

REGARDS CROISÉS ENTRE LE PORTUGAL ET LA WALLONIE /

En 2013, le Dr Wim van Lerberghe, alors professeur à l'Instituto de Higiene e Medecina Tropical de Lisbonne¹, invitait des professionnels de santé wallons à visiter le système de santé portugais, notamment les unités de santé de famille (USF-Unidade de Saude Familiar)². Un an plus tard, un jeune médecin généraliste portugais quittait ce système pour intégrer une maison médicale à Liège. Les auteurs de cet article ont donc fait le même trajet, dans deux directions opposées mais avec une volonté commune : découvrir quelque chose de nouveau, de mieux peut-être, qui interpelle et dépasse les modèles connus.

1. Egalement ancien chef de département à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers et directeur à l'Organisation mondiale de la santé du département sur la recherche en systèmes de santé.

2. Cette visite était encadrée par Wallonie Bruxelles International.

Jean-Luc Belche et Alexandra Sousa, médecins généralistes à la maison médicale Saint-Léonard et doctorant au département universitaire de médecine générale de l'université de Liège.

Le système de santé portugais : un peu d'histoire

Un petit regard en arrière permet de mieux comprendre la situation actuelle au Portugal. Avant les années 70, le système de santé était très fragmenté ; il fonctionnait dans une logique libérale. Mais les profondes transformations vécues durant les dernières décennies ont fortement conditionné les politiques de santé. Tout commence avec la *Révolution des œillets* en avril 1974 : la démocratisation résultant de ce moment historique oriente les priorités sur de nouvelles politiques sociales, telles que la reconnaissance du droit à la santé pour tous les citoyens. Les conditions sont dès lors propices à l'établissement d'un service national de santé : celui-ci se met en place en 1979. Inspiré du modèle anglais, le service national de santé portugais semble la réponse la plus adéquate au besoin de services de santé gratuits assurant une large couverture : l'État assume ainsi sa responsabilité, inscrite dans la Constitution, en matière de protection de la santé. Les activités de première ligne sont au départ centrées sur des missions de santé publique ; elles s'élargiront plus tard aux activités de médecine générale.

En 1985, le Portugal entre dans la Communauté économique européenne et gagne une stabilité politique et économique sans précédent depuis la révolution. Une proportion croissante de la richesse du pays est attribuée à la santé, via le service national de santé. On assiste à une régionalisation des services, avec une coordination centrale, ainsi qu'à une tentative de séparer l'exercice privé et public de la médecine. L'introduction de tickets modérateurs en 1990 – sauf pour certains groupes cibles comme les populations précarisées - marque un changement de vision sur la gestion du service national de santé : le service national de santé « gratuit » devient un service national de santé « tendanciellement gratuit ».

Après 10 ans, différents projets expérimentent une réorganisation des soins de santé primaires visant à développer des formes de gestion plus flexibles et autonomes. L'évaluation est positive, et ces expériences stimulent l'adoption de systèmes de rémunération associés à la performance, ainsi que de nouveaux modes de contractualisation. Elles font aussi croître les exigences en matière de critères de qualité et de

Tableau 1: modalités organisationnelles générales, similitudes et différences

	<i>Unidade de Saude Familiar</i>	Maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales ou association de santé intégrée (ASI)
Nombre de centres	400 USF en 2015 (depuis 2005).	102 maisons médicales affiliées à la Fédération des maisons médicales en 2015 (début en 1973).
Population couverte	près de 50% de la population (tout le pays).	4% de la population (Wallonie-Bruxelles).
Représentation	Association nationale des USF : USF-AN.	Fédération des maisons médicales et des centres de santé francophones
Type d'organisation	Organisation publique.	Organisation privée, sans but lucratif. Contractualisation avec INAMI (pour le paiement forfaitaire) et les pouvoirs régionaux pour ASI.
Mode de création	Adhésion volontaire des travailleurs d'un centre. Pas de programmation. Soutien des centres à passer en modèle USF.	Initiative privée et volontaire. Pas de programmation.
Mode de gestion	Gestionnaire (médecin) élu par les travailleurs et Conseil général reprenant tous les travailleurs. Gestion du personnel par le service public, central. Autonomie technique et organisationnelle détaillée dans un plan d'action de 3 ans.	Autogestion ou gestion centralisée par un gestionnaire. Plan d'action de 2/3 ans pour les ASI en Wallonie avec évaluation par l'Administration régionale. Agrément conditionné à la mise en place de démarches d'évaluation qualitative à Bruxelles.
Labellisation	2 modèles A et B (et peut-être C) suivant le type d'activités à prester et le niveau d'autonomie de gestion et supplément financier si passage en USF modèle B. Contractualisation d'objectifs d'accessibilité, effectivité, efficience et qualité.	L'agrément et la subsidiation de certains postes par le pouvoir régional sont conditionnés par décret à la mise en place d'une structure minimale.
Organisation du travail	Tous les travailleurs sont fonctionnaires (employés de l'Etat). Contrats imposés à 35 ou 40h/semaine. Législation complexe.	Les travailleurs sont engagés par la maison médicale (contrats salariés et conventions d'indépendants). Nombreux temps partiels (pas de données disponibles) : variable pour chaque maison médicale.
Zone d'action	Limite territoriale administrative. Le patient hors-zone peut rester au sein de l'USF mais ne reçoit pas de soins au domicile.	Limite territoriale déterminée par l'équipe, et souvent négociée et inscrite dans le contrat avec le patient et l'INAMI.
Mode de paiement pour le patient	Paiement par le patient d'un ticket modérateur uniquement (5€/consultation). Gratuité pour femmes enceintes, enfants, chômeurs, personnes en difficultés financières (in fine près de 50% de la population bénéficie de la gratuité).	Soit acte (14% des maisons médicales). Soit forfait (84% des maisons médicales) pour les patients en ordre de mutuelle : pas de paiement des soins M-I-(K) –pas de ticket modérateur.

systèmes d'information. Le financement augmente parallèlement à l'augmentation de la qualité demandée, et le système finit par être confronté à des problèmes de soutenabilité financière : c'est une des raisons qui a suscité, en 2005, la grande réforme des services de soins de santé primaires – ceux-ci restant considérés comme la base du système. Dans le cadre de cette réforme, les centres de santé publics créés dans les années 70 sont invités à devenir des unités de santé familiale (USF), à certaines conditions et selon deux modalités différentes (USF type A et type B) décrites ci-dessous.

Le sens d'une rencontre

Les USF et les maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales ont beaucoup de points communs¹, comme on le verra dans les tableaux présentés en page précédente et suivante ; au moment où ces structures font chacune face à des contraintes particulières, l'analyse de leurs spécificités offre des enseignements utiles à la réflexion sur l'organisation de la première ligne de soins.

Le système de santé portugais est souvent cité en exemple : il est classé parmi les meilleurs au monde et la première ligne de ce système est considérée comme une des plus performantes. Les USF offrent des soins à plus de la moitié de la population (environ 500.000 personnes). Mais le Portugal affronte une crise financière qui place le pays dans une situation difficile. Cette situation fait peser de fortes contraintes sur le système de santé.

En Belgique francophone, le nombre de pratiques de groupe pluridisciplinaires augmente, mais elles sont très hétérogènes étant donné les lacunes du cadre organisationnel. En effet, si les pouvoirs régionaux peuvent agréer les associations de santé intégrées (ASI) en fonction de critères établis par décret, ceci n'empêche pas des professionnels de se regrouper sur de tout autres bases – et de se nommer « maison médicale » : l'appellation n'est pas déposée et elle peut donc recouvrir des pratiques très hétérogènes. En effet, la question de la labellisation des pratiques se pose au sein de la Fédération des maisons médicales, au moment où la régionalisation des soins de santé permet de définir des pistes de développements futures.

1. Pour que les comparaisons présentées ici aient du sens, nous ne considérons dans cet article que les structures reconnues par la Fédération des maisons médicales.

Similitudes et différences

La comparaison entre les USF portugaises et les associations de santé intégrées belges sont présentées en page précédente et suivante en deux tableaux : le premier porte sur les modalités organisationnelles générales, le second sur les pratiques.

Public et privé : des modes de gestion différents

Le modèle USF portugais est clairement défini, avec une gradation de la reconnaissance en fonction de critères organisationnels et d'un système *pay-for-quality*. En Belgique francophone, les pouvoirs régionaux donnent un agrément aux associations de santé intégrées (ASI) en fonction de critères précisés par décret².

Les USF sont des structures publiques : les travailleurs, y compris les médecins, sont des fonctionnaires de l'État travaillant en tant que salariés dans le système de santé national, qui est public et financé par les impôts au bénéfice de tous.

En Belgique, la médecine générale repose sur une pratique libérale et les maisons médicales sont des initiatives privées. Le lien des maisons médicales avec l'État concerne principalement le mode de rémunération (forfait ou acte) avec l'INAMI et la reconnaissance en tant qu'association de santé intégrée par les pouvoirs régionaux.

La Fédération des maisons médicales prône l'autogestion ; ce type d'organisation est mis en pratique selon des modalités variables dans les maisons médicales affiliées. Tous les aspects de la gestion sont présents dans chaque centre : il y a peu de mutualisation entre différentes structures. Au Portugal par contre, la gestion des centres de santé est centralisée ; toutefois la réforme de 2005 a introduit, en échange de la contractualisation en tant qu'USF, un certain degré de décentralisation décisionnelle et d'autonomie au niveau de la gestion financière. La marge de manœuvre reste cependant limitée, même dans les USF de type B ; par exemple, l'engagement d'un nouveau travailleur est une décision centrale, qui ne prend pas en compte l'avis de l'équipe.

La mutation des centres publics pré-existants vers le modèle USF A ou B (réforme de 2005) n'est pas imposée et nécessite une adhésion volontaire des travailleurs des structures. La proposition a été massivement sui-

2. Rappelons que d'autres types de regroupements professionnels existent sous l'appellation « maison médicale » mais que nous ne considérons dans cet article que les structures reconnues par la Fédération des maisons médicales.

Tableau 2 : modes de pratique, similitudes et différences

	Unidade de Saude Familiar	Maisons médicales ou Association de Santé Intégrée
Taille de la patientèle	De 4000 à 18000	2270 patients en moyenne (Fédération des maisons médicales - données 2011).
Compétences professionnelles de base	Médecin-infirmier-secrétaires cliniques. Actifs en Triade pluridisciplinaire.	Médecin-infirmier- accueil (=minimum pour une association de santé intégrée , non déterminé pour les maisons médicales non agréées par les pouvoirs publics).
Autres professions	Kinésithérapie en services privés conventionnés (co-financé par l'Etat). Psychologue en soutien d'équipe ou 2 ^{ème} ligne, pour plusieurs USF. Idem pour assistant social ou diététicien. Médecins spécialistes en appui.	Personnel administratif et kinésithérapeute(s) intégré(s) à l'équipe (majorité des équipes). Assistant(e) social(e), psychologue, diététicien, gestionnaire. Pas ou peu de mutualisation.
Taille de l'équipe	19,8 travailleurs en moyenne. 6,8 médecins, 6,8 infirmières, 5,8 secrétaires médicaux. Critères minimaux de volume de patientèle : 1 med/1750 patients (1900 pour un jeune médecin), 1 inf/1500 patients et 1 secrétaire/>2000 patients ; en augmentation depuis plusieurs années.	14-15 travailleurs en moyenne. Actuellement, on observe 1,7 équivalent temps plein (ETP) med, 0,6 ETP infirmier et 0,6 ETP kiné pour 1000 habitants dans les maisons médicales ; donc en moyenne 3, 9 ETP médecins, 1,3 ETP inf et kiné par structure. Pas de critères définis de volume de patientèle.
Activités cliniques	Intégration santé de l'enfant et de la femme enceinte, et planning familial au sein de l'USF. Echelonnement : passage obligé par le médecin généraliste avant l'accès à la seconde ligne. Un hôpital général de référence principal par USF.	Peu ou pas d'intégration avec des structures spécialisées de 1 ^{ère} ligne (ONE, planning familial, centre de santé mentale...) Coordination avec la 2 ^{ème} ligne peu structurée, si ce n'est l'obligation de transmission des rapports médicaux.
Dossier médical	100% informatisé	Mixte (majoritairement informatisé)
Accès au domicile	En moyenne 2h/domicile par semaine par médecin.	Proportion de visite à domicile varie de 4% à 40% suivant les maisons médicales.
Accessibilité horaire et permanence des services	Minimum 8-20h. L'équipe dispose de 24h pour donner réponse à une demande de domicile. Gardes non obligatoires de 20h-24h (jour ouvrables) et 9h-21 (we) (La nuit, les patients vont aux urgences des hôpitaux).	Minimum 10h/jour d'accueil. Rôle de garde médecin/kiné/infirmier obligatoire pour chaque maison médicale/association de santé intégrée + participation obligatoire au rôle de garde médical communal.
Formation médicale continue	Conseil technique constitué d'un Duo de med/inf. Formation médicale continue pour Médecin/Infirmier/Secrétaire clinique ensemble, au sein de l'USF ; sans accréditation. Formations pour chaque secteur individuel et formation en équipe.	Laisser à l'appréciation de l'équipe. Formation médicale continue externalisée pour les médecins. Peu de formation intégrée.
Type de patientèle	Grande hétérogénéité de la population Implantation majoritairement urbaine de USF A-B.	Pas de sélection à l'inscription ; mais observation d'une population plus jeune, plus défavorisée, plus malade ; lien avec la zone d'implantation (majoritairement urbain).
Participation communautaire	Variable suivant les centres.	Variable suivant les centres.
Lieu de formation	Lieu de stage fréquent pour les différentes professions présentes.	Lieu de stage fréquent pour les différentes professions présentes.

vie : 10 ans après la réforme, environ 400 USF couvrent près de la moitié de la population portugaise, avec un ancrage principalement urbain. Situation toute différente en Belgique : près de 40 ans après l'ouverture de la première maison médicale, les territoires wallon et bruxellois ne comptent qu'une centaine de maisons médicales, couvrant 4% de la population.

Modes de financement

L'enveloppe financière totale par USF de type B augmente selon le type d'activités réalisées et l'atteinte d'objectifs pour certains indicateurs ciblés ; prévention, suivi de patients diabétiques, activités de planning familial, suivi de grossesse suivant les recommandations, suivi d'un enfant lors de sa première année... Ce système de *pay for performance* bénéficie à tous les professionnels. Les centres peuvent recevoir des suppléments, associés à un créneau horaire d'ouverture élargi, à la taille de la patientèle ainsi qu'à son âge (facteur de pondération 2,5 pour les personnes de plus de 75 ans). La situation est différente en Belgique ; si le forfait bénéficie aussi d'une certaine forme de pondération, celle-ci est principalement reliée à des caractéristiques médicales et sociales de la population inscrite et non au type d'activités réalisées.

Quelle intégration des soins ?

Les USF reposent majoritairement sur une équipe plus étoffée et des zones d'action plus étendues que les maisons médicales ; en parallèle, le nombre de travailleurs est plus élevé, avec des équipes avoisinant 20 personnes. Il existe cependant dans les maisons médicales belges des équipes de taille équivalente pour une patientèle plus réduite : en effet, la Belgique autorise le temps partiel contrairement au Portugal, et les travailleurs de maisons médicales choisissent souvent cette formule.³

La triade professionnelle médecin-infirmier-secrétaire clinique est à la base des USF. Chaque patient dispose d'une combinaison fixe de soignants qui le connaissent et qui se connaissent. Cela permet de développer une dynamique de travail spécifique à chaque équipe, basée sur la confiance et la connaissance interpersonnelle et interprofessionnelle, ce qui facilite la coordination clinique. Des programmes de formation continue partagée viennent compléter ce travail d'équipe. En Belgique, bien que la formule pluridisciplinaire existe depuis le

3. Par exemple la maison médicale Saint-Léonard compte près de 21 travailleurs pour 2400 patients, avec seulement 5 temps-plein dont 3 pour des soignants.

début des maisons médicales, l'interdisciplinarité ou la coprofessionnalité, (la confusion des termes employés est symptomatique de sa faible pénétration) piétinent au stade de « projets pilotes » ou de discussions plus ou moins animées, sans arriver à une structuration plus importante dans les centres ou dans le cadre légal général de chaque profession.

On remarquera que les USF ne disposent pas d'autres professionnels de 1^{ère} ligne que les médecins et infirmières, contrairement aux maisons médicales ; celles-ci, complètent souvent leur équipe de base (Médecin-Kiné-Infirmier-Accueil) par d'autres professionnels en contact direct avec le patient. La voix choisie au Portugal est plutôt l'intégration avec le réseau existant que la re-création du réseau en intra-muros.

La 1^{ère} ligne de soins portugaise a une réelle place au sein du système : sa complémentarité avec les structures spécialisées est reconnue et indiscutable. Les activités de soins développées au sein des USF sont définies dans un panier minimal de soins. Elles reprennent toutes des activités caractéristiques de la première ligne de soins qui ont, depuis plusieurs années, quitté les cabinets de consultation du médecin généraliste belge : suivi des nouveau-nés, suivi de grossesse... En Belgique, ces activités ont été organisées en services ad hoc (Office National de l'Enfance, planning familial) et institutions assez hermétiques au partage d'informations avec le médecin généraliste.

Alors que le débat fait rage dans le milieu de la médecine générale belge, il est intéressant de remarquer que la permanence de soins au Portugal repose sur une accessibilité augmentée des USF en journée (jusque 20h), des gardes non obligatoires jusqu'à minuit et le recours aux urgences hospitalières pour la nuit profonde pour des cas triés à la source par des infirmiers spécialisés.

La qualité face aux politiques d'austérité

Le modèle portugais d'organisation de la 1^{ère} ligne de soins a souvent été montré en exemple pour les autres systèmes de santé : meilleurs résultats pour un coût moindre. En 2014, le Portugal dépensait 2037 euros par habitant pour la santé ; la Belgique, 5093 - avec une espérance de vie comparable.

La situation financière du Portugal a apporté son lot de mesures correctrices, dictées de près ou de loin par la Troïka (Fonds monétaire international - Banque mondiale - Union européenne), et le système de santé n'a pas échappé à la pression. Il a été demandé - surtout imposé - aux USF et à leurs soignants, de réaliser des

économies d'échelle : augmentation des patientèles par soignant (avec le même salaire) et donc diminution du temps de consultation par patient (une consultation de médecine générale doit être réalisée en 7 minutes). De plus, les termes de la contractualisation avec l'Etat permettant la création de nouvelles USF de type B (avec reconnaissance financière) ont été durcis, avec une hausse des exigences pour les équipes demandeuses : elles doivent fournir des garanties organisationnelles et des résultats significatifs avant que leur candidature ne soit prise en compte pour bénéficier des valorisations financières.

Leçons à tirer

Les USF et les maisons médicales ont le même ADN : une équipe pluridisciplinaire de soignants de 1^{ère} ligne, travaillant avec une liste de patients attribués (pour les maisons médicales, via le forfait ou le Dossier médical global), assurant les soins de santé primaires sur une zone déterminée. Les similitudes sont nombreuses, mais les divergences sont marquantes et la comparaison interpelle.

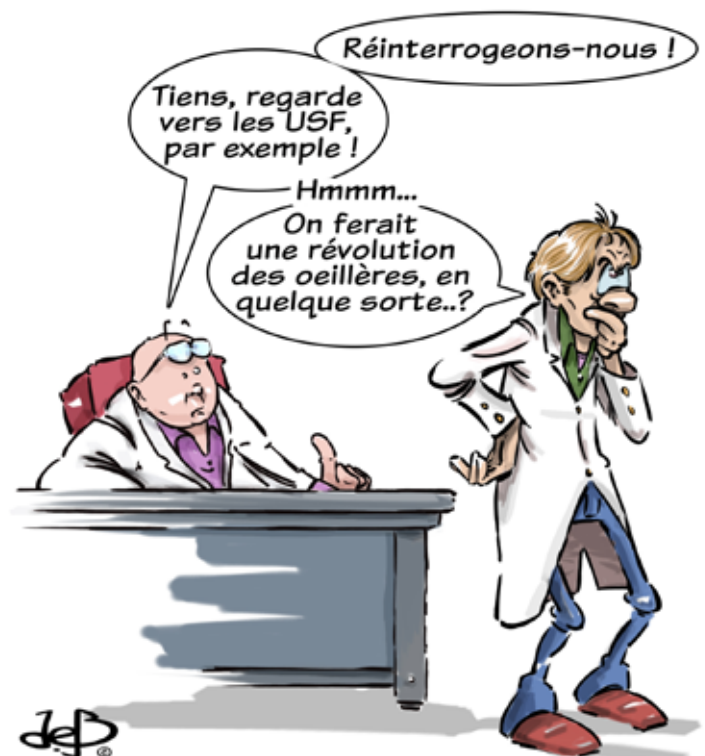
Certaines différences s'expliquent par la structuration des systèmes de santé qui les chapeautent : la 1^{ère} ligne de soins portugaise est incontournable et les USF offrent un panier minimal de soins complets, en articulation avec les structures hospitalières. En Belgique par contre, alors que tout le monde s'accorde sur la pertinence des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaire, le système existant reste « faible » : la pratique en 1^{ère} ligne est en majorité soliste et monodisciplinaire, la pratique au forfait est minoritaire, la 1^{ère} ligne de soins n'est pas une porte d'entrée reconnue dans le système de santé et son champ d'action est amputé par d'autres services de 1^{ère} ligne, axés notamment sur la prévention (et la plupart du temps fonctionnant avec des médecins généralistes !). Les maisons médicales sont le (presque) parfait contre-poids de cette médecine générale, et en ce sens elles se rapprochent des USF. Mais elles doivent composer avec des éléments structurels du système de santé qui ne mettent pas leur pratique en valeur.

Au Portugal, la réforme de 2005 a représenté une certaine forme de libéralisation du système, avec une autonomie des équipes négociée ; l'explosion du nombre d'USF dès 2005 laisse penser que cela répondait à un besoin des travailleurs de santé fonctionnaires. Le mouvement inverse s'observe en Belgique : des centres de santé (presque) totalement libres sont nés de manière spontanée, et le service public tente d'y apposer un cadre réglementaire minimal (par le biais de la reconnaissance ASI). Cette réglementation « a posteriori »

rencontre, au sein des maisons médicales existantes, et peut freiner les travailleurs tentés de choisir ce modèle d'organisation.

Au Portugal, le système de paiement à la performance a favorisé l'adoption du modèle USF de type B qui valorise financièrement les équipes et les travailleurs. Pour y accéder, les USF doivent compiler une quantité importante d'informations, qui vire presque à l'excès... En Belgique, les trajets de soins, la formule DMG+, etc. sont les premières manifestations du système paiement à la performance. Le risque inhérent à ce système de rétribution est la tentation de concentrer la pratique clinique sur les activités de soins entraînant une valorisation financière, et de délaisser les autres ; le choix des indicateurs à atteindre est donc une question cruciale pour éviter cette dérive.

L'USF est un modèle déposé, cadré et défini par une réglementation claire. Ce n'est pas le cas en Belgique ; dès lors, quand des habitants de Libin, Verviers, Seraing, Charleroi ou Bruxelles parlent de « maison médicale », ils ne parlent pas de la même chose. Dans quelle mesure l'absence de cadre clair pour la définition d'une « maison médicale » a-t-elle joué un rôle dans la faible



Les membres adhérents doivent répondre concrètement et simultanément, à chacun des quatre premiers critères suivants :

- ◆ L'adhésion formalisée de l'ensemble de l'équipe à la charte et aux statuts de la Fédération des maisons médicales ;
- ◆ Un travail en équipe pluridisciplinaire non hiérarchisée constituée de minimum trois personnes y ayant le même pouvoir de décision, dispensant des soins de santé de première ligne globaux, intégrés, continus et accessibles ;
- ◆ Un engagement concret dans la recherche et/ou l'expérimentation d'un mode de financement optimal des travailleurs de santé de première ligne, et dans la recherche d'une meilleure répartition des ressources de l'équipe, le plus justement possible partagées entre tous les travailleurs dans une perspective autogestionnaire ;
- ◆ Une option claire en faveur de la réappropriation de la santé par la population, considérant la personne comme partenaire dans la gestion de sa santé.

Chacun des membres adhérents bénéficie d'une seule voix délibérative.

Membres effectifs

Les membres effectifs doivent en outre répondre aux cinq critères supplémentaires suivants :

- ◆ Etre constitué en asbl ;
- ◆ Un engagement concret de l'équipe dans les luttes sociales en rapport avec la santé ;
- ◆ Un travail concret dans le domaine de la promotion de la santé ;
- ◆ La collaboration à un travail collectif d'évaluation ;
- ◆ L'autonomie de l'équipe soignante quant à ses choix idéologiques et à la détermination de ses objectifs.

adhésion des travailleurs et des patients à ce modèle présent chez nous depuis plus de 40 ans ? Cela devrait nous pousser à définir les éléments majeurs qui représentent les spécificités des maisons médicales affiliées à la Fédération des maisons médicales ; en ce sens, le projet LABEL vise à renforcer l'identité des maisons médicales et à donner au mouvement une visibilité centrée sur la qualité⁴.

D'autres points saillants de la comparaison peuvent nous interpeller et nous mettre en action, en tant que travailleurs impliqués dans la gestion des maisons médicales. Ainsi, la gestion des USF est centralisée par défaut et décentralisée à partir d'un niveau d'exigence défini à atteindre ; dans les maisons médicales, la gestion est, par défaut, interne, peu ou pas professionnelle. La mutualisation entre structures en est à ses premiers pas dans certains intergroupes ; elle pourrait porter sur certains aspects de la gestion (gestion des contrats ou du parc informatique) ou des soins (compétences spécifiques en kinésithérapie par exemple). Cela permettrait une économie d'échelle et un allègement du temps passé en gestion sans pour autant nuire à la mission première de prestation de soins. La professionnalisation de la fonction de gestionnaire est aussi en voie d'organisation en Belgique avec la création d'une filière de formation spécifique (Master en management des entreprises sociales à l'université de Liège par exemple) ; une proportion croissante d'équipes y font appel.

La lourdeur de l'autogestion et/ou la faible professionnalisation qui peut parfois l'accompagner ne doit pas en faire oublier les vertus. La question de l'étendue des compétences décentralisées et du pouvoir de décision des travailleurs peut aussi s'enrichir de l'exemple portugais. Ce dernier nous enseigne que, quand la gestion n'inclut pas ou peu les travailleurs ou est totalement coupée des réalités qu'ils vivent, elle est contre-productive voire toxique.

Dans les USF, la titularisation des patients est forte et repose sur une triade de 3 professionnels développant des complémentarités fonctionnelles au service d'un patient. Dans nos maisons médicales, c'est plutôt le manque de personnalisation du soin qui est souvent dénoncé et associé à la pratique de groupe au forfait par les défenseurs de la pratique soliste à l'acte et par une partie du grand public. Une meilleure communication sur ces aspects est probablement nécessaire ; mais des mesures structurelles devraient aussi être mise en place pour favoriser la « titularisation » d'une patientèle

4. <http://www.maisonmedicale.org/-Label-.html>

parfois plus fidélisée à la maison médicale qu'à l'un de ses soignants.

Il reste une autre leçon à tirer de l'exemple portugais et de son évolution récente dans le contexte de la crise économique. Le modèle USF ayant prouvé son efficacité (qualité/coût), il a été mis sous pression dans le but de réaliser des économies d'échelle : on en demande plus avec le même dispositif de base. Les soignants sont placés dans des conditions de travail critiques qu'il leur est difficile de supporter dans la durée : il s'ensuit un risque majeur de diminution de la qualité de soins. Victime de son succès, l'USF est actuellement même en danger pour des raisons économiques. Ou comment casser (ou se faire casser) son plus beau jouet...

Les maisons médicales ont encore un potentiel de développement et d'innovation important qui pourrait s'inscrire dans la voie empruntée par les USF : les leviers sont nombreux... mais plutôt aux mains des décideurs politiques. Il est dès lors primordial de défendre notre modèle, dont les nombreuses vertus sont bien reconnues. A l'heure où la régionalisation des soins de santé s'opère, il existe une chance inédite de redéfinir un projet global et ambitieux pour les soins de santé, notamment la place de la 1ère ligne de soins dans le système de santé. Chaque structure garde aussi une marge de manœuvre importante pour améliorer le fonctionnement des pratiques et continuer à jouer le rôle novateur qui a caractérisé les premières maisons médicales dans le sillon du Groupe d'Etudes pour Réforme de la Médecine. ■