-soigné et permet une meilleure connaissance de la population prise en charge, notamment pour réaliser des actions de prévention de manière proactive. Cette inscription se couple à la gestion centralisée d'un dossier de santé global et pluridisciplinaire auprès de cette pratique de médecine générale, ce qui améliore la prise en charge globale, la continuité des soins, l'intégration. De plus, le dossier informatisé doit être plus répandu, parce qu'il facilite les fonctions de synthèse, de récolte de données et de communication, permet la mise en place d'outils d'aide à la pratique comme échéancier ou système d'aide à la décision, facilite la centralisation de données et leur analyse, à des fins d'évaluation de la qualité ou d'observatoire de la santé des populations.

25

- *Promouvoir le Dossier médical global : meilleure rémunération, reconduction automatique renforcée et information plus grande du public ;*
- *Envisager, comme en France, la possibilité d'imposer à chaque citoyen de se désigner un médecin traitant et gestionnaire de son dossier, à condition que ce médecin désigné soit généraliste, et que cette gestion puisse être étendue à une pratique de groupe de médecine générale ;*
- *Développer le dossier informatique pour l'ensemble des prestataires ainsi que les*
- *conditions d'intégration entre ces dossiers au service de la coordination, la continuité des soins et la pluridisciplinarité autour du patient ;*
- *Etudier et préciser les contraintes éthiques tant pour garantir le respect de l'autonomie de l'utilisateur que pour le protéger des risques d'utilisation détournée des données à l'égard des assurances, de l'attribution d'emploi ou toute autre forme de contrôle social. Les travaux du Réseau santé wallon et d'Abrumet sont à soutenir.*

- ▶ **Le développement d'outils d'amélioration de la qualité :**
 - ▶ *Mise en place de guidelines pluridisciplinaires indépendants des firmes pharmaceutiques et fondés sur l'Evidence-Based Medicine ;*
 - ▶ *Elaboration et promotion d'outils d'aide à la décision, à la prescription et de supports d'informations aux patients ;*
 - ▶ *Intégration de ces outils dans les logiciels informatisés indépendants des intérêts commerciaux ;*
 - ▶ *Formation continue pluridisciplinaire : organisation de Groupes locaux d'évaluation pluridisciplinaire (GLEP), selon le modèle des GLEM ;*
 - ▶ *Développer une culture de développement de la qualité, et pour cela, d'évaluation.*

- ▶ **Mieux organiser la continuité des soins :**

26 Prévoir et organiser la coordination des services et des prestataires entre eux (niveau institutionnel) et autour de chaque usager qui en ont besoin (niveau individuel).
Actuellement, de multiples initiatives de coordination se prennent (SISD, RML, Coordinations d'aide et de soins à domicile, protocoles 3, santé mentale, etc...) sans être articulées entre elles. Il s'agit d'ordonner tout cela, construire de la cohérence, et d'éviter de devoir créer des méta-coordinations (coordination des coordinations). Ceci avec un souci d'efficacité, de continuité, de simplicité pour l'utilisateur et les prestataires

Pour la médecine générale : La médecine générale doit rester l'architecte de la garde et de la permanence des soins. Mais celle-ci doit être organisée, au départ des besoins de la première ligne de soins, en bonne intelligence avec des structures hospitalières. Le tout organisé autour d'un tri des appels dont la modulation dépend de l'heure de contact avec le système. Il devra toujours rester des MG de garde mobiles pour des cas résiduels tels que les grabataires et soins palliatifs à domicile.

► **Une médecine préventive qui atteigne toute la population, y compris les plus démunis.**

Avec ses cinq contacts moyens par an et la rencontre de 70 % de sa patientèle en un an, le secteur des soins de santé primaires offre une possibilité de contact diversifié à la population. Il peut combiner le travail curatif, réalisé le plus souvent à la demande des individus, et des démarches de prévention et de promotion de la santé, pour lesquelles la demande est moins évidente. Cela est d'autant plus vrai pour les populations en situation plus précaire.

