

## BRUITS DE BOTTES

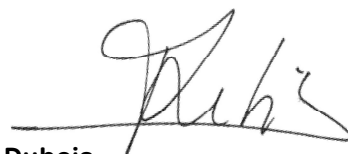
Mars 2022, invasion massive de l'Ukraine par les Russes, leurs voisins, leurs camarades historiques de l'ex-URSS.

Alors que la bête enragée, le président de Russie Vladimir, menace d'utiliser l'arme nucléaire, les chefs d'États américain et européens Joe, Ursula, Emmanuel et consorts la provoquent en envoyant à ses frontières toute leur artillerie. Ouf, le marché de l'armement étouffé par le coronavirus et les jeunes militants pour le climat peut être relancé! Il faut dire qu'une pandémie mondiale et les risques provoqués par le changement climatique ne sont que peu de chose à côté de la menace nucléaire... Est-ce aussi logique que cela? Une nouvelle guerre froide est-elle la seule alternative face à la bête enragée? Les rapports de pouvoir stimulés par l'argent et la soif de grossir les territoires gouvernent cette tragédie. Toutes ces destructions et ces vies perdues pour cela.

Les provocations mutuelles des dirigeants de ce monde vont donner lieu à une nouvelle crise humanitaire, et ce sont les peuples qui vont encore en subir les conséquences. La vague migratoire attendue en Europe va être importante. Les ministres responsables de l'immigration et les patrons des entreprises affichent une grande ouverture qui doit être félicitée, preuve que la migration n'est pas si menaçante pour nos États comme le laissent entendre les discours d'extrême droite. On peut d'ailleurs se demander pourquoi un tel traitement n'a pas été octroyé aux réfugiés fuyant la guerre en Syrie, ceci est un autre débat.

Les rapports de domination ont toujours été questionnés par le mouvement des maisons médicales, ce mouvement qui depuis quarante ans se bat pour un projet de société plus humain, solidaire et démocratique. Quelle fierté quand on voit jusqu'où ils peuvent aller quand ils atteignent leur paroxysme.

La bête est folle à lier, mais gare aux provocations susceptibles de la rendre totalement incontrôlable voir menaçante pour l'avenir du vivant et de l'humanité.



**Fanny Dubois,**  
secrétaire générale de la Fédération  
des maisons médicales

**Les rapports de pouvoir  
stimulés par l'argent  
et la soif de grossir les  
territoires gouvernent  
cette tragédie.**

# 40 ANNÉES

**D**es rencontres, des échanges, des histoires... en quarante ans nous en avons accumulé ! Quatre décennies de lutte pour une vision de l'organisation des soins de santé dans notre pays, peut-être même pour une vision de l'organisation du monde en filigrane.

Peu d'entre nous s'en souviennent : le mouvement des maisons médicales est né sur un conflit. Une histoire de grève, de piquet, de rencontre avec les syndicats et de participation des patients. Si l'idée des maisons médicales naît sur les cendres d'une bataille, la Fédération des maisons médicales naît quant à elle de la volonté de se rassembler, de se rencontrer entre soignants qui partagent une vision, un idéal de soins de santé que l'on retrouve dans la Déclaration d'Alma-Ata<sup>1</sup>, soulignant en 1978 la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

## Des fondamentaux

Très vite, dès le début des années 1980, Monique Van Dormael, du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) pointait deux importants obstacles au développement des maisons médicales en Belgique. Le premier était la formation des professionnels, notamment des médecins, qui n'était pas du tout orientée vers une prise en charge globale et pluridisciplinaire de la santé. Le deuxième était le financement à l'acte. Aujourd'hui encore, ce sont de solides piliers du mouvement des maisons médicales.

Depuis sa création, la Fédération a toujours eu à mener, au moins, deux combats de front. D'une part, permettre les échanges entre soignants pour les aider à améliorer leurs pratiques et promouvoir la conceptualisation de ces pratiques. D'autre part, dimension plus politique, faire reconnaître le modèle « maison médicale » et en faire la promotion dans le paysage des soins de santé. Pour répondre au premier axe, la Fédération a mis en place des formations en interne. Par exemple des formations à l'éducation à la santé, absente des cursus et pourtant connue depuis les années 1980 et la Charte d'Ottawa<sup>2</sup> qui vise la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà, par la création d'un dossier médical informatisé compatible avec la pluridisciplinarité... Pour répondre au deuxième axe, la reconnaissance et la promotion du modèle, elle a trouvé un mode de financement original et adapté : le forfait.

1. Organisation mondiale de la santé, *Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata*, 12 septembre 1978, [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

2. Organisation mondiale de la santé, *Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa*, 21 novembre 1986, [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

# D'INNOVATIONS

## Petit à petit...

Les années 1980 et les crises économiques successives n'ont pas aidé au développement des maisons médicales. Pourtant, la Fédération a organisé un travail de fond, toujours avec les partenaires progressistes, pour faire reconnaître les spécificités d'une maison médicale et tenter de les traduire dans une réalité institutionnelle et législative. Un travail rendu difficile par la fédéralisation de l'État et l'éparpillement des compétences en santé... Ces difficultés se traduisent toujours aujourd'hui dans l'absence de reconnaissance globale de l'activité d'une maison médicale et de ses spécificités. En effet, il faudra attendre le milieu des années 1990 pour que les associations de santé intégrées (ASI, la dénomination des maisons médicales en Région wallonne) soient partiellement reconnues et encore dix années pour qu'elles soient financées pour leurs activités de santé communautaire alors que la participation des patients et cette approche communautaire de la santé font partie intégrante de l'identité de la Fédération. Ce n'est que dans les années 2000 que cette dimension sera réellement reconnue, structurée et que des fonctions répondant à cet objectif seront créées. La pluridisciplinarité évoluant, elle s'est ouverte à une nouvelle dimension de la santé : les patients partenaires. Toutefois, le financement des professions de soins « de base » – médecin, kinésithérapeute, infirmier (MKI) – qu'il soit au forfait ou à l'acte reste délié des activités collectives et psychosociales de la maison médicale.

## Un modèle qui essaime

Depuis quarante ans, l'une des réussites de la Fédération est sans doute liée à sa capacité, avec d'autres, de faire bouger les lignes et de peser sur les changements de paradigme dans l'organisation des soins de santé de première ligne. Cette réussite est avant tout celle des soignants de maisons médicales. En effet, l'organisation même de ses structures (autogestionnaires) et le fait

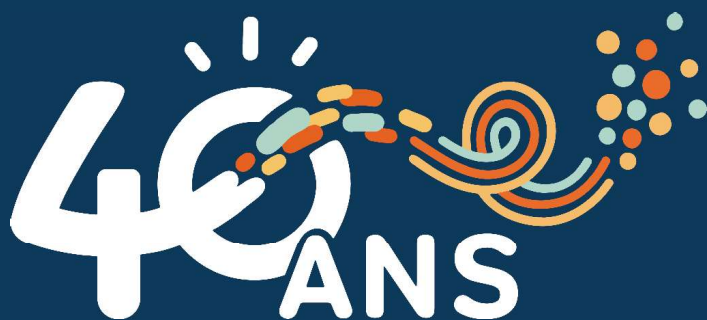


que les représentations politiques soient portées par des soignants de première ligne permettent de faire connaître et reconnaître leur réalité ainsi que celle des patients. Le modèle des maisons médicales séduit les uns et les autres. Loin de la vision étroite des années 1980 de centres de santé pour les pauvres, le modèle des maisons médicales intégrées dans leur quartier et dans les réseaux primaires des patients répond plutôt à une demande de proximité, d'écoute et à une approche globale de la santé. C'est également un modèle qui répond aux besoins des soignants qui veulent de moins en moins travailler seuls et recherchent un meilleur équilibre professionnel.

### **Accompagner**

Parallèlement à cette évolution, la Fédération grandit et construit un service de soutien au développement de nouvelles maisons médicales. Elle compte aujourd'hui 125 membres en Wallonie et à Bruxelles. En fonction de leurs soignants, de leurs patients, de leurs partenaires locaux, ces maisons médicales ont développé leur propre histoire. Cette diversité, vécue parfois comme une difficulté, reste une richesse du mouvement. Une richesse qu'il faut pouvoir accompagner : développement et soutien à la création, soutien à la pratique, formations, représentation politique, éducation permanente, promotion de la santé... Aujourd'hui, l'objectif est non seulement de promouvoir le modèle des maisons médicales, mais aussi d'accompagner des équipes qui, sans relâche, remettent régulièrement leur travail en question. C'est cette recherche constante d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients, de l'organisation du travail, des équilibres professionnels, de l'organisation des soins de santé et même de la société belge et au-delà qui constitue le ciment de l'identité des maisons médicales. Il est impossible d'établir ici la liste de toutes les personnes – soignants, patients, sympathisants – qui ont marqué le mouvement de leur empreinte, elles sont trop nombreuses et toutes n'ont pas été sous la lumière des projecteurs. Toutes cependant ont œuvré à cette vision des soins de santé globaux, intégrés, continus et accessibles. Une vision de l'organisation des soins de santé primaires, et peut-être aussi de l'organisation du monde : un monde plus juste, plus solidaire et moins marqué par les inégalités. ■

**Rudy Pirard, président de l'organe d'administration  
de la Fédération des maisons médicales**



# DE A À Z, HISTOIRE(S) DU MOUVEMENT DES MAISONS MÉDICALES

**L'idée était de mettre un peu d'ordre dans les classeurs, de vider quelques armoires... mais quand on confie ce genre de mission à des archivistes et à des historiens, cela se transforme assez vite en chasse au trésor.**

**Pascale Meunier, rédactrice de *Santé conjugulée*.**

Ces dénicheuses de pépites, ces voyageuses dans le temps sont Marie-Laurence Dubois (Valorescence<sup>1</sup>) et Annette Hendrick (ORAM<sup>2</sup>). Leur inventaire et le classement des documents de la Fédération préparant la démarche historique proprement dite, pour laquelle elles ont fait appel à Jean-Louis Moreau, d'ORAM également. Pas question en effet de renvoyer ce patrimoine, certes classé, dans l'ombre, de laisser les traces s'évanouir... Annette et Jean-Louis l'ont transformé en un livre incroyable et passionnant. Entre dictionnaire et jeu de lettres, ils ont imaginé un abécédaire<sup>3</sup> dans lequel le lecteur rebondit de date en date, de concepts en notions, de luttes politiques en avancées sociales. La démarche est volontairement didactique, car il s'agit de mobiliser les plus jeunes, de les enraciner dans un très riche passé, de les encourager à s'approprier des valeurs sans cesse réactualisées. Et d'entretenir le débat.

## Suivez le fil...

Ils ont notamment remis la main sur les statuts primitifs signés par les premiers membres du conseil d'administration. « *C'était émouvant* », confient-ils, impressionnés par les méthodes de travail des pionniers du mouvement. « *Des réunions par téléphone, quelques notes... un côté tellement artisanal et en même temps, ça fonctionnait ! Ces gens travaillaient comme des fous, ils étaient au four et au moulin, en conférence, à s'occuper de la gestion, de l'animation tout en menant leur vie de soignants. Bénévolat et pauvreté de moyens... c'était l'âge héroïque !* »

Jean-Louis Moreau souligne la vigilance avec laquelle les témoignages ont été très tôt précieusement recueillis. « *Il n'est pas un congrès, pas un colloque où l'on n'évoque les moments forts du mouvement* », dit-il. « *Pour moi, enchaîne Annette Hendrick, tout comme le travail d'inventaire, la Fédération est un énorme puzzle. Et comme les pièces, ses éléments s'emboîtent. C'est dû à sa complexité : il y a énormément de points d'entrée, de caractéristiques locales, régionales, fédérales... Et puis une maison médicale n'est pas l'autre.* » Dans l'abécédaire, heureusement tout est soigneusement rangé. « *La Fédération et ses services, les maisons médicales et leurs valeurs, leurs amis et même ceux qui ne veulent pas être leurs amis, les institutions et les associations du non-marchand, le monde global et les initiatives de quartier, les travailleurs de la santé et leurs patients...* », énumèrent les auteurs. Le tout en 200 mots-clés. « *Le problème, c'est que l'on ne découpe pas facilement le monde de la Fédération en rondelles que l'on étiquette et range dans des tiroirs*, poursuivent-ils. *Prenez un bout des valeurs des maisons médicales et tirez : tout le reste suivra.* » Chance, ils ont pensé à tout : pour traverser ces quarante années d'histoire(s) sans s'égarer, une ligne du temps replace les petits événements dans les grands, qu'ils soient sociaux, médicaux, sociétaux, institutionnels ou légaux.

Vous pourrez dérouler ce fil d'Ariane dans les pages qui suivent. Et pour découvrir l'abécédaire, il suffit de le commander ou de le parcourir sur le site [www.maisonsmedicale.org](http://www.maisonsmedicale.org). ■

1. [www.oram.be](http://www.oram.be)

2. [www.valorescence.be](http://www.valorescence.be).

3. A. Hendrick, J.-L. Moreau, *De A à Z, Histoire(s) du mouvement des maisons médicales*, Fédération des maisons médicales/ORAM, 2022.

## INSTITUTIONNEL & LÉGAL

1962-63

Lois fixant la frontière linguistique, l'unilinguisme en Flandre et en Wallonie, le bilinguisme dans l'agglomération bruxelloise

1963

Loi Leburton sur la Sécurité sociale

1964

Création de l'Inami

1964

Création du Front démocratique des francophones (FDF)

1967

Loi autorisant la contraception en Belgique

1968

Affaire de Louvain ; création du Rassemblement wallon et scission du PSC-CVP en ailes linguistiques

1970

Première réforme de l'État : création de trois communautés culturelles



1964

Création du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine)

1968

Premières expériences de médecine de groupe

# 1963

## GERM : GROUPE D'ÉTUDE POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE

# 1970

1963

Formation des chambres syndicales de médecins



1964

Première grève des médecins

1965

Création du GBO (Groupement belge des omnipraticiens)

1966

Premier numéro de la *Lettre d'information* du GERM

1965

Le gouvernement annonce un plan de restructuration des charbonnages

1966

Grève des ouvrières de la FN qui réclament un salaire égal à leurs homologues masculins

1967

Premier groupe Balint en Belgique

1968

Création de la Société scientifique de médecine générale (SSMG)

Mai 1968

Manifestations étudiantes et troubles sociaux

1969

La grippe de Hong Kong fait le tour de la planète, tuant un million de personnes et 10 000 en Belgique (aucune mesure gouvernementale ni alerte médicale)



1974

La loi Perin-Vandekerckhove fixe les limites des régions et les dote d'institutions provisoires : Conseil régional consultatif et Comité ministériel avec des compétences notamment en santé publique



1972  
Création des deux premières maisons médicales

1974

Création d'un Front national pour une médecine au service du peuple

1977

Fusion des communes

1977

Pacte d'Egmont, projet de fédéralisation de la Belgique ; il provoque la chute du gouvernement Tindemans, la scission du Parti socialiste belge et une réorganisation des partis nationalistes flamands

1979

Création d'un Front pour une médecine progressiste

1979

Assemblée de représentants de maisons médicales à Wépion (novembre)



1971

1971  
Publication par le GERM du livre blanc *Pour une politique de santé*

1971

Amada ouvre la première maison médicale à Hoboken, embryon de Médecine du Peuple

1973

Arrestation du docteur Willy Peers pour avoir pratiqué un avortement

1973

Légalisation de la vente de la pilule contraceptive

1973

Premier choc pétrolier



1976

Création des premières maisons médicales en Flandre

1978

Conférence de l'OMS à Alma-Ata

1977

Les ministres européens de la Santé se rencontrent pour la première fois

1976

1976

Interdiction de fumer dans les transports publics

1978

L'insuline humaine est produite pour la première fois par une bactérie transgénétique

Deuxième choc pétrolier

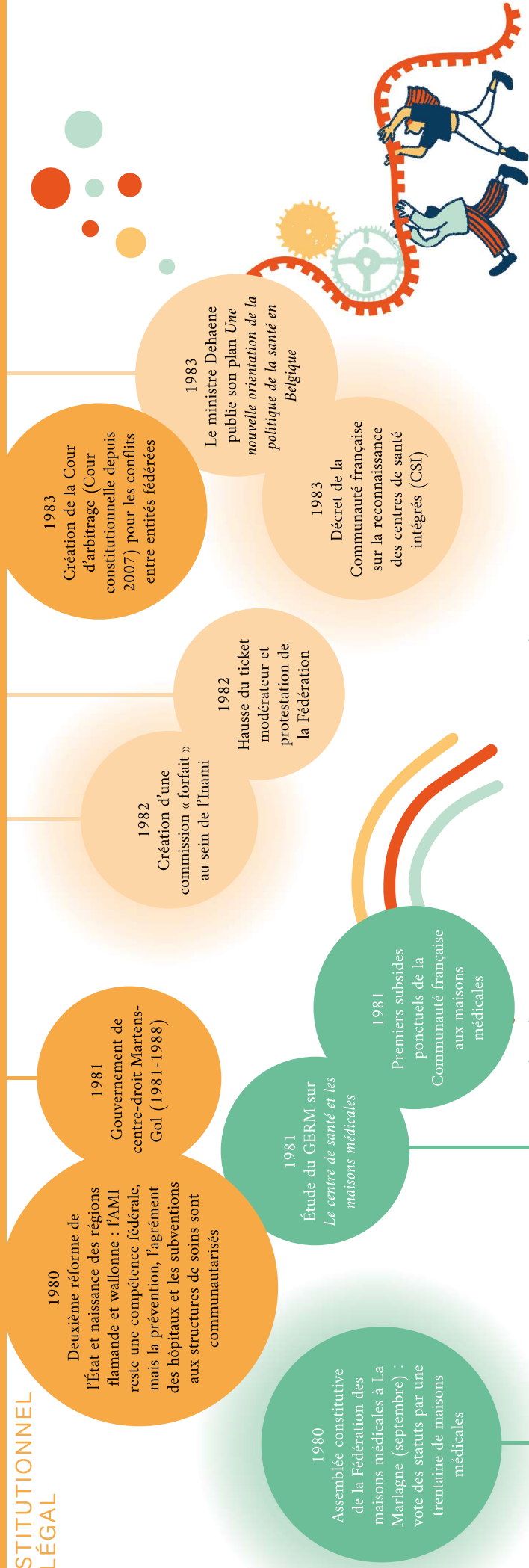
1979

Deuxième grève des médecins (23 décembre au 17 janvier 1980) et résistance des généralistes

GERM : GROUPE D'ÉTUDE POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE

1979

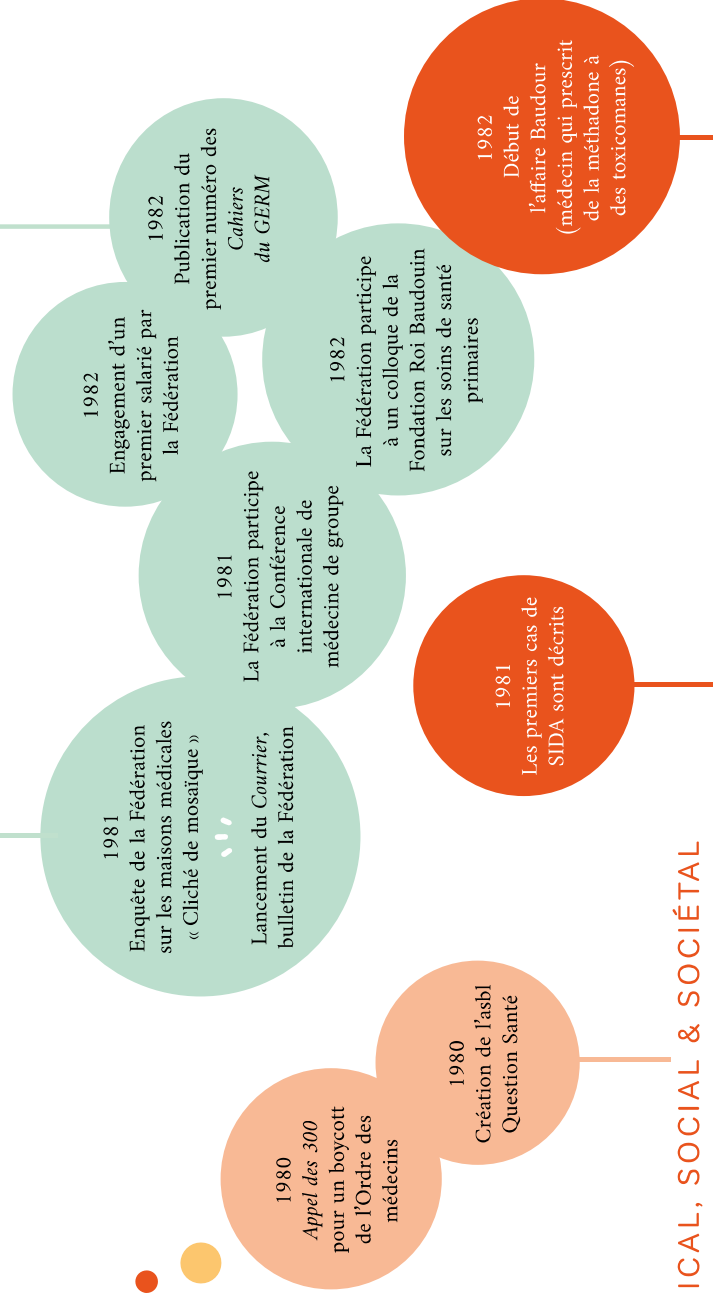
## INSTITUTIONNEL & LÉGAL



1980

## FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

1984







1986

Accords de Val  
Duchesse avec entre  
autres la suppression du  
tiers payant pour les  
soins ambulatoires

1986

Abrogation du  
décret sur les centres  
de santé intégrés  
(CSI)

1986

Premier congrès  
de la Fédération sur  
*Le CSI, base d'une  
politique de santé ;*  
cinq délégations  
étrangères y  
participent

1988

Premier  
arrêté pris par la  
Communauté française  
sur la prévention et  
l'éducation à la santé

1989

Troisième réforme de  
l'État : création de la  
Région de Bruxelles-  
Capitale

1989

Pénalisation  
du viol entre  
époux



1989

Rédaction de la  
*Plateforme pour la  
Fédération des maisons  
médicales* (premier texte  
programmatique)

1985

1985

Création de  
l'École dispersée  
de santé

1985

SOS Racisme  
lance le slogan  
*Touche pas à  
mon pote*

1986

Charte d'Ottawa  
sur la santé  
communautaire  
adoptée par  
l'OMS

1986

Lancement du projet  
européen *Villes Santé*

1986

Fédération des  
associations des  
médecins généralistes  
de Bruxelles

1986

Catastrophe de  
Tchernobyl

1987

Création d'un  
groupe sectoriel  
« infirmières »

1987

Création du SEPSAC  
(Secrétariat européen  
des pratiques de santé  
communautaires)

1988

Début de la  
conception d'un  
logiciel de gestion des  
centres de santé

1989

Début de la  
recherche-action sur le  
rôle des centres de santé  
intégrés (CSI) en santé  
communautaire, puis  
sur l'éducation en  
prévention

1989

La majorité civile  
est désormais fixée  
à 18 ans

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

1989



1990  
Premier colloque interne de la Fédération à Herbeumont



1991  
Deuxième congrès sur *La plainte et la réponse à la plainte* (dixième anniversaire de la Fédération)

1991  
La Fédération s'affilie au GBO

1992

Traité de Maastricht et création de l'Union européenne

1992  
Première revalorisation du forfait par l'Inami

1992  
Projet de loi Lallemand sur la légalisation de la méthadone

1992  
La Région bruxelloise se dote d'un Observatoire de la santé

1993

Décret Magda De Galan sur les associations de santé intégrées (ASI)

1993

Quatrième réforme de l'État : premier transfert de compétences en matière de santé de la Communauté française aux régions

1993

Entrée en vigueur du Marché unique européen

1994

Reconnaissance de la Fédération des maisons médicales comme organisation d'éducation permanente

1993

Fin d'activité du GERM dont l'héritage est repris par la Fédération

## 1990

## FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

## 1994

1991

Création du comité d'éthique de la Fédération

1992

Création par la Fédération d'Immuno-Santé, coopérative immobilière

1992

L'intergroupe liégeois est le premier à se constituer en asbl

1992

Création du Centre de recherche CERISSP et du CEDOSSP (aujourd'hui Centre de documentation santé Bruxelles ou CDSB)

1993

Formations à la transdisciplinarité, à l'accueil

1994

Début du programme *Agir ensemble en prévention* (1994-2013)

1990

Le roi Baudouin est mis en impossibilité de régner sur son refus de signer la loi sur l'IVG

1994

La Fédération participe à la création de la FASS (Fédération des associations sociales et de santé)

1994

Pic du chômage : 740 000 chômeurs complets indemnisés en Belgique



1995

Scission de la province de Brabant en Brabant flamand et Brabant wallon

1996

Deuxième revalorisation du forfait par l'Inami

1997

Décret de la Communauté française sur la promotion de la santé : début des centres locaux de promotion de la santé

1996

Troisième congrès de la Fédération sur le thème *Un outil de santé pour l'avenir : les maisons médicales*

Première version de la charte des maisons médicales et premier cahier de revendications politiques

1996-97

Création de la cellule politique, ancêtre du bureau stratégique

1997

Loi interdisant la publicité pour le tabac

1998

Premières élections médico-mutuellistes et victoire du Cartel des généralistes

Installation du Dossier médical global (DMG)



1995

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

1999

1999

Premières activités du groupe sectoriel « accueil »

Le logiciel de gestion des centres de santé est renommé PRICARE

1998

Premier permanent engagé dans un intergroupe

1998

Création de l'asbl SACOPAR (Santé-communauté-participation)

1997

Premier groupe de travail « kinésithérapeutes »

1997

Premier numéro de *Santé conjugulée*

1997

Création de la LUSS (Ligue des usagers des services de santé)

1996

Premier essai du DSI (Dossier santé informatisé)

1996

Premier numéro du bulletin *News*

1996

Colloque du SEPSAC à Gand sur *La participation de l'usager*

1995

Suppression du service militaire obligatoire

1996

L'affaire Dutroux ébranle la société belge : une marche blanche rassemble 300 000 personnes à Bruxelles

1999

Adoption de l'euro

1999

Scandale de la contamination de la volaille par la dioxine



2000  
Premiers accords du non-marchand

2001  
Cinquième réforme de l'État et accords du Lambermont : refinancement des communautés

2002  
Loi sur les droits des patients

2002  
Légalisation des traitements de substitution pour les toxicomanes (méthadone)

2002  
Les maisons médicales sont incluses dans les accords du non-marchand au niveau fédéral

2003  
Création du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé)

2002  
Création des services intégrés de soins à domicile (SISD)

2001  
Quatrième congrès de la Fédération sur la santé communautaire intitulé *Santé de proximité : à la croisée des chemins*

2002  
Dixième colloque, sur l'interdisciplinarité

2000

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

2004

2001  
Création du service « Développement des maisons médicales et gestion »

2002  
Fondation de l'asbl IFIC (Institut de classification de fonctions) par les syndicats et employeurs du secteur santé (redéfinition des fonctions des travailleurs relevant de la commission paritaire 330 et calcul de nouveaux barèmes)

2002  
La Belgique est le deuxième pays au monde après les Pays-Bas à légaliser l'euthanasie

2003  
Reconnaissance légale du mariage homosexuel  
L'âge moyen des Belges dépasse pour la première fois 40 ans

2004

L'Union européenne lance le projet *Closing the gap* pour réduire les inégalités de santé (il y aura quatre projets réussis en dix ans)



2005

Les maisons médicales sont incluses dans les accords du non-marchand en Région wallonne

2006

Lancement au niveau fédéral du plan Impulseo (lutte contre les déserts médicaux)

2005

Le chantier de révision de la *charte des maisons médicales* aboutit en janvier

2006

Congrès du vingt-cinquième anniversaire de la Fédération à Louvain-la-Neuve sur le thème *Refondre les pratiques sociales et les pratiques de santé*

2007

Audit interne de la Fédération et révision de son organigramme

2008

Étude du KCE sur les coûts de la médecine au forfait

2008

Décret wallon sur les associations de santé intégrées (ASI)

2009

Mégadécret bruxellois sur les services ambulatoires

Mise en train du CWASS (Conseil wallon de l'action sociale et de la santé)

2009

Première *Note d'orientation* de la Fédération (2010-2012)

## 2005

### FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

## 2009

2005

Création de PSMG (Promo santé et médecine générale) par la Fédération et la Société scientifique de médecine générale (SSMG)

2006

Création de l'UOS (Université ouverte en santé)

2007

Formation d'une couple de fédérations de maisons médicales francophone et flamande

2008

Création de l'asbl CBCS (Conseil bruxellois de coordination sociopolitique) pour assurer un contact entre les organisations privées francophones de l'action sociale et de la santé ambulatoire

2008

Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé organisé à Mons sur le thème *Des territoires en action pour la santé de tous*

2009

Publication de l'*Action communautaire en santé* par le SEPSAC

2005

Création de l'*European Forum for Primary Care*

2005

Nouveau pic du chômage (740 000 chômeurs complets)

2006

Création de la PASS (Plateforme d'action santé et solidarité)

2008

Crise financière internationale : sauvetage des banques Fortis et Dexia

2009

Pandémie grippale H1N1

2009

Interdiction de vendre ou servir de l'alcool à toute personne de moins de 16 ans





2011

La Belgique reste 541 jours sans gouvernement : la plus longue crise politique de l'histoire européenne



2011

Publication du code wallon de l'action sociale et de la santé

2012

Sixième réforme de l'État : fédéralisation de nouvelles compétences de santé.

2013

Accords de la Sainte-Émilie et transfert des communautés aux régions de compétences en prévention et promotion de la santé

2013

Réforme du système de financement au forfait par l'Inami

2012

Deuxième Note d'orientation de la Fédération (2013-2017)

2011

Sixième congrès de la Fédération sur le thème *Je rêve d'un autre monde*

2014

La Fédération décide de rester unitaire à Bruxelles et en Wallonie

2010

2010

Création de la FEDEMMCOOP (accès des maisons médicales au crédit)

2012

La Fédération participe au plan d'action quinquennal *e-santé* (ou *e-health*)

2014

Projet de centre psycho-médico-social à Molenbeek (élargissement du concept de transdisciplinarité)

2012

La Fédération soutient la grève générale menée contre les mesures d'austérité du gouvernement Di Rupo

2014

Le syndicat essentiellement flamand AADM (Alliantie Artsenbelang-Domus Medica) gagne les élections médico-mutuellistes

2015

Création de la Fédération des associations de généralistes de la Région wallonne asbl

2014

Recherche-action sur le *Label* des maisons médicales

2015

Projet PRIMM (Promotion et renforcement de l'interdisciplinarité en maisons médicales)

2011

Interdiction de fumer dans tous les lieux publics fermés

2012

La population belge dépasse les 11 millions

2015

100 000 personnes manifestent contre les réformes socio-économiques annoncées par le gouvernement Michel

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

2015



## INSTITUTIONNEL & LÉGAL

2016

Création de l'AVIQ  
(Agence pour une  
vie de qualité)

2016-2018

Moratoire Maggie  
De Block sur la  
création de nouvelles  
maisons médicales  
au forfait

2017

Création  
d'IRISCARE,  
organisme d'intérêt  
public bruxellois  
pour la santé et  
le social

2018

Entrée en vigueur  
du règlement européen  
RGPD (règlement  
général sur la  
protection des  
données)

2019

La Belgique reste  
seize mois sans  
gouvernement

2020

Arrêté royal  
modifiant le calcul  
du forfait

2020

Reconnaissance  
au niveau fédéral  
du modèle salarial  
IFIC

2019

Nouveau code  
des sociétés et des  
associations assimilant  
les asbl à des sociétés  
commerciales

2017

Troisième *Note  
d'orientation* de  
la Fédération  
(2018-2023)

2017

Septième congrès  
sur le thème *Retour  
vers le futur. Les  
maisons médicales en  
mouvement*

2018

La Fédération  
réorganise ses  
structures autour de  
treize missions qu'elle  
entend assumer

2022

Huitième congrès de  
la Fédération  
(quantième anniversaire)  
sur le thème *La solidarité et  
l'accessibilité au système  
de santé à travers  
la culture*



## 2016

2016

Le Fonds de  
soutien aux maisons  
médicales remplace  
FEDEMCOOP

2016

Création de la  
FWPS (Fédération  
wallonne de  
promotion de  
la santé)

2016

Attentats terroristes  
à l'aéroport et dans  
le métro bruxellois :  
32 morts et  
340 blessés

2017

Début du  
projet DEQuaP  
(Développons  
ensemble la  
qualité de nos  
pratiques)

2018

Création de l'asbl  
PPLW (Plateforme  
première ligne en  
Wallonie)

2018

Début du  
mouvement des  
Gilets jaunes

2018

65 000 personnes  
défilent à Bruxelles  
lors de la marche  
pour le climat

2017

Le nombre de personnes  
atteintes de démence est  
estimé pour la Belgique  
à 212 000 dont les deux  
tiers atteints de la maladie  
d'Alzheimer. Sept sur dix  
vivent à domicile

2019

Création de la  
Plateforme première  
ligne bruxelloise

2021

Mise en service  
de l'extranet de la  
Fédération

2019

La Fédération participe  
au premier congrès  
du Réseau international  
francophone sur la  
responsabilité sociale  
en santé

2021

Inondations  
catastrophiques en  
Belgique

2020

Pandémie : la balance  
entre naissances et décès  
est négative pour la  
première fois depuis les  
années 1940

## FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

## 2022

## MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

# (RE)CRÉER DES ESPACES POLITIQUES

Tel est l'objectif des patients et soignants qui ont expérimenté l'outil « porteur de paroles », une technique d'animation en éducation permanente pratiquée à l'occasion des quarante ans de la Fédération des maisons médicales.

**Pauline Gillard, chargée de projets en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.**

Inventé en 2002 par l'association Lézards politiques et diffusé par diverses coopératives d'éducation populaire françaises, le porteur de paroles est un outil d'animation qui vise à (re)créer du débat politique dans l'espace public autour d'une question préalablement construite par ses animateurs<sup>1</sup>. Affichée sur un panneau de grand format suspendu au mobilier urbain, cette question invite les passants à débattre d'un sujet de société. Quelques paroles sont collectées par des animateurs et retranscrites sur des affiches accrochées à côté de la question. Petit à petit, une exposition se crée dans la rue et nourrit la discussion avec d'autres inconnus.

## Pourquoi organiser un porteur de paroles ?

Cette initiative repose sur plusieurs constats<sup>2</sup> :

- L'espace public tend à se réduire à un lieu de consommation ou de circulation.
- La population tend à fuir les organisations politiques dans lesquelles elle n'a plus confiance.
- Les réunions politiques attirent toujours les mêmes participants.
- Les citoyens sont cantonnés à un rôle de consommation politique lorsqu'ils sont invités à s'exprimer sur des programmes ou à opter pour des propositions élaborées sans leur concours.

Pour autant, cela ne signifie pas que la population se désintéresse de la politique. En créant des espaces qui facilitent la prise de parole de celles et ceux qui ne se rendent jamais dans des lieux de débat formels ou qui n'osent pas s'exprimer, le porteur de paroles répond au besoin de parler librement de politique et de débattre

d'enjeux de société. Ce faisant, le porteur de parole permet de « faire prendre conscience aux gens eux-mêmes qu'ils ont des choses à dire, pour peu qu'on leur en donne l'occasion, et de valoriser leur parole en l'affichant dans l'espace public »<sup>3</sup>, comme l'exposent les membres de la Société coopérative et participative (SCOP) Le Contrepied.

Qu'il prenne ou non la forme d'une enquête publique préfigurant la mise en œuvre d'un projet cherchant à s'enrichir d'autres points de vue, cet outil permet d'appréhender autrement les réalités sociales en recueillant les représentations de personnes que l'on ne rencontre pas dans d'autres contextes. Yaëlle Vanheuverzwijn, coordinatrice de l'intergroupe du Brabant wallon de la Fédération des maisons médicales, confirme : « Cet outil permet de recueillir une pluralité de points de vue et de sortir de l'entre-soi. Il nous confronte à des discussions que nous n'aurions probablement pas eues autrement. Je l'ai vécu comme un moment suspendu avec des gens que je ne côtoie pas habituellement. » Avec plusieurs de ses collègues, elle s'est formée à cette technique d'animation, appliquée à large échelle à l'automne dernier lors d'actions locales marquant les quarante ans de la Fédération.

## Comment procéder ?

La première étape consiste à choisir un thème qui intéresse et motive les animateurs. Un brainstorming sur le sujet permet d'identifier la diversité des représentations sociales qu'il sous-tend selon le vécu, la position sociale, la profession, etc. Après s'être interrogé sur les objectifs poursuivis par le groupe (quelles réflexions et réactions le groupe désire-t-il provoquer ?), il faut trouver un point d'accroche afin de toucher

1. C. de Leu et T. Lesceux, « À la conquête du débat dans l'espace public avec le "Porteur de paroles" », *Fiches pédagogiques de l'Esperluette* n°105, septembre 2020.

2. Mouvement politique d'éducation populaire, *Porteur de paroles, un outil de débat public*, [www.m-pep.org](http://www.m-pep.org).

3. SCOP Le Contrepied, *Porteurs de parole. De l'éducation populaire dans la rue*, [www.sanstransition.org](http://www.sanstransition.org).

un maximum de personnes. Il ne reste alors qu'à formuler une question en veillant à ce qu'elle interpelle et soit suffisamment ouverte pour susciter le débat. Il est recommandé de tester préalablement cette question avec des collègues, des amis ou des proches pour éventuellement la retravailler.

Au cours des rencontres organisées par la Fédération à Gilly, Namur, Bruxelles et Liège, le thème retenu s'articulait à celui du congrès des quarante ans de la Fédération : la solidarité et l'accessibilité du système de santé. Trois questions ont été expérimentées : « *La santé pour tous, d'après vous comment pourrait-on faire ?* », « *Certains doivent choisir entre manger et se soigner. Qu'en pensez-vous ?* », « *Est-ce que c'est facile d'être en bonne santé aujourd'hui en Belgique ?* ». « *C'était des questions qui m'interpellaient, auxquelles je ne prétendais pas avoir de réponse et sur lesquelles je souhaitais me nourrir d'autres points de vue* », résume Marie-Agnès Broze, chargée de projets à la Fédération.

Par ailleurs, l'animation repose sur un minimum de cinq à six animateurs qui occupent des rôles différents : les animateurs de rencontre discutent avec les gens, pour se familiariser avec le dispositif, ils peuvent intervenir en binôme dans un premier temps ; les scribes retranscrivent les paroles récoltées sur des panneaux ; les observateurs s'assurent du bon déroulement des échanges et interviennent le cas échéant.

### S'approprier le dispositif

Le porteur de paroles est un outil d'animation facile à mettre en place au moyen d'une courte formation à la discussion politique qui mise sur les techniques d'entretien suivantes<sup>4</sup> :

- **L'écoute active** : les animateurs prennent le temps d'écouter les réactions des passants avant de leur demander d'argumenter leurs points de vue. Ce dispositif donne ainsi l'occasion aux animateurs d'expérimenter un changement de posture, comme en témoigne Marie Delval, coordinatrice des intergroupes des maisons médicales du Hainaut : « *En nous obligeant à nous mettre dans une posture d'écoute, ce dispositif met en lumière l'effort que cela peut représenter pour certains d'entre nous et à quel point nous l'adoptons peu dans notre quotidien.* »
- **L'empathie** : les animateurs tentent d'ap-

préhender le cadre de référence propre aux personnes interrogées qui fonde leurs représentations et leurs arguments.

- **La complexification des problèmes** : les animateurs essaient de dépasser les réponses toutes faites et montrent que le problème peut être envisagé différemment, que des solutions alternatives existent.
- **Le rejet de la neutralité et de l'attitude du professeur** : les animateurs n'adoptent pas une posture condescendante pour amener les passants à se questionner et à bousculer leurs certitudes. « *Le processus induit une discussion d'égal à égal sans que l'animateur prétende détenir le savoir* », explique Marie-Agnès Broze.
- **L'appel au vécu** : les animateurs invitent les gens à incarner leurs propos et à parler de leur vécu en posant les questions suivantes : « *Sur quoi vous appuyez-vous pour dire ça ?* », « *Comment en est-on arrivé là ?* », « *Que proposez-vous ?* ». Exercice à deux voix, le porteur de paroles exige des animateurs qu'ils partagent aussi leurs points de vue et anecdotes personnelles pour nourrir l'échange.

### Le jour J

Le choix du lieu a son importance. Il convient de privilégier un lieu de passage, pas trop bruyant, avec du mobilier urbain pour pouvoir accrocher les panneaux. Il est conseillé de repérer et d'observer le lieu à l'avance. La réussite de l'animation repose aussi sur ses aspects esthétiques et artistiques qui attireront les passants (couleurs, décorations...). « *Rien qu'en voyant les phrases affichées, même si vous ne les lisez pas toutes, vous savez que vous arrivez dans un espace où l'on va vous écouter* », estime Yaëlle Vanheuverzwijn.

Outre les espaces de discussion et d'exposition, d'autres zones peuvent être aménagées : « *l'espace moineau* », dans lequel sont exposés quelques panneaux destinés aux personnes timides ou réticentes qui ne souhaitent pas interagir avec les animateurs ; « *l'espace de détente* », qui accueille celles et ceux qui sou-

## « Certains doivent choisir entre manger et se soigner. Qu'en pensez-vous ? »

4. La Fédération des maisons médicales organise la formation « S'approprier l'espace public comme lieu de débat » à la demande des professionnels et des patients.

haitent poursuivre la discussion autour d'un café et d'une collation.

Une fois les rôles répartis, le matériel installé et la question affichée, l'animation peut commencer. Les phrases d'accroche telles que « *Alors qu'est-ce que cela vous inspire ?* » ou « *Vous avez l'air sceptique !* » sont utiles pour engager une conversation. Au cours des débats, les animateurs prennent quelques notes dans un carnet afin de garder une trace des « pépites », ces phrases qui les marquent par leur profondeur ou leur singularité et qui seront exposées. Avec l'accord des participants, les scribes les retranscrivent sur des panneaux en précisant le prénom et l'âge de la personne interrogée. Des points de vue contradictoires sont exposés les uns à côté des autres pour encourager les réactions d'autres passants. « *Les gens ont tendance à minimiser leurs propres paroles, constate Marie Delval, alors que leurs phrases sont tellement politiques et parfaitement résumées sans que nous intervenions !* » Il n'est cependant pas nécessaire de produire un panneau à chaque rencontre, l'enjeu étant surtout d'engager une conversation et de recréer du débat dans la rue.

### Et après ?

Que faire des éléments récoltés dans ce cadre ? Il y a deux écoles. La première considère que ce dispositif est « *une pratique altruiste, humaniste qui perdra nécessairement son âme à vouloir en faire quoi que ce soit d'autre que d'offrir et de s'offrir des rencontres accidentelles* », d'après les membres de la SCOP Le Contrepied<sup>5</sup>. L'exploitation des idées récoltées reviendrait à pervertir le sens de la démarche. Cette perspective n'empêche pas les animateurs de réitérer le processus au même endroit en invitant la population à prendre l'habitude de se questionner et de se positionner sur des sujets de société.

Pour la deuxième école, « *se suffire de quelques rencontres en rue, [cela revient à] s'arrêter au milieu du chemin, [à] ne pas prendre ses responsabilités pour donner de l'écho aux paroles que l'on souhaite porter* »<sup>6</sup>. Dans cette optique, les animateurs peuvent poursuivre plusieurs visées : alimenter un groupe de réflexion, préparer la mise en œuvre d'un projet, susciter la réaction des participants en marge d'un colloque, décorer les locaux d'une association, faire connaître une institution, etc. « *À Liège, j'ai discuté avec un*

### Florilège

« *Trop de ministres de la Santé, c'est beaucoup d'argent gaspillé !* » (Marie, 59 ans).

« *On doit écouter la jeunesse, elle a beaucoup à nous apporter* » (Carmen, 71 ans).

« *L'État investit énormément dans l'armement au détriment des politiques sociales. Il faut sortir du capitalisme et penser à l'environnement !* » (Alain, 64 ans).

« *La santé doit s'envisager dans sa globalité avec une qualité et une accessibilité égalitaire pour tous. Pour une couverture de base universelle ! En route vers la solidarité !* » (Clémence, 30 ans).

« *Il faut déconstruire l'idée selon laquelle "gratuit" des soins = qualité moindre ou patient qui abuse. C'est faux et les maisons médicales le prouvent* » (Céline, 30 ans).

« *Quand on dépend du CPAS, on ne peut pas avoir tous les médicaments dont on a besoin* » (Jacques, 50 ans).

« *Il faudrait pouvoir élargir l'accès aux soins en termes de suivi social et psychologique* » (Louise, 25 ans).

« *Plus de prévention ! La santé dans toutes les politiques !* » (Anouk).

« *Il faudrait auditer les chirurgiens qui empochent des sommes folles pour des opérations* » (Baptiste).

monsieur qui habitait le quartier depuis toujours et qui ne connaissait pas la maison médicale », rapporte Joana Fisse, assistante sociale et animatrice en santé communautaire à la maison médicale Trooz Santé. « *Rien que le fait d'être sorti de chez lui et d'avoir discuté avec nous pendant une heure, c'était une réussite ! Maintenant il a identifié ce qu'était une maison médicale.* »

À l'occasion du congrès des quarante ans de la Fédération, nous porterons la parole de celles et ceux qui se sont exprimés autour du thème de l'accessibilité des soins de santé en exposant quelques-unes de leurs pépites. D'autres animateurs souhaitent réutiliser cet outil à l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes et d'une rencontre dans le Hainaut proposée par des patients. Autant d'opportunités pour les soignants et patients des maisons médicales de partager leur engouement pour ce dispositif qui réhabilite le débat politique dans l'espace public. ■

5. SCOP, op cit.

6. Op cit.

Pour en savoir plus, voir le documentaire d'A. Blondeau « Le porteur de paroles », [www.youtube.com](http://www.youtube.com).

# L'HISTOIRE, UN LEVIER DE FORMATION

**En engageant public, soignants, patients et partenaires à se situer sur une ligne du temps ou en évoquant des événements fondateurs du mouvement et de l'histoire du pays, les animatrices de la Fédération les invitent à garder l'œil sur le rétroviseur.**

**Sophie Bodarwé, chargée de projets à la Fédération des maisons médicales.**

**A** Gilly, Namur, Bruxelles ou Liège, quelques tonnelles, un lieu d'accueil et, à côté du dispositif Porteur de paroles mis en place lors d'actions locales célébrant les quarante ans de la Fédération<sup>1</sup>, un public nombreux discute à bâtons rompus devant de mystérieuses affichettes colorées ponctuées de données chiffrées : « 1980 : 20 Mémés », « 2014 : 100 Mémés, 1 500 travailleurs, 240 000 patients », ou d'images sans légendes : la une d'un journal évoquant le krach boursier de 2008, un slogan pour la légalisation de l'avortement, une photographie de manifestants en action. Si l'on s'approche, on entend quelques personnes les commenter et questionner : « Ça vous parle, ça, le GERM ? », « Et vous, quand vous êtes-vous inscrite en maison médicale ? ».

## Raconter, se raconter

Des discussions s'engagent et petit à petit se mêlent petite et grande histoire. La petite, c'est celle des travailleurs, des patients, des passants, la vie de tous les jours avec ses balises individuelles importantes ; la grande, c'est celle qui réunit ces mêmes travailleurs, patients et passants et qui constitue ce que l'on appelle des moments fondateurs, plutôt collectifs ceux-là : la grève des médecins en 1964 puis en 1979, la lutte acharnée pour la mise en place du forfait ou encore le premier dossier santé informatisé. À partir de ces instants affichés, il s'agissait de se parler, de se raconter notre passé, notre présent et d'évoquer notre futur. Des souvenirs aux problématiques d'aujourd'hui, chaque témoignage alimente le fil de l'histoire. Les souhaits pour demain deviendront-ils des propositions concrètes ? Les patients parlent à leur maison médicale, les travailleurs parlent de leur expé-

rience, de la Fédération et du mouvement. Ce qui les amène sous la tonnelle, c'est l'expression de la gratitude (« Mai 2019, je deviens patient d'une maison médicale qui accepte mes conditions et particularités »), mais aussi des envies (« On veut plus de santé communautaire », « On attend le retour du comité de patients ») et des revendications (« Davantage de financement ! », « Une maison médicale par quartier ! »). Ces rencontres sont une occasion de confronter ses représentations et une série de faits sélectionnés et interprétés de manière orientée : pour comprendre pourquoi et comment nous sommes ici aujourd'hui, il faut s'intéresser aux combats et aux choix de ceux qui nous précèdent sans naturaliser cette histoire. Elle s'inscrit dans des enjeux et une certaine vision contestataire.

## Les défis anciens et nouveaux

Février 2022, deuxième journée de la formation dédiée aux nouveaux travailleurs de maison médicale. Ils sont une quinzaine, venus de maisons médicales à l'acte ou au forfait et des quatre coins du territoire. Fraichement sortis de l'école ou embauchés depuis peu dans une maison médicale qui débute ou déjà plus instituée... ils sont un peu timides au début : « On n'avait pas imaginé qu'il y avait un "mouvement" au-delà de notre maison médicale... ». Et puis l'ambiance se réchauffe et il est question d'histoire. Ou plutôt de généalogie. Quelle différence ? « Si l'histoire est une tentative de reconstitution du passé, la généalogie s'apparente à une remontée dans le pas-

**Des souvenirs aux problématiques d'aujourd'hui, chaque témoignage alimente le fil de l'histoire.**

1. Voir l'article de P. Gillard, « (Re)créer des espaces politiques », p. 16 de ce numéro.



**Le regard porté sur le passé offre la distance nécessaire pour situer les actions dans un cadre à la fois onirique et réaliste.**

*sé. Plutôt que de faire revivre un monde, il s'agit de renouer les fils, de tracer les lignages, de découvrir les embranchements à partir d'objets et de questions du présent. Il s'agit aussi de mettre en lumière les rapports de forces qui président à la production de la vérité.»<sup>2</sup> Ainsi, cette « animation » autour*

de l'histoire constitue une pièce de puzzle, un des enjeux pour esquisser une photographie d'une santé publique que nous avons envie d'élaborer dans le mouvement. Encore faut-il faire émerger le concept de « santé publique » et s'en chercher une vision partagée. On peut en avoir une vision large entendue comme une pratique collective de lutte contre les menaces corporelles, ou une vision plus circonscrite, en tant que projet collectif de défense du bien commun.

Une autre animation éveille ces questionnements comme un autre élément du puzzle. Ici, comme dans les faits historiques racontés, il est question de « vérité » : qui décide à un moment du choix des normes, seuils, méthodes de diagnostics et « choix d'une interprétation » d'une « maladie » qui auront pour corollaires des actions éducatives par exemple, alors que souvent elle est la conséquence des inégalités sociales et devrait appeler des mesures structurelles. Un autre exercice encore, autre pièce de puzzle à assembler, invite à envisager la part des déterminants de santé à l'échelle des populations. Se pose inévitablement la question de la manière d'agir autour de ces différents facteurs. Très concrètement, les participants sont invités à s'accorder sur des proportions et, au regard de la part limitée de l'impact du système de santé, on peut être tenté de baisser les bras<sup>3</sup>. C'est là que l'image du puzzle est pertinente, on peut remonter des liens et s'appuyer sur des constats et des luttes anciennes (qui semblent parfois très contemporaines) pour mettre au jour les audaces, les résistances, les acquis et lectures politiques des événements. Si d'autres ont réussi avant et ailleurs, pourquoi pas nous ? « *Si l'on accepte que la santé publique, comme situation, est aussi socialement produite par les conditions d'exis-*

*tence et les modes de vie, par l'environnement domestique et le milieu de travail, et de façon plus globale, par les grands processus qui structurent nos sociétés, alors la direction est clairement indiquée pour les interventions. Il s'agit de faire de la lutte contre les inégalités sociales en tant que telles une priorité en même temps qu'une grille de lecture et un instrument d'évaluation de l'action publique, et, plus spécifiquement, de la santé publique. En quoi ce que l'on fait réduit-il les inégalités existantes ? Telle devrait être la lancinante interrogation de toute politique sociale ou sanitaire, au lieu de : en quoi cela améliore-t-il un état de santé moyen ? »<sup>4</sup>*

À l'époque des « fondateurs et fondatrices », il fallait inventer un modèle, chercher, expérimenter. Aujourd'hui, il faut accueillir, expliquer, déployer le modèle avec des travailleuses et travailleurs qui souvent découvrent au moment d'entrer en maison médicale ces différentes pièces du puzzle et les manières de les imbriquer. Défis de transmission, d'appropriation, défi pour trouver sa place.

**Du rêve à la réalité, on construit**

Autour de ces rencontres et formations, nous tissons ces liens et ces généalogies. Nous interrogeons nos pratiques pour revenir à l'essentiel : la réduction des inégalités. Le regard porté sur le passé offre la distance nécessaire pour situer les actions dans un cadre à la fois onirique (puisqu'imaginées et mises en lutte) et réaliste (puisque concrétisées). Ce monde que l'on tente de mettre en place dans notre travail et dans nos équipes, on le rêve depuis longtemps au sein du mouvement<sup>5</sup>. Se souvenir de ce que les anciens ont mis au cœur de leurs luttes permet une vision à la fois large (le temps dans sa durée) et ciblée (l'objet de la lutte). La vision large, intégrant une évolution, permet d'en apprécier la justesse : ils se sont battus et l'histoire montre qu'ils ont eu raison de le faire puisqu'aujourd'hui les enjeux de l'époque sont devenus les valeurs développées dans la charte des maisons médicales. Pensons aux multiples rebondissements dans la bataille pour la mise en place du forfait et à son importance désormais dans le modèle des maisons médicales. Pensons aux grèves qui ont modifié les perceptions, rapproché les protagonistes et construit les fondations du mouvement. Gageons que les luttes et les succès actuels seront les normes de demain. ■

2. « Gouverner les vies », entretien avec Didier Fassin », propos recueillis par X. Molénat in *Michel Foucault*, Éd. Sciences humaines, 2017.  
3. [www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante](http://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante).  
4. D. Fassin, *Faire de la santé publique*, Éd. de l'École des hautes études en Santé publique, 2008.  
5. Dossier « Je rêve d'un autre monde. Oser rêver ! », *Santé conjugée* n° 54, octobre 2010.



# RÊVES DE SANTÉ

**Le journaliste Matthieu Cornélis a interviewé une vingtaine de personnalités qui ont fait et font encore le mouvement des maisons médicales. Un recueil sonore qui contribue à l'œuvre de mémoire et de transmission.**

**Pascale Meunier, rédactrice de Santé conjugulée.**

Le projet remonte à l'été 2021, à l'envie de marquer le coup pour les quarante ans de la Fédération des maisons médicales en recueillant les témoignages de ses pionniers. Pour se rappeler d'où l'on vient, du contexte et des enjeux de l'époque, des difficultés auxquelles ils ont dû faire face dans le développement d'une politique de soins pour toutes et tous à un prix raisonnable, par des équipes pluridisciplinaires en Wallonie et à Bruxelles. Il y avait un intérêt marqué pour la parole des anciens, mais aussi de plus jeunes, hommes et femmes, qui s'impliquent dans le mouvement actuellement. La somme de leurs traits, de leurs expériences et de leurs idéaux donne un visage à la Fédération.

## Polyphonie et unisson

« Mon objectif dans ce métier de portraitiste sonore, explique Matthieu Cornélis, c'est d'ouvrir un canal de communication privilégié avec chaque personne, d'instaurer une confiance et d'aller chercher en elle les mots qui la racontent. » À chaque témoin une tonalité, une anecdote, un éclairage, une interrogation, une aspiration, un combat, une victoire... « J'ai vraiment été surