

La pratique du paiement à l'acte en maison médicale

*Recherche participative
en éducation permanente*

Pauline Gillard

Décembre 2020

Table des matières

Introduction.....	4
1. Les modes de financement des soins de santé de première ligne.....	5
<i>Les critères de qualité des soins de santé primaires.....</i>	6
<i>Le paiement à l'acte.....</i>	6
<i>Le forfait à la capitation.....</i>	6
<i>Répartition et cartographie des maisons médicales (FMM) au forfait et à l'acte en Wallonie et à Bruxelles.....</i>	7
2. Recherche participative.....	8
<i>Objectifs de la recherche.....</i>	8
<i>Questions de recherche.....</i>	8
<i>Méthodologie.....</i>	8
<i>Limites de la recherche.....</i>	9
3. Le choix de l'acte.....	10
4. Le fonctionnement des maisons médicales à l'acte.....	11
<i>L'organisation des maisons médicales à l'acte.....</i>	11
Equipe pluridisciplinaire.....	11
Statuts des travailleurs.....	11
Financement de la maison médicale et politique salariale.....	11
Gestion de la maison médicale et pouvoir décisionnel.....	12
<i>La patientèle des maisons médicales à l'acte.....</i>	13
Accessibilité de la maison médicale.....	13
Projets de santé communautaire.....	13
<i>Le réseau des maisons médicales à l'acte.....</i>	14
Relations avec les autres professionnels de santé.....	14
Collaborations et partenariats.....	14
5. Le passage au forfait.....	15
6. Liens avec la FMM.....	17
Bénéfices de l'affiliation à la FMM.....	17
Attentes et recommandations à l'égard de la FMM.....	17
Conclusion.....	18
Bibliographie.....	19

Préambule

Cette recherche participative est le fruit d'un travail collectif mené pendant une année avec des travailleurs de maisons médicales à l'acte, principalement des gestionnaires et des médecins généralistes. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur implication continue tout au long du processus de recherche et le partage de leurs savoirs, tout en préservant leur anonymat. Nous remercions également nos collègues de la FMM pour leurs pistes de travail, leur soutien et leur relecture du présent rapport : Claire Vanderick, ancienne gestionnaire d'une maison médicale à l'acte et coordinatrice de l'intergroupe Semois-Ourthe-Lesse-Lomme (IGSOL), France Defrenne, chargée de projets en éducation permanente, Patrick Jadouille, chargé de projet pour l'aide au développement des nouvelles maisons médicales et Fanny Dubois, secrétaire générale de la FMM.

Introduction

Contrairement aux deux autres fédérations actives en Wallonie et à Bruxelles¹, la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMM) a pour particularité de rassembler tant des maisons médicales financées au forfait que des maisons médicales financées à l'acte. Cette diversité constitue une richesse pour l'ensemble des acteurs, mais elle peut être aussi une source de tensions.

Aujourd'hui, la FMM fédère cent vingt-trois maisons médicales, dont nonante-huit financées au forfait et vingt-cinq à l'acte. Les maisons médicales à l'acte sont donc sous-représentées par rapport aux maisons médicales au forfait. Cette répartition inégale des deux types de structures est intrinsèquement liée à l'histoire du mouvement qui, dès sa constitution, a plaidé en faveur d'un mode de financement alternatif au paiement à l'acte au sein des structures de soins de première ligne afin de mettre en œuvre un système de santé privilégiant la promotion de la santé, la prévention, l'éducation à la santé, la globalité, la qualité, etc.

Actuellement, la FMM continue à promouvoir le financement forfaitaire des institutions de soins de santé primaires et soutient le passage de l'acte au forfait des structures qu'elle fédère. Elle veille aussi à prendre en compte les besoins de tous ses membres et à fonder son plaidoyer politique sur les valeurs et objectifs qui les unissent, quel que soit leur mode de financement.

Il arrive pourtant que des maisons médicales à l'acte questionnent la place qui leur est réservée au sein du mouvement et mettent en cause les représentations qui circulent à leur propos : accueil d'une patientèle plus aisée, recherche du profit au détriment de la qualité des soins, etc. Les professionnels de santé des structures financées à l'acte pointent aussi la méconnaissance de leurs réalités de travail et de leur engagement à offrir des soins de première ligne accessibles à l'ensemble de la population.

A travers cette recherche participative, la FMM a pris le temps d'aller à la rencontre de professionnels et de pratiques qui s'estiment en retrait des préoccupations de la Fédération et de comprendre avec les principaux concernés les raisons qui les ont incités à opter pour ce mode de financement, de comprendre également les réalités de travail qui leur sont propres et leurs besoins spécifiques. Il s'agit également d'analyser les enjeux qui sous-tendent ces réalités.

¹ Médecine pour le peuple – un regroupement de 11 maisons médicales au forfait organisé par le Parti du travail de Belgique (PTB) – et la Fédération des pratiques forfaitaires (FEPRAFO) – un regroupement de 21 maisons médicales au forfait.

1. Les modes de financement des soins de santé de première ligne

L'assurance maladie-invalidité comprend deux modes de financement des soins de santé de première ligne : le financement à l'acte et le financement au forfait. Sous-tendus par des conceptions idéologiques différentes (médecine libérale vs médecine sociale), ces modes de financement sont pensés dans le cadre de la conception de la sécurité sociale instituée, au sortir de la seconde guerre mondiale, à la suite de luttes ouvrières revendiquant l'institution d'un système d'assurances sociales obligatoires et d'un projet de pacte social négocié clandestinement pendant la guerre entre le patronat et les syndicats.²

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 institue la sécurité sociale obligatoire pour tous les travailleurs salariés et modifie fondamentalement la manière de penser la société.³ Tandis que la responsabilité individuelle et la charité prévalaient, la sécurité sociale organise la solidarité de la collectivité face aux risques professionnels (accident, maladie, chômage...) à travers le prélèvement de cotisations sociales sur les revenus du travail. Dans la foulée, l'arrêté-loi du 21 mars 1945 institue l'assurance maladie-invalidité et organise la prise en charge partielle du coût des soins de santé par la sécurité sociale.

Si le forfait, comme mode de financement et moyen de contrôler les dépenses, avait déjà été pensé dès 1945, il faut attendre 1963 pour qu'il soit transcrit dans la loi Leburton sur l'art de guérir.⁴ Cette loi ne prévoyait cependant pas les modalités d'application du paiement forfaitaire. Dès lors, quand les premières maisons médicales ont vu le jour au début des années 1970, leurs prestataires n'ont eu d'autre choix que d'être rémunérés à l'acte pour les soins qu'ils dispensaient.

Considérant que le paiement à l'acte va potentiellement de pair avec une approche essentiellement curative, un manque de continuité et une surconsommation des soins, le mouvement des maisons médicales a porté la revendication d'un financement alternatif d'une première ligne qui se veut accessible, globale, continue et intégrée (voir encadré ci-dessous). Pierre Grippa, médecin généraliste et co-fondateur du mouvement des maisons médicales, relate : « *Le mode de financement à l'acte, privilégiant le colloque singulier (sans dimension collective), la nomenclature curative (n'intégrant pas la prévention, la globalité et le psychosocial) et l'intervention ponctuelle (sans continuité) se révèle, pour certains, de plus en plus comme un obstacle à la réalisation optimale des objectifs sanitaires poursuivis.* »⁵

La voix des maisons médicales est finalement entendue à la fin des années 1970, au sortir de deux conflits sociaux qui opposèrent à quinze ans d'intervalle les Chambres syndicales des médecins et le gouvernement à propos de mesures visant notamment à aligner les honoraires médicaux sur les remboursements par les organismes assureurs (1964) et à limiter le pouvoir décisionnel du corps médical (1979)⁶. Après l'échec de cette deuxième grève des médecins, un groupe de travail composé de médecins et de représentants des mutualités et des syndicats se constitue pour élaborer le système de financement forfaitaire, institué par le comité de gestion des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) en juillet 1982 et mis en œuvre pour la première fois en 1984.⁷

² P. Reman, « L'importance de la sécurité sociale en Belgique : fondements historiques et enjeux actuels », *Santé conjuguee*, n°35, 2006.

³ M. Alaluf, « Protection sociale et citoyenneté ? », *Être et devenir citoyen*, 2009, www.enseignement.be.

⁴ P. Grippa, « Acte ou forfait ? Petit historique d'une confrontation », *Santé conjuguee*, n°3, janvier 1998.

⁵ Idem

⁶ M. Mormont et M. Roland, « 1945-1990 : Maisons médicales, semailles et germination », *Politique*, n°101, septembre 2017.

⁷ Fédération des maisons médicales, *Histoire des maisons médicales en Belgique francophone*, 2007, <https://www.maisonmedicale.org/Histoire-des-maisons-medicales.html>.

Les critères de qualité des soins de santé primaires

La globalité : « *La globalité articule la santé et le social : elle consiste à envisager l'ensemble des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels ; une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre adéquatement.* »

L'intégration : « *L'intégration articule le curatif et le préventif. Elle peut se traduire de deux manières : la coexistence dans le même service d'activités curatives, préventives, d'éducation santé, de revalidation, et/ou la coordination avec d'autres services. Elle se traduit à la fois au niveau individuel, notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités des contacts curatifs [...] et au niveau collectif de la population prise en charge.* »

La continuité : « *La continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération au moment adéquat par les dispensateurs appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé ; la responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même, et permet de prendre, à chaque étape des processus de soins, les bonnes décisions aux bons moments. Par exemple, si un patient présente une allergie médicamenteuse, cette information doit être connue par tout intervenant amené à le prendre en charge.* »

L'accessibilité : « *L'accessibilité fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables.* »⁸

Le paiement à l'acte

Il s'agit du mode de financement des soins de première ligne le plus répandu en Belgique. Les professionnels de santé perçoivent un honoraire pour chaque acte (consultation, visite, etc.) qu'ils prestent. Dans ce système, deux cas de figure peuvent se présenter : soit le patient s'acquitte du montant total au moment de la prestation et il se fait ensuite rembourser une partie du montant par sa mutualité selon le tarif conventionnel⁹ (seul le ticket modérateur ou quote-part personnelle reste à sa charge) ; soit le patient s'acquitte uniquement du ticket modérateur et le prestataire transmet l'attestation de soins à l'organisme assureur qui lui paye directement le tarif conventionnel pour la prestation concernée. Ce deuxième cas de figure est le système du tiers-payant qui permet au patient de ne déboursier que le montant réellement à sa charge.

Le forfait à la capitation

Ce système de paiement est basé sur un contrat tripartite entre le patient, sa mutualité et une maison médicale. Il permet à un patient inscrit dans une maison médicale de bénéficier des soins administrés par un médecin généraliste et/ou un kinésithérapeute et/ou un infirmier sans contribution financière personnelle. Chaque mois, la mutualité paie une somme fixe par patient inscrit, indépendamment du nombre de contacts établis entre le patient et la maison médicale. En contrepartie, le patient s'engage à n'aller consulter que dans ce centre de soins intégrés pour ses soins généraux de première ligne (soins « MKI » pour médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers), sauf en cas d'indisponibilité des prestataires concernés.

Conformément au règlement adopté par l'INAMI en 1982, tandis que les patients inscrits dans une maison médicale au forfait s'engagent à s'y rendre pour les soins de première ligne qui y sont dispensés, les prestataires de soins qui optent pour le forfait ne peuvent pratiquer à l'acte en dehors de la maison médicale dans laquelle

⁸ M. Roland et al., « L'assurance de qualité et le médecin de famille », *Archives of Public Health*, n°59, 2001, cité par M. Prévost et M. Roland, « Les critères de qualité : tout le monde en parle... », *Santé conjugulée*, n°21, juillet 2002.

⁹ La part de l'honoraire remboursée par la sécurité sociale est négociée dans les commissions de conventions ou d'accords de l'INAMI entre les mutualités et les différents groupes de prestataires de soins (médecins, dentistes, paramédicaux, établissements de soins, etc.).

ils travaillent¹⁰ (excepté dans les circonstances particulières d'une garde ou d'une urgence)¹¹. Cette « double exclusive » vise à éviter de sélectionner les patients dans l'un ou l'autre mode de financement en fonction de leur état de santé.

Répartition et cartographie des maisons médicales (FMM) au forfait et à l'acte en Wallonie et à Bruxelles

Aujourd'hui, une large majorité (80%) de maisons médicales affiliées à la FMM sont financées au forfait. Toutefois, les maisons médicales à l'acte représentent une proportion non négligeable et celle-ci a augmenté au cours des dernières années, passant de 12% en 2012 à 20% actuellement. Et, d'après l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), les maisons médicales récemment créées en Région wallonne fonctionnent plus souvent à l'acte¹².

A l'analyse de la cartographie des maisons médicales à l'acte de la FMM, il s'avère que leur répartition géographique n'est pas homogène dans les régions wallonne et bruxelloise. Ces structures sont davantage implantées dans la Province du Luxembourg et, dans une moindre mesure, dans le Brabant wallon et la région de Charleroi. A l'inverse, les provinces de Liège, de Hainaut (excepté la région de Charleroi), de Namur et la région bruxelloise se composent d'une proportion bien plus faible de maisons médicales à l'acte.

¹⁰ Toute activité qui ne nécessite pas de rédiger des attestations de soins avec des codes MKI ambulatoire (hors garde) est autorisée (ex : consultations d'un médecin généraliste à l'ONE, infirmière travaillant dans un hôpital).

¹¹ D'autres exceptions sont prévues dans la loi : les consultations dans un centre de planning familial, dans un centre de santé mentale/toxicomanie, dans un centre d'hébergement pour des femmes maltraitées et la prise en charge de touristes résidant temporairement dans une zone reconnue comme touristique. Elles doivent faire l'objet d'une demande préalable à la Commission chargée des accords forfaitaires à l'INAMI.

¹² Cl. Van Tichelen, *Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?*, Rapport de recherche de l'IWEPS n°32, 2019, www.iweps.be.

2. Recherche participative

Le décret relatif au développement de l'action d'éducation permanente dans le champ de la vie associative, modifié en novembre 2018, offre désormais la possibilité aux associations reconnues dans l'axe 3 du décret (« Services, outils et recherches ») de mener des recherches participatives d'un point de vue critique sur des thèmes de société.

Une recherche participative est définie comme une « *recherche réalisée par et avec les membres participants de l'action à tous les stades de la recherche, de sa conception à sa mise en débat dans l'espace public* ». ¹³

Pour mener cette recherche, nous avons veillé à impliquer collectivement les participants tout au long du processus (choix de l'objet et de la méthode de recherche, formulation de la question de recherche, présentation et mise en débat public des résultats).

Objectifs de la recherche

L'objectif de la recherche est de comprendre avec les principaux concernés les raisons qui incitent des maisons médicales à opter pour le financement à l'acte de leur équipe, de comprendre également leurs modes d'organisation, leurs réalités de travail et leurs besoins spécifiques.

A travers cette recherche, nous nous donnons aussi pour objectif d'aller à la rencontre de professionnels et de pratiques qui s'estiment en retrait des préoccupations de la Fédération et de mettre en lumière leurs spécificités, parfois méconnues tant à l'intérieur de notre mouvement qu'à l'extérieur. Ce sentiment de « marginalisation » justifie qu'une réflexion collective soit lancée avec les acteurs concernés pour tendre vers une meilleure compréhension de leurs réalités et travailler à la transformation de cette marginalité.

L'enjeu de la recherche n'est pas de réalimenter la division entre maisons médicales à l'acte et au forfait. Au contraire, notre démarche vise à mettre en évidence leur appartenance à un même système assurantiel qui mise sur la solidarité pour garantir l'accessibilité des soins de santé de première ligne. Dans cette recherche, nous considérons l'acte et le forfait comme des outils mis au service d'une même finalité : le développement de soins de santé primaires globaux, intégrés, continus et accessibles.

Questions de recherche

Notre question de recherche s'énonce comme suit : *Pour quelles raisons des maisons médicales optent pour le financement à l'acte de leur équipe ?*

D'autres questions traversent cette recherche participative :

- Comment fonctionnent les maisons médicales à l'acte ?
- Qu'est-ce qui les distingue des maisons médicales au forfait ?
- Quelles raisons incitent des maisons médicales à poursuivre le financement de leurs activités au moyen de l'acte ?
- Des maisons médicales à l'acte envisagent-elles de passer au forfait ? Quelles sont leur motivation ? Quels freins rencontrent-elles ?

Méthodologie

Les assemblées générales de la FMM constituent l'un des lieux de débat démocratique dans lesquels s'expriment les tensions vécues par ses membres. A plusieurs reprises, des soignants de maisons médicales à l'acte ont

¹³ Service de l'éducation permanente, *Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 30 avril 2014 modifié le 2 mai 2019*, 2019, http://www.educationpermanente.cfwb.be/index.php?elD=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=709fc68d3d0eba7eb4a0db2f1174f04c1b6d079e&file=fileadmin/sites/edup/upload/edup_super_editor/edup_editor/document_s/Marine/EP_ARRETE_2014_COORDONNE2020.pdf.

questionné la place qui leur est réservée et ont pointé la méconnaissance de leurs réalités de travail et de leur engagement à offrir des soins de première ligne de qualité à l'ensemble de la population. Il est sain que ces tensions s'expriment et qu'elles soient entendues. Ainsi, est née la volonté de mener cette recherche sur les maisons médicales à l'acte en sollicitant la participation active des principaux concernés.

Afin de mieux cerner les particularités de ces structures, une rencontre a été organisée en décembre 2019 dans l'intergroupe Semois-Ourthe-Lesse-Lomme (IGSOL) composé en grande majorité de structures financées à l'acte (six maisons médicales sur huit). A cette occasion, Meike Brodersen, ancienne chargée d'études en éducation permanente à la FMM, a recueilli des données sur leur organisation, leurs représentations du monde, leurs difficultés et leurs besoins.

Au cours du premier semestre de l'année 2020, nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs avec quatre gestionnaires, deux médecins généralistes et une assistante sociale de maisons médicales à l'acte situées en Région bruxelloise, dans le Brabant wallon, dans les provinces de Hainaut, de Namur et du Luxembourg. Nous préservons l'anonymat des personnes interviewées en ne mentionnant ni leur nom, ni celui de l'institution dans laquelle elles travaillent. Ces entretiens nous ont permis de cerner la problématique, de formuler, avec les principaux concernés, les questions de recherche et de poser des choix méthodologiques.

Parallèlement à ces entretiens, nous avons entamé la rédaction du présent rapport de recherche en l'alimentant au fur et à mesure des données recueillies sur le terrain. Cette méthode de travail nous a permis d'enrichir la recherche d'autres points de vue et de bénéficier du retour critique de professionnels engagés ou non dans des structures financées à l'acte.

Nous avons également organisé un focus group par visio-conférence qui a réuni le 12 novembre 2020 quatre coordinatrices de maisons médicales à l'acte situées dans les provinces de Hainaut, de Namur et du Luxembourg ainsi qu'une assistante sociale d'une maison médicale à l'acte située en Région bruxelloise. Trois de ces coordinatrices avaient déjà été interviewées au cours de la première phase de la recherche. Cette rencontre, réalisée avec le soutien de Claire Vanderick et France Defrenne, a contribué à l'implication active des principaux concernés dans la démarche de recherche et a permis de mettre en débat les premiers résultats. La finalisation du rapport de recherche s'appuie sur ces derniers échanges.

Cette recherche participative s'est déroulée sur une période de 12 mois.

Limites de la recherche

Huit maisons médicales à l'acte sur les vingt-cinq que compte la FMM ont été associées à la réalisation de cette recherche participative. Les données présentées dans ce rapport ne sont donc pas exhaustives et pourraient être enrichies du recueil d'informations sur les réalités et les besoins d'autres maisons médicales à l'acte.

Des médecins généralistes, des coordinateurs et deux assistantes sociales ont été interviewés dans le cadre de cette recherche. D'autres représentations auraient pu être recueillies si nous nous étions adressés à d'autres catégories de soignants.

Des patients fréquentant une maison médicale à l'acte auraient aussi pu être associés à la recherche, mais ce ne fut pas le cas. Il serait intéressant de recueillir leur point de vue, de même que celui de patients qui auraient bénéficié de soins dans les deux types de structures, à l'acte et au forfait.

Enfin, la pandémie de Covid-19 n'a pas facilité la réalisation de la recherche et la mise en œuvre d'une méthodologie participative. Nous avons dû revoir nos choix méthodologiques et les adapter au contexte sanitaire et aux contraintes qui en ont découlé. Des interviews et un focus group ont été menés virtuellement alors qu'il eut été préférable de les organiser en présentiel. La spontanéité des échanges a certainement été freinée par le recours à des outils auxquels nous n'étions pas habitués. En outre, les travailleurs de terrain étaient plus difficilement mobilisables en raison de leur charge de travail et de leur épuisement liés à la gestion de l'épidémie de Covid-19.

3. Le choix de l'acte

Les maisons médicales récemment créées en Région wallonne fonctionnent majoritairement à l'acte et sont plus souvent localisées en milieu rural qu'en milieu urbain.¹⁴ D'après les professionnels interviewés, diverses raisons les ont incité à opter pour ce mode de financement.

- Dans les zones (semi-)rurales, les médecins généralistes travaillant en solo sont souvent réticents à l'idée qu'une structure pluridisciplinaire s'implante dans leur commune, a fortiori au forfait. Ils semblent redouter – et surestimer – la concurrence qui découlerait de la mise à disposition de pratiques de soins plus accessibles, alors même que la pénurie de généralistes est criante dans leur localité. « *Nous ne sommes pas passés au forfait pour éviter de heurter la sensibilité des autres médecins. Si nous étions passés au forfait, les patients seraient peut-être venus plus facilement ici plutôt que de payer une consultation ailleurs* », témoigne une gestionnaire de maison médicale à l'acte. Le choix de l'acte peut donc être posé dans le but d'atténuer la méfiance de prestataires externes. On observe dès lors que le choix de la pacification des rapports sociaux avec des confrères semble l'emporter sur la conflictualité assumée par rapport à un autre mode de financement.
- Le système de paiement à l'acte est mieux connu dans la population et suscite moins de méfiance. De jeunes équipes expliquent avoir choisi l'acte pour éviter de bousculer les habitudes de patients attachés aux prestataires de soins qu'ils consultent de longue date. Choisir l'acte revient donc à garantir la liberté de choix des patients et à faciliter l'adhésion au projet d'une nouvelle maison médicale.
- Avant d'opter pour une pratique groupée, des professionnels de santé ont parfois exercé une activité rémunérée à l'acte. Convaincus des opportunités de ce système pour dispenser des soins de qualité et accessibles dans le respect de la philosophie de la FMM, ils ne souhaitent pas expérimenter le forfait.
- Certains soignants désirent aussi maintenir leurs activités dans une autre structure de soins (une polyclinique par exemple), ce qui est, sauf exceptions, incompatible avec une pratique forfaitaire en raison des conditions strictes qui l'encadrent¹⁵.
- Le financement à l'acte présente l'avantage de pouvoir orienter des patients vers des soignants spécialisés qui n'exercent pas au sein de la maison médicale (kinésithérapie vestibulaire ou urogynécologique par exemple), ce qui peut être compromis dans une maison médicale au forfait en raison du manque de clarté sur les prestations qui peuvent être prises en charge financièrement au sein d'une structure financée au forfait.
- Dans les zones rurales, l'acte offre une meilleure accessibilité géographique des soins. Il apporte une plus grande souplesse aux patients souhaitant se rendre chez un prestataire externe à la maison médicale, à proximité de leur domicile, et ne contraint pas les soignants à parcourir de longues distances pour réaliser des visites à domicile. Des infirmières externes à la maison médicale peuvent couvrir une vaste étendue géographique par exemple.
- Enfin, la création d'une maison médicale au forfait exige de disposer de liquidités qui font souvent défaut dans les jeunes équipes. Il n'est donc pas rare que des structures fonctionnant à l'acte basculent quelques années plus tard vers le forfait. Les choses ne sont donc pas figées et l'acte offre la possibilité aux équipes convaincues dès le début par les avantages du système forfaitaire d'y recourir une fois que leurs rentrées financières se sont stabilisées.

¹⁴ Cl. Van Tichelen, *op. cit.*

¹⁵ Le principe de la « double exclusive » est expliqué en page 6.

4. Le fonctionnement des maisons médicales à l'acte

Les maisons médicales à l'acte rencontrées dans le cadre de cette recherche attestent toutes d'une organisation singulière. Il semble qu'il y a « *autant de modes de fonctionnement différents que de maisons médicales* », comme en témoigne un médecin rencontré dans le cadre de cette recherche. Nous pouvons toutefois dégager quelques similarités sur le plan de leur organisation, de la patientèle accueillie et de leurs réseaux professionnels.

L'organisation des maisons médicales à l'acte

Equipe pluridisciplinaire

A l'instar des maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte rencontrées se composent d'équipes pluridisciplinaires. Chaque équipe se compose *a minima* d'un·e accueillant·e, de médecins généralistes, de kinésithérapeutes et/ou d'infirmier·es.

Une large variété d'autres professionnels, différente d'une maison médicale à l'autre, renforce ce noyau de base : psychologue, assistant·e en médecine générale, assistant·e social·e, agent en santé communautaire, diététicien·ne, podologue, pédicure, sophrologue, sage-femme, logopède, etc.

Les équipes que nous avons rencontrées se compose d'une dizaine à une vingtaine de professionnels. Beaucoup de soignants travaillent à temps partiel et exercent une activité en dehors de la maison médicale, ce qui complique parfois la répartition des tâches et la cohésion d'équipe. Quelques médecins prestent aussi quelques heures en dehors de leur institution (consultations ONE, centre de planning familial, polyclinique).

Dans plusieurs maisons médicales, la conclusion d'une convention avec des infirmières indépendantes ou sous contrat salarié dans des ASBL telles que la Centrale de services à domicile (CSD) ou Aide & soins à domicile (ASD) permet d'assurer des soins en dispensaire et/ou à domicile. Ce choix s'observe en particulier dans les maisons médicales des provinces de Namur et du Luxembourg en raison de la difficulté d'engager des infirmières disposées à réaliser des visites à domicile dans des zones géographiques bien plus vastes qu'en milieu (semi-)urbain. Ces infirmières prennent toutefois part à la vie d'équipe en participant aux réunions hebdomadaires et/ou aux assemblées générales.

Statuts des travailleurs

Les maisons médicales à l'acte se composent à la fois de travailleurs salariés et indépendants. Les fonctions administratives (accueillant·e, gestionnaire ou coordinateur·trice, assistant·e social·e) sont occupées par des salariés tandis que les soignants ont quasi tous un statut d'indépendant.

Des gestionnaires rapportent la difficulté d'impliquer des indépendants dans les réunions d'équipe et les projets de santé communautaire parce que ces activités ne contribuent pas au financement de la maison médicale. « *Par exemple, dans les réunions dédiées aux projets, s'il n'y a pas de salariés autour de la table, certains indépendants vont être moins motivés à participer aux réunions, à écrire un PV, à faire un suivi...* », témoigne une coordinatrice.

Par ailleurs, dans plusieurs structures, l'implication de bénévoles est indispensable au bon fonctionnement de la maison médicale, qu'ils prestent quelques heures à l'accueil, offrent une aide à la gestion financière ou mènent des projets de santé communautaire. Un médecin généraliste explique : « *On a la chance d'avoir dans notre conseil d'administration une personne qui nous aide à gérer nos finances ainsi qu'une autre bénévole qui nous apporte son soutien à la gestion administrative pendant deux à trois heures par semaine, et ce depuis dix ans.* »

Financement de la maison médicale et politique salariale

Contrairement aux maisons médicales financées au moyen de forfaits dits « à la capitation » attribués pour chaque patient inscrit et en ordre de cotisations auprès de sa mutualité, dans les maisons médicales à l'acte, ce sont les prestataires qui rapportent nominativement les principales ressources financières nécessaires au fonctionnement de la structure.

Un système de rétrocession, appliqué différemment d'une maison médicale à l'autre, organise la perception d'une partie des revenus des travailleurs indépendants pour financer la maison médicale. D'après les informations récoltées, le taux de rétrocession varie entre 10% et 20%.

Ce taux est tantôt fixe et identique pour tous les indépendants, tantôt variable selon la profession exercée, la date de l'entrée en fonction ou les besoins de la structure. Dans quelques maisons médicales, les nouveaux engagés ne doivent rien rétrocéder pendant les premiers mois. Dans d'autres, le taux de rétrocession sur leurs revenus est au contraire plus élevé, considérant qu'ils bénéficient d'équipements financés par leurs collègues et d'une patientèle déjà fidélisée. Le taux de rétrocession fait souvent l'objet de discussions au sein des conseils d'administration et des assemblées générales.

Concrètement, deux modes de prélèvement sont mis en œuvre. Soit les indépendants perçoivent leurs honoraires sur un compte bancaire lié à la maison médicale et le gestionnaire se charge de leur verser cette somme diminuée de la rétrocession sur un compte personnel (système du pool financier global) ; soit les indépendants perçoivent directement leurs honoraires sur un compte bancaire personnel et rétrocèdent une partie de ceux-ci à la structure. Ce dernier système fonctionne à la confiance et soulève des questions quant au contrôle sur les montants rétrocédés.

Les maisons médicales à l'acte peuvent aussi compter sur des sources de financement public, telles que les subsides ASI (associations de santé intégrée), Impulseo (intervention financière destinée à favoriser l'installation de médecins généralistes dans une zone de pénurie) ou COCOM, de l'AViQ en Région wallonne ou de la COCOF en Région bruxelloise. Des subsides à l'emploi (Maribel social, APE, FEBI, IFIC) favorisent également l'engagement de travailleurs salariés au sein de ces maisons médicales.

Gestion de la maison médicale et pouvoir décisionnel

Dans la plupart des maisons médicales à l'acte rencontrées, un gestionnaire ou un coordinateur assure la gestion quotidienne de la structure et coordonne les activités de l'équipe. Parfois ces personnes cumulent aussi une fonction curative à temps partiel dans l'institution.

Dans une des maisons médicales que nous avons interrogées, la gestion repose sur l'ensemble des membres de l'équipe, ce qui génère parfois une surcharge de travail conséquente, notamment en cas d'absence de plusieurs membres de l'équipe. « *Tant que la charge de travail se répartit sur toutes les têtes, ça va parce que tout le monde donne de son temps en fonction de sa disponibilité, mais c'est vrai que ça peut être un peu lourd parfois* » témoigne un médecin de cette maison médicale.

Quant au pouvoir décisionnel, il se répartit différemment entre les travailleurs d'une maison médicale à l'autre. Dans la plupart des maisons médicales rencontrées, les décisions organisationnelles se prennent en équipe. Les décisions plus importantes, notamment celles qui touchent aux fondements de la maison médicale, incombent au conseil d'administration et celles nécessitant le consentement de tous les travailleurs sont votées en assemblée générale. Dans l'urgence, certaines décisions peuvent aussi incomber aux coordinateurs.

Une maison médicale a expérimenté la sociocratie, un mode de prise de décision et de gouvernance qui « *parallèlement à la ligne hiérarchique, [...] propose d'instaurer un ensemble de "cercles de décision", rassemblant les équipes et leurs responsables hiérarchiques à chaque niveau de l'organigramme.* »¹⁶ La plupart des décisions s'y prennent en équipe grâce au travail préparatoire de sous-groupes de travailleurs mandatés pour faire des propositions. D'après la coordinatrice de la maison médicale concernée, ce mode d'organisation était très satisfaisant tant que l'équipe se composait d'un nombre limité de travailleurs (cinq à dix), mais il l'est moins depuis que l'équipe s'est agrandie.

¹⁶ F. Flamion, *Sociocratie et démocratie*, 2017, www.cesep.be.

La patientèle des maisons médicales à l'acte

Accessibilité de la maison médicale

En Région wallonne, il est établi que les maisons médicales au forfait et, dans une moindre mesure les maisons médicales à l'acte, accueillent une patientèle plus précarisée comparativement à l'ensemble de la population. En outre, les maisons médicales au forfait ont tendance à être implantées dans des communes urbaines significativement plus défavorisées que les communes rurales ou semi-rurales ; les maisons médicales à l'acte se situent plutôt en zone rurale, dans des communes plus favorisées.¹⁷

L'idée reçue selon laquelle les maisons médicales à l'acte accueilleraient une patientèle plus aisée que les maisons médicales au forfait est toutefois battue en brèche. Il s'avère qu'elles brassent aussi un public mixte sur le plan socioéconomique et qu'une grande attention est portée aux personnes plus démunies (personnes précarisées, réfugiées, sans-papiers). Lorsqu'elles sont reconnues en tant qu'associations de santé intégrée (ASI) en Région wallonne, les maisons médicales à l'acte regroupent uniquement des professionnels de santé conventionnés, ce qui garantit un meilleur accès aux soins de santé. En outre, le tiers-payant y est largement voire systématiquement appliqué, le recours à l'aide médicale urgente est fréquent et les patients qui ont le plus de difficultés ne doivent pas s'acquitter du ticket modérateur. « *Le fonctionnement à l'acte ne constitue donc pas un frein pour les patients qui ont peu de moyens* », conclut la coordinatrice d'une maison médicale à l'acte.

Par ailleurs, à l'instar des structures financées au forfait, les maisons médicales à l'acte favorisent l'accès aux soins de santé de première ligne grâce à la concentration de diverses disciplines dans un même lieu et à leur situation géographique optimale. Cette offre de soins est particulièrement appréciée dans les communes (semi-)rurales concernées par la pénurie de médecins généralistes.

Enfin, l'intégration de professionnels parlant d'autres langues facilite aussi l'accessibilité de la structure à des patients dont le français n'est pas la langue maternelle. Un médecin généraliste rapporte : « *Une des accueillantes parle arabe et fait parfois des traductions. Cela nous aide beaucoup. Et je pense qu'une partie de la population vient ici parce qu'ils aiment s'exprimer dans leur langue, même s'ils se débrouillent en français. C'est aussi plus facile pour les prises de rendez-vous par téléphone.* »

Projets de santé communautaire

L'idée selon laquelle les maisons médicales à l'acte ne développent pas d'actions en santé communautaire circule couramment parmi les membres de la FMM.

Bien qu'ils puissent être plus difficiles à financer que dans le modèle forfaitaire, des projets en santé communautaire sont également menés dans les maisons médicales à l'acte sur des thématiques telles que les assuétudes, l'alimentation ou l'activité sportive.

Par exemple, pendant le confinement, un projet d'appropriation des nouvelles technologies a vu le jour dans une maison médicale. Financée sur fonds propres, cette initiative vise à autonomiser les patients qui le souhaitent dans leur usage d'applications telles que « MaSanté » ou pour prendre un rendez-vous en ligne. Elle s'appuie sur l'expertise de patients plus aguerris qui transmettent leurs connaissances à d'autres participants. La participation à ces ateliers, organisés en présentiel ou de manière virtuelle, est gratuite.

Ces projets sont financés en partie grâce au subside ASI, via des partenariats avec d'autres associations et/ou sur fonds propres. Une petite participation financière est généralement demandée aux participants.

La coordinatrice d'une maison médicale à l'acte nuance toutefois le caractère communautaire des actions proposées à leur patientèle : « *Nous proposons deux ballades-santé par mois, organisées par une infirmière de la maison médicale, un patient et un membre d'un club de marche. Nous avons organisé un cycle de conférences ainsi qu'un colloque sur le harcèlement scolaire. Mais nous avons suivi la formation "actions communautaires en santé" de la FMM et on s'est rendu compte que ce que l'on faisait n'était peut-être pas vraiment de la santé*

¹⁷ Cl. Van Tichelen, *op. cit.*

communautaire. » Cet extrait dénote le besoin de renforcer les connaissances des travailleurs sur la santé communautaire.

Les acteurs rencontrés relèvent enfin la difficulté d'impliquer l'ensemble des travailleurs dans ces projets en raison d'un manque de temps, de motivation, de soutien financier ou parce qu'ils sous-estiment les enjeux de santé communautaire.

Le réseau des maisons médicales à l'acte

Relations avec les autres professionnels de santé

Comme exposé *supra*, les médecins généralistes travaillant en solo dans des zones (semi-)rurales sont souvent réticents à l'idée qu'une maison médicale s'implante dans leur commune. Si ces relations peuvent s'améliorer au fil du temps, il arrive qu'elles demeurent conflictuelles quelques années après la création de la maison médicale comme en témoignent les extraits suivants. Un médecin généraliste explique : « *au départ, on a été boycotté par les médecins de la région et ils commencent seulement à "se dégivrer" maintenant, si je peux dire ça comme ça. Les relations restent un peu particulières mais elles sont en train d'évoluer car plusieurs jeunes médecins sont arrivés.* ». Une coordinatrice déplore que sa « *maison médicale est énormément sollicitée un peu comme le bouche-trou d'un médecin généraliste travaillant en solo qui ne se gêne pas de renseigner [leur] numéro de téléphone sur son répondeur quand il part en vacances* ».

Collaborations et partenariats

Comme les maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte témoignent d'une forte intégration dans la vie associative locale en nouant de multiples collaborations et partenariats. Des ateliers, conférences et campagnes de communication – sur les violences conjugales, le harcèlement scolaire, etc. – sont organisés en collaboration avec des centres de planning familial, des associations de jeunesse, des associations d'aide aux personnes âgées ou en situation de handicap, etc. Une des maisons médicales à l'acte que nous avons interviewées multiplie par exemple les actions en faveur de l'amélioration des conditions de logement de ses patients, en collaboration avec la commune, et porte une attention particulière à leur impact sur leur état de santé.

Les relations des maisons médicales avec les CPAS sont très variables d'une commune à l'autre. Tandis que des structures entretiennent des contacts réguliers avec le CPAS de leur localité et organisent des réunions de concertation (centrées sur la législation ou des cas cliniques), d'autres ne parviennent pas à nouer des collaborations de qualité.

Par ailleurs, certaines maisons médicales à l'acte ont bénéficié d'un soutien politique affirmé dès l'ouverture de leur structure, d'autres ont dû défendre leur projet ardemment face aux réactions politiques négatives à leur égard. Une coordinatrice explique : « *L'implantation de notre maison médicale ne s'est pas très bien passée au niveau politique. Le bourgmestre de l'époque n'a pas du tout voulu soutenir le projet. Entretemps, les relations avec la commune se sont un peu améliorées car nous avons créé un potager collectif sur un terrain communal en partenariat avec d'autres associations et cela nous a donné l'occasion de rencontrer des représentants de la commune et de leur réexposer notre projet.* »

5. Le passage au forfait

Actuellement, les maisons médicales à l'acte que nous avons rencontrées n'envisagent pas d'adopter le système de financement forfaitaire, hormis deux d'entre elles qui ont entamé une réflexion collective interrompue par la survenue de l'épidémie de Covid-19.

Les travailleurs interviewés avancent plusieurs facteurs qui freinent leurs équipes à envisager un passage de l'acte au forfait :

- La volonté de respecter la liberté de choix des patients quant à leurs prestataires et de leur permettre d'avoir des soignants attirés, ce qui ne peut pas toujours être garanti dans les maisons médicales au forfait.
- Le risque de sélectionner des patients en fonction de leur état de santé. Plusieurs participants ont rapporté que des patients souffrant d'une pathologie lourde se voient parfois refuser l'accès à une maison médicale au forfait ou en sont exclus en raison du coût élevé de leurs soins. Si des pratiques dérivantes sont relevées dans des institutions animées uniquement par l'aspect financier et attractif du forfait, il est à noter que ce phénomène est marginal au sein des structures affiliées à la FMM. Notons encore que ce risque existe aussi dans des maisons médicales à l'acte.
- Le risque de devoir suspendre les inscriptions en cas de saturation de l'offre de soins et d'ouvrir une liste d'attente pour les nouveaux patients. Notons que ce risque existe aussi dans des maisons médicales à l'acte.
- La crainte de devoir refuser l'accès à des patients qui ont un parcours de vie ou un statut particulier (personnes souffrant d'addictions, sans-papiers...) et dont les soins ne peuvent être pris en charge par le financement forfaitaire. Cet argument doit être contrebalancé par un rappel de la législation. Les patients relevant de l'aide médicale urgente (AMU) peuvent être pris en charge par des maisons médicales au forfait. Dans ce cas, les prestations sont facturées à l'acte, soit à la personne elle-même, soit au CPAS.¹⁸
- Le risque de proposer des « consultations minutes » pour gérer les urgences. Cet argument peut être mis en parallèle avec le risque de multiplier les prestations rémunérées à l'acte, entraînant une surconsommation éventuelle.
- L'envie ou la nécessité – dans des zones rurales concernées par la pénurie de soignants – de continuer à exercer dans d'autres institutions de soins que la maison médicale, ce qui est, sauf exceptions, impossible dans le cadre d'une pratique forfaitaire en vertu du principe de la double exclusive.¹⁹
- La crainte d'être confronté à une charge administrative plus conséquente. Cet argument peut être contrebalancé par des témoignages provenant de maisons médicales au forfait qui attestent d'une réduction importante de la charge administrative – notamment au niveau des facturations – ressentie après le passage au forfait.
- Le souhait d'être rémunéré au prorata de sa charge de travail. Des intervenants ne conçoivent pas que dans le système forfaitaire des soignants travaillant à des rythmes différents puissent percevoir le même salaire horaire. Notons que cet argument renvoie à une logique libérale qui entre en contradiction avec les valeurs promues par la FMM.
- Des maisons médicales implantées en milieu rural souhaitant offrir l'ensemble des soins généraux de première ligne (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers) rapportent la difficulté qu'elles auraient à recruter des soignants si leur maison médicale était financée au forfait en raison de l'étendue de la zone géographique à couvrir et des distances à parcourir pour se rendre au domicile des patients. Ces institutions seraient également confrontées à la difficulté d'engager des soignants pour un temps partiel qui devrait être complété par une autre activité rémunérée le plus souvent à l'acte.

¹⁸ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*, 2014, www.luttepauvrete.be.

¹⁹ Ce principe est expliqué en page 6.

Notons encore que plusieurs acteurs interviewés assimilent le passage au forfait à l'obligation pour les soignants d'opter pour le statut de salarié, ce qui est inexact. Une gestionnaire témoigne dans ce sens : « *Moi j'étais assez persuadée que quand on passait au forfait, tout le monde devenait salarié. Et je dirais que certains indépendants de notre maison médicale ne sont pas prêts à passer au statut de salarié. Mais j'ai appris récemment qu'on pouvait garder son statut d'indépendant dans une maison médicale au forfait.* » Cela démontre un manque de conscience des mécanismes de solidarité, au fondement de la sécurité sociale, que sous-tend le statut de salarié.²⁰

²⁰ Fédération des maisons médicales, *Pourquoi soutenir le statut salarié en maison médicale. Note argumentaire de la FMM*, 2013.

6. Liens avec la FMM

Bénéfices de l'affiliation à la FMM

Les maisons médicales à l'acte que nous avons rencontrées soulignent toutes l'apport de la FMM sur le plan politique. La FMM assure une mission de plaidoyer politique – que les maisons médicales n'ont pas le temps d'assumer elles-mêmes – à travers la promotion et la défense du modèle des maisons médicales, et de son action en faveur d'un système de santé fondé sur des soins globaux, intégrés, continus et accessibles.

Les acteurs interviewés relèvent aussi l'intérêt de bénéficier d'une offre de formations spécifique à leurs besoins, même si d'aucuns constatent que le forfait y est souvent considéré comme la norme et que le contenu des formations n'est pas toujours adapté aux réalités des maisons médicales à l'acte. « *A la Fédé, on ne parle que du forfait !* » s'étonne une gestionnaire de maison médicale. Elle ajoute : « *Lors d'une formation sur le logiciel Topaz qui durait deux ou trois heures, il n'y avait que cinq minutes qui m'intéressaient puisque l'essentiel de la formation était dédié aux factures électroniques, et ça, ça ne m'intéressait pas.* »

Néanmoins, ils constatent avoir toujours bénéficié du soutien de la FMM quand ils l'ont sollicité. Un médecin se remémore : « *Je pense qu'à chaque fois qu'on a demandé de l'aide à la Fédé, on en a trouvé. Au lancement de la maison médicale, il y a quand même des choses qui nous ont stressés et il y a toujours eu quelqu'un pour nous donner une réponse ou en tout cas un soutien. Et ça, je trouve que c'est précieux.* »

Attentes et recommandations à l'égard de la FMM

Des maisons médicales à l'acte déplorent que leur mode de financement soit sous-représenté et peu pris en considération dans les lieux de concertation et de décision de la FMM, comparativement à la place accordée au forfait. « *On se sent souvent délaissés. Dans l'esprit de certains, le forfait c'est le modèle et ce que nous faisons, c'est un peu un pis-aller* », témoigne un médecin d'une maison médicale à l'acte. Qui plus est, plusieurs participants ressentent une pression de la FMM à passer de l'acte au forfait.

Les acteurs que nous avons rencontrés recommandent à la FMM d'accorder une plus grande attention aux demandes et aux réalités vécues par les maisons médicales à l'acte. Ces structures nous ont fait part de besoins spécifiques qui devraient être mieux pris en compte dans le plaidoyer politique, les communications et l'offre de formations de la FMM. A ce propos, une coordinatrice estime « *qu'on gagnerait à parler des valeurs et de l'engagement que portent toutes les maisons médicales.* »

Par ailleurs, les espaces de réunion de la FMM étant organisés par zones géographiques et secteurs professionnels (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, travailleurs psychosociaux...), il ressort de cette recherche que les maisons médicales à l'acte ont peu de contact entre elles et que leurs équipes ne se connaissent pas ou peu. L'une des équipes rencontrées ignorait même que la FMM fédérait d'autres structures financées à l'acte.

Deux participantes ont lancé l'idée de créer des espaces de réunion et de formation dédiés aux maisons médicales à l'acte pour faciliter l'échange de bonnes pratiques propres à leur mode de financement. Une autre intervenante a suggéré de consigner ces bonnes pratiques dans un guide qui serait propre aux maisons médicales à l'acte afin d'inspirer et d'accompagner de nouvelles équipes, de même que des équipes qui ont déjà expérimenté l'acte. Cette proposition recueillie lors du focus group que nous avons organisé en novembre 2020 se concrétisera en 2021 à l'initiative de la coordinatrice de l'intergroupe Semois-Ourthe-Lesse-Lomme (IGSOL).

Conclusion

Bien qu'elles soient minoritaires au sein de la FMM, les maisons médicales à l'acte représentent une proportion non négligeable qui a augmenté au cours des dernières années. Des données récentes de l'IWEPS confirment cette tendance : les maisons médicales récemment créées en Région wallonne fonctionnent majoritairement à l'acte et sont plus souvent localisées en milieu rural qu'en milieu urbain.

Des tensions rapportées par des soignants de maisons médicales à l'acte au cours d'assemblées générales de la FMM ont constitué le point de départ de cette recherche participative. Les maisons médicales à l'acte s'estiment sous-représentées par la Fédération et peu prises en considération, comparativement à la place accordée aux maisons médicales au forfait. Elles déplorent faire l'objet de représentations erronées au sein du mouvement. Et elles ressentent une pression de la FMM à passer de l'acte au forfait.

Nous avons tenté de déconstruire quelques-unes des représentations qui circulent à propos des maisons médicales à l'acte : accueil d'une patientèle plus aisée, recherche du profit au détriment de la qualité des soins, approche essentiellement curative, etc. A l'instar des maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte accordent une grande attention aux personnes plus démunies et veillent à être accessibles sur le plan financier, géographique et culturel. Le conventionnement des soignants, l'application fréquente – voire systématique – du tiers-payant, le recours à l'aide médicale urgente et la gratuité des soins pour les personnes les plus précarisées sont autant de dispositifs permettant l'accueil d'une patientèle mixte sur le plan socio-économique au sein des maisons médicales à l'acte. Comme les maisons médicales au forfait, leur accessibilité géographique et culturelle est également garantie par leur implantation optimale – en particulier dans les zones (semi-)rurales concernées par la pénurie de soignants – et par l'engagement de professionnels parlant plusieurs langues. Par ailleurs, au-delà de leur approche curative, les maisons médicales à l'acte développent des actions en santé communautaire bien qu'elles puissent être plus difficiles à financer que dans le modèle forfaitaire. Enfin, les maisons médicales à l'acte témoignent d'une forte intégration dans la vie associative de leur localité à travers de nombreuses collaborations et partenariats sur des thématiques variées (conditions de logement, harcèlement scolaire, violences conjugales, etc.).

Nous avons également mis en évidence les difficultés et besoins que rencontrent les maisons médicales à l'acte. Les acteurs que nous avons rencontrés recommandent à la FMM d'accorder une plus grande attention à leurs demandes et réalités de terrain. Ces structures nous ont fait part de besoins spécifiques qui devraient être mieux pris en compte dans le plaidoyer politique, les communications et l'offre de formations de la FMM. Nous avons aussi pointé la relative difficulté de mener et financer des projets en santé communautaire. Une formation sur les enjeux et la gestion de projets en santé communautaire permettrait aux équipes qui le souhaitent d'améliorer les initiatives mises en place et l'implication des patients et des soignants. Plus généralement, les travailleurs que nous avons interviewés estiment que les formations de la FMM devraient moins se focaliser sur les pratiques forfaitaires et davantage tenir compte de leurs spécificités. Les idées de créer des espaces de rencontre, de formation ou d'élaborer un guide des bonnes pratiques propres aux maisons médicales à l'acte ont aussi émergé.

Notons que les maisons médicales à l'acte situées en milieu rural témoignent de difficultés encore plus spécifiques. Elles sont confrontées aux enjeux de la pénurie de soignants, de l'accessibilité des soins compliquée par l'étendue du territoire à couvrir, à la nécessité pour des soignants d'exercer dans d'autres structures de soins, à la difficulté d'impliquer des professionnels à temps partiel et/ou externes à la maison médicale dans la vie de l'équipe et les projets, etc. Ces facteurs freinent les équipes qui ont entamé une réflexion sur le passage au forfait.

Gageons que cette recherche ne soit pour la FMM que la première étape de l'observation et l'analyse des réalités rencontrées par ces collectivités rurales – et parfois urbaines – et qu'elle donnera lieu à des débats démocratiques au sein de notre mouvement entre les défenseurs du financement au forfait et à l'acte afin d'améliorer les conditions de construction d'un plaidoyer politique commun.

Bibliographie

Articles

M. Carlier, « La genèse de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1980.

Fédération des maisons médicales, Pourquoi soutenir le statut salarié en maison médicale. Note argumentaire de la FMM, 2013.

P. Grippa, « Acte ou forfait ? Petit historique d'une confrontation », *Santé conjugulée*, n°3, janvier 1998.

M. Mormont et M. Roland, « 1945-1990 : Maisons médicales, semilles et germination », *Politique*, n°101, septembre 2017.

I. Muller, « Les maisons médicales : transformation ? Innovation ? Institutionnalisation ? », *Analyse de l'IHOES*, décembre 2014.

P. Reman, « L'importance de la sécurité sociale en Belgique : fondements historiques et enjeux actuels », *Santé conjugulée*, n°35, 2006.

M. Roland et al., « L'assurance de qualité et le médecin de famille », *Archives of Public Health*, n°59, 2001, cité par M. Prévost et M. Roland, « Les critères de qualité : tout le monde en parle... », *Santé conjugulée*, n°21, juillet 2002.

Sites web

M. Alaluf, « Protection sociale et citoyenneté ? », *Être et devenir citoyen*, 2009, www.enseignement.be.

Fédération des maisons médicales, *Histoire des maisons médicales en Belgique francophone*, 2007, <https://www.maisonmedicale.org/Histoire-des-maisons-medicales.html>.

Fédération des maisons médicales, Les sources de financement, 2007, <https://www.maisonmedicale.org/Les-sources-de-financements.html>.

F. Flamion, *Sociocratie et démocratie*, 2017, www.cesep.be.

Service de l'éducation permanente, *Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 30 avril 2014 modifié le 2 mai 2019*, 2019, http://www.educationpermanente.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=709fc68d3d0eba7eb4a0db2f1174f04c1b6d079e&file=fileadmin/sites/edup/upload/edup_super_editor/edup_editor/document_s/Marine/EP_ARRETE_2014_COORDONNE2020.pdf.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*, 2014, www.luttepauvrete.be.

Cl. Van Tichelen, *Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?*, Rapport de recherche de l'IWEPS n°32, 2019, www.iweps.be.