Il s'agit dès lors de soutenir des modes d'organisation de la première ligne, qui permettent d'atteindre plus facilement ces personnes. Le DMG+ a été mis en oeuvre pour encourager la prévention, par un système forfaitaire à la capitation annuelle. Nous nous en félicitons.

► **Evaluer et améliorer le mécanisme d'obtention du DMG+, l'étendre à d'autres tranches d'âge et à d'autres activités de prévention.**

► **Outre l'inscription, qui permet d'identifier la population sous la responsabilité de chaque médecin généraliste, il s'agit de mettre en place des conditions favorables pour atteindre proactivement les personnes les plus démunies, connues pour être le moins touchées par les campagnes de prévention. Différents moyens concrets sont envisageables : des outils informatiques notamment, mais également un soutien par des professionnels associés (exemple en approches multiculturelles).**

► **La pratique de groupe pluridisciplinaire facilite grandement ce type d'activité.**

► **La définition des fonctions de chaque acteur de santé et la construction d'un maillage géographique de la première ligne.**

Tant les questions de planification de l'offre (l'inextricable *numerus clausus*) que de revalorisation de certaines professions (médecine générale, infirmiers, etc.), ne peuvent pas se passer d'une réflexion globale sur la complémentarité des acteurs et les missions de chacun dans un système de santé. Il s'agit de

rechercher à chaque fois la meilleure place pour répondre aux besoins des individus, dans un souci de qualité, de subsidiarité, d'efficacité, d'accessibilité. Ce travail est à réaliser dans le dialogue entre les différents acteurs concernés, avec pour objectif corollaire une meilleure coordination et complémentarité entre les première et deuxième lignes.

28

- ▶ **Plusieurs initiatives ont été prises pour soutenir la structuration de la première ligne, au niveau fédéral ou régional:** Services intégrés de soins à domicile, cercles de médecins généralistes, conditions d'agrément des centres de coordination de soins à domicile, trajets de soins, réseaux multidisciplinaires locaux etc. Ces initiatives se superposent à des définitions géographiques de mesures communautaires (CLPS) ou provinciales (observatoires), et de mesures visant le secteur hospitalier (Bassins de soins,...). Il s'agirait à ce stade, **de « faire le point », et de baser de futures initiatives sur ce maillage et les complémentarités déjà possibles.**
- ▶ Ces différentes structures devraient aussi être le berceau de projets pilotes et d'initiatives pour améliorer **le dialogue et la complémentarité entre la première et la deuxième ligne** comme partenaires également importants dans la prise en charge de la santé de la population qu'ils recouvrent ensemble.
- ▶ Le rôle de l'infirmier et son évolution sont en débat. Il est urgent de travailler sur **l'interaction entre généralistes et infirmiers**, dans l'objectif d'une plus grande synergie et partage des fonctions. Des projets pilotes pourraient être menés dans ce sens.
- ▶ Une programmation de l'ensemble des services de santé doit être réalisée afin de correspondre au mieux **aux besoins de la population.**
- ▶ Privilégier les **services qui s'inscrivent dans un objectif de service public** à savoir :
 - ▶ *qui oeuvrent dans une perspective sociale ;*
 - ▶ *qui ne pratiquent pas de discrimination dans l'offre de soins ;*
 - ▶ *qui proposent une offre en relation avec une population ;*
 - ▶ *qui s'alignent sur la politique de santé ;*
 - ▶ *qui s'instaurent dans un but non lucratif.*

▶ **Une attention particulière pour les aidants proches**

Les aidants proches ne sont pas des professionnels à proprement parler. Ils sont néanmoins fortement impliqués dans la prise en charge de leurs proches malades et/ou en perte d'autonomie.

- ▶ *Le forfait palliatif doit être adapté aux besoins des familles et son accès facilité ;*
- ▶ *Soutenir l'intervention des familles, par de l'encadrement, de l'accompagnement.*
- ▶ *Prévoir la prévention du burn-out des aidants proches, comme celle de la maltraitance des bénéficiaires ;*
- ▶ *prévoir une rémunération du travail réalisé (sous forme de forfaits) et/ou la compensation de la réduction des revenus du travail si un investissement familial nécessitait une diminution du travail.*

5. Des revendications spécifiques à chaque profession des soins de santé primaires :

Pour la médecine générale :

Dans un contexte de pénurie de généralistes, renforcement de l'attractivité de la profession par :

- ▶ *une réforme de la nomenclature pour une simplification ;*
- ▶ *a revalorisation de l'acte intellectuel par rapport à l'acte technique : aujourd'hui, les actes nécessitant l'intervention de la technologie sont beaucoup plus valorisés financièrement que les actes où seule l'intelligence humaine peut intervenir ;*
- ▶ *l'évaluation des besoins et adaptation du numerus clausus pour une réelle planification de l'offre, en termes de territoire et de spécialités ;*
- ▶ *la valorisation de la formation : la médecine générale doit être davantage valorisée dans les universités et adaptée aux nouvelles formes de pratique. Il faut augmenter l'attrait et faciliter l'accession des MG au sein de l'enseignement. Des cours d'approche centrée sur le patient (et non sur la maladie) doivent être développés.*
- ▶ *la barémisation des médecins généralistes, à mettre cela en perspective avec les autres disciplines médicales.*

30

Pour les infirmiers :

Dans un contexte de pénurie d'infirmiers, revalorisation du métier d'infirmier en soins de santé primaires :

- ▶ *Un premier niveau de formation, en baccalauréat, tronc commun à toutes les professions infirmiers, et donnant accès à la pratique ;*
- ▶ *Un niveau complémentaire, en master, afin de former certains infirmiers à des tâches plus complexes ;*
- ▶ *La suppression du niveau breveté (en prévoyant des mécanismes de droits acquis).*
- ▶ *L'organisation de passerelles vers le baccalauréat ;*
- ▶ *La réduction maximale du nombre de sous-spécialités, qui empêchent la mobilité au sein de la profession et au fil de la carrière ;*
- ▶ *puisque des spécialités en soins infirmiers se développent, développement d'une spécialité spécifique en soins infirmiers*

en soins de santé primaires ; des missions adaptées pour ces infirmiers ;

- ▶ *des barèmes adaptés à ces différentes formes de qualification et de fonction ;*
- ▶ *la reconnaissance et le financement de la formation continue avec la mise en place d'une accréditation ; la formation continue doit soutenir le développement des compétences, mais aussi permettre également la mobilité des professionnels d'une fonction à l'autre au sein des différentes possibilités d'exercer le métier d'infirmier ;*
- ▶ *l'élaboration et la diffusion d'Evidence-Based Nursing et de guidelines ;*
- ▶ *la création d'un fond de type « impulseo » pour résoudre les difficultés de recrutement ;*
- ▶ *la reconnaissance du rôle propre du praticien de l'art infirmier (analyse de situations et actions hors prescription médicale) et l'adaptation de la nomenclature et des financements aux besoins en santé des patients et au nouveau rôle des infirmiers.*

31

Pour les aides-soignants :

La fonction d'aide-soignante nécessite encore d'être développée en matières de compétences.

- ▶ *Une reconfiguration des formations de brevets en formations d'aides-soignants pourrait être, par exemple, envisagée.*

Pour les kinésithérapeutes :

- ▶ *la pléthore semble révolue et la situation semble évoluer vers la pénurie : cette situation doit être évaluée notamment en planifiant un cadastre des kinésithérapeutes ;*
- ▶ *reconnaissance et financement de la formation continue et mise en place d'une accréditation ;*
- ▶ *élaboration d'Evidence-Based Physiotherapy et de guidelines ;*
- ▶ *Un nouveau barème lié au fait que tous les kinés sortant sont en possession d'un master ;*
- ▶ *Réflexion autour de la kinésithérapie de première ligne et spécialisée ;*
- ▶ *L'accès direct aux soins kiné sous certaines conditions (par exemple pour les rechutes ou la prévention).*

Pour les accueillant(e)s :

- ▶ Reconnaissance de la fonction spécifique d'accueil en maison médicale en tant que métier de santé ;
- ▶ o Financement de cette fonction selon la barémisation 1.55-61-77 de la CP 330 ;
- ▶ Mise en place d'une formation qualifiante en promotion sociale, par l'adjonction de modules spécifiques à un tronc commun préexistant adapté (éducateur, assistant social, infirmier, ...).

Pour les assistant(e)s sociaux(ales) :

- ▶ Reconnaissance de l'importance et financement de cette fonction au sein des pratiques de groupe pluridisciplinaires de 1ère ligne.

32

Pour les psychothérapeutes :

- ▶ Reconnaissance de la fonction de psychothérapeute dans le cadre de l'AR 78 et financement dans le cadre de la sécurité sociale ;
- ▶ Reconnaissance de leur place dans les centres de santé intégrée.

Pour les dentistes :

- ▶ Améliorer l'accessibilité aux soins dentaires.

Tout cela dans un contexte de réforme institutionnelle...

À la date de l'écriture de ces lignes, la 6ème réforme institutionnelle est à nos yeux peu pertinente en matière de santé parce qu'elle renforce l'éclatement des compétences santé entre le niveau fédéral et les entités fédérées. En effet, le financement des prestations ambulatoires ou hospitalières restent au niveau fédéral alors que l'organisation des soins de première ligne est recentrée vers les entités fédérées. Ceci va rendre encore plus aléatoire l'élaboration d'une politique de santé publique cohérente, d'autant que les entités fédérées francophones sont désargentées, alors que l'essentiel des moyens financiers se trouvent à l'INAMI. Nous craignons que ce glissement favorise encore le développement de l'hospitalocentrisme au détriment d'une politique centrée sur les besoins du patient et de la première ligne. De plus, les entités fédérées n'étant pas responsables du financement des prestations, elles ne seront pas incitées à développer une première ligne et une prévention efficaces permettant de réduire les coûts en deuxième ligne. Les transferts financiers indispensables entre seconde et première ligne (il y a beaucoup plus de lits hospitaliers et de lits psychiatriques en Belgique que dans d'autres pays) seront rendus encore plus difficiles.

33

La Fédération des maisons médicales est très inquiète quant à la mise en application concrète de cette réforme sachant que les entités fédérées n'ont pas aujourd'hui les compétences et le personnel pour accueillir ces nouvelles matières. Même si des changements sont envisagés à plus ou moins long terme, il va falloir d'urgence se demander comment gérer cela de manière transitoire.

La situation institutionnelle à Bruxelles est complexe. Si d'autres réformes devaient se négocier à l'avenir, il nous semble indispensable de simplifier cette situation. Bruxelles devrait pouvoir exister de la même manière que les autres Régions, à savoir sans qu'une communauté minoritaire n'ait la possibilité de bloquer les institutions.

La Fédération des maisons médicales demande de :

- ▶ Garantir un équilibre entre une concertation des acteurs et la responsabilité politique dans toutes les entités de décisions ;
- ▶ Garantir la fluidité entre Wallonie et Bruxelles (notamment en ce qui concerne l'accès aux hôpitaux universitaires) ;
- ▶ Garantir une équité dans l'accès aux soins ;
- ▶ Etablir un lien fort entre social et santé.

Nous désirons que l'offre de soins soit organisée par territoires régional et local, parce que ce type d'organisation est le plus à même d'être opérationnel et efficace pour mettre en oeuvre de la réforme. Par contre le financement de la sécurité sociale doit rester fédéral. Nous sommes donc rassurés d'observer que les tendances vont relativement dans ce sens. Mais le dialogue entre les régions reste important.

34

Une façon optimale d'organiser le système serait :

- ▶ La création d'un lieu de concertation au niveau fédéral. Celui-ci aura pour but de concerter les objectifs et les réformes mises en oeuvre dans les différentes entités, d'échanger les expériences afin de permettre d'éventuelles harmonisations et de prévoir des modalités de coexistence de mesures différentes.
- ▶ Création de deux OIP (Organisme d'intérêts publics) wallon et bruxellois, similaires (dont la structure est identique ou presque) qui gèreraient l'ensemble des politiques sociales et de santé dans chaque région, de manière transversale. Ces OIP regrouperaient les principaux acteurs : organisations professionnelles, employeurs, syndicats, mutuelles, patients. Ils organiseraient la concertation et la mise en oeuvre des décisions. Les ministres doivent rester les décideurs finaux.
- ▶ Dans cet OIP, un « conseil consultatif pour la première ligne » permettrait de mettre autour de la table tous les acteurs concernés pour une recherche de cohérence dans l'offre de services.
- ▶ Une coupole Wallonie Bruxelles forte dont le rôle est de veiller à ce que les principes d'accès aux soins, de fluidité, de cohérence, soient garantis.
- ▶ Le système doit être complété par des structures locales de concertation établies sur base territoriale en cohérence avec les

bassins de soins (en Wallonie, les zones de soins peuvent servir de base à la création de ces bassins de soins). Ces organes seraient responsables à la fois d'organiser le système au niveau local et de faire le lien avec l'OIP (Organisation d'intérêt public) régional.

Spécifiquement au niveau de la région wallonne, nous plaçons pour plus de cohérence et une meilleure intégration entre région et communauté, notamment pour ce qui concerne les soins, la prévention, l'action sociale, les fonctions d'observatoire de la santé, la promotion de la santé, l'action communautaire en santé, tout au long de la vie et donc aussi au niveau de la petite enfance.

A Bruxelles, où 4 institutions communautaires continuent à coexister, l'enjeu est de taille. Nous soutenons la volonté politique francophone de création d'un OIP social-santé, et la gestion des matières transférées par la Cocom. L'idéal serait que les compétences en lien, et actuellement gérées par la COCOF et la VGC, puissent être confiées à la Cocom également. Si les autres institutions venaient à devoir cogérer, un OIP commun pourrait être mis en place, qui gère la coordination entre les initiatives prises par chaque lieu de pouvoir (COCOF, com flamande, région, bico), dans une volonté d'efficacité, d'accessibilité, et de cohérence pour l'ensemble de la population bruxelloise. Une condition pour cela sera tout de même de veiller à ce que francophones ET néerlandophones puissent se sentir chez eux dans la capitale et trouver un accès à leurs droits dans leur langue usuelle.



3 Au niveau européen

Les forces politiques dominantes (socialistes et démocrates-chrétiennes) ne se mobilisent pas suffisamment pour endiguer les tendances ultralibérales de la commission européenne.

37

En effet, on voit de plus en plus fréquemment des propositions de loi qui sont des transpositions de directives européennes en droit belge. Il faut arrêter de les contempler comme une suite inéluctable d'injonctions. C'est d'un appui social massif qu'il faut s'armer pour aller à l'encontre de ce que dictent ces politiques.

La seule véritable politique de développement durable des soins de santé en Europe ne peut passer que par une reconnaissance pleine et entière de la première ligne de soins. Les pratiques de groupe multidisciplinaire à orientation communautaire à cet échelon doivent être reconnus comme le modèle idéal, ici et ailleurs. Il s'agit bel et bien d'un modèle universel et qui doit être déployé et soutenu le plus largement possible.

Nous demandons des engagements fermes aux candidats belges dans les matières sociales et de santé et notamment :

- ▶ La rédaction d'une déclaration publique de défense d'une Europe sociale et de santé à l'abri des lobbies économiques : l'exclusion de la santé comme bien de consommation marchand et des services de santé comme soumis à la concurrence (Bolkestein).
- ▶ La mise en oeuvre de toutes les mesures possibles pour empêcher l'expansion du monde marchand et à but lucratif dans le domaine de la santé. Notamment éviter l'évolution d'un système d'assurance universelle et solidaire (exemples les mutuelles) vers un système d'assurance individualisée et marchand.
- ▶ L'élaboration d'une véritable sécurité sociale européenne. Par un rapprochement des systèmes et l'extension des bénéficiaires à l'ensemble des citoyens européens, avec pour objectif de réaliser l'optimum plutôt que le minimum.
- ▶ La garantie du principe d'équité dans les soins de santé. En l'intégrant dans la constitution européenne.
- ▶ Que les recommandations de l'union européenne aux états, en matière de soins de santé soient rédigées dans le sens de l'équité, de l'accès pour tous, de non marchandisation, du développement des soins de santé primaires, tels que cela est recommandé également par l'OMS. Et ceci, dans les recommandations directes ou indirectes de l'Union (par exemple au travers des plans de gestion de l'austérité).
- ▶ La reconnaissance et le soutien de la recherche en soins de santé primaires et sur l'organisation optimale des systèmes de santé.
- ▶ La reconnaissance et le soutien d'un réseau international européen des centres de santé communautaires, comme une forme de mise en oeuvre des soins de santé primaires, et une place possible pour l'expérimentation afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé.

Notes personnelles



A series of horizontal dashed lines for writing notes.

Notes personnelles



A series of horizontal dashed lines for writing notes.

Notes personnelles



A series of horizontal dashed lines for writing notes.

Les collections de la Fédération

EQUIPES, TRAVAILLEURS DE MAISON MÉDICALE

Différents documents et outils organisés en séries thématiques

42	Série «Aide à la gestion»	(5 brochures)
	Série «La Fédé et vous»	(4 brochures)
	Série « Secteurs professionnels en maison médicale»	(2 brochures)
	Série «Comité d'éthique»	(7 brochures)
	Série «Tableau de bord»	(2 brochures)

NOTES ARGUMENTAIRES DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

- ▶ Passer de l'acte au forfait, quels enjeux ?
- ▶ Proposition d'harmonisation des pratiques des maisons médicales au forfait en matière de remboursements
- ▶ Être agréé est un plus pour la dénomination «maison médicale»
- ▶ Les accueillants payés au barème des soignants gradués : pourquoi et quels enjeux ?
- ▶ Pourquoi soutenir le statut salarié en maison médicale ?
- ▶ Quelle position par rapport aux grèves dans le secteur des maisons médicales ?
- ▶ L'autogestion, un outil d'avenir
- ▶ Coopératives immobilières et maisons médicales

ETUDES ET ANALYSES DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES www.maisonmedicale.org/-Publications-analyse-et-etudes-.html

OUTILS DE SOUTIEN À LA PRATIQUE

- ▶ Mon patient fume... : Attitudes du généraliste
- ▶ Nos patients fument ! Découvrez la balance décisionnelle et l'entretien motivationnel
- ▶ Action communautaire en santé : un outil pour la pratique
- ▶ Vade-mecum « Maladies chroniques »
- ▶ ABCédaire de l'accueil en maison médicale
- ▶ Fiches pratiques du référent tableau de bord
- ▶ Fiches bonnes pratiques et Dossier Santé Informatisé (DSI)

COLLECTION “TOUS PUBLICS”

Dépliants informatifs

- ▶ Maison médicale - Centre de santé intégrée
- ▶ Travailler en ... maison médicale - Centre de santé intégrée

43

Mouvement des Maisons médicales

- ▶ Qu'est-ce que la Fédération des maisons médicales
- ▶ Charte des maisons médicales
- ▶ Mémoire : politique de santé
- ▶ Statistiques des maisons médicales

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES ÉMANANT DE LA FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

- ▶ Santé conjugée (trimestriel)
- ▶ News (mensuel)
- ▶ Feuille de liaison tableau de bord (quadrimestriel)
- ▶ Revue de presse des maisons médicales (bimestriel)

CAT@LOSANTÉ www.maisonmedicale.org/-Cat-losante

Plus de 80 fiches écrites par les maisons médicales pour présenter leurs projets, ou y puiser de l'inspiration pour de nouvelles activités.



Série «La Fédé et vous»



- ▶ Habiter à tous les étages pour faire bouger le mouvement
- ▶ La cotisation à la Fédération des maisons médicales : votre meilleur placement !
- ▶ Cahier de propositions en matière de politique de santé
- ▶ Fédération des maisons médicales et Intergroupes : Note d'orientation 2013-2017



Fédération des
maisons médicales

Disponible sur demande:

02 514 40 14

fmm@fmm.be

www.maisonmedicale.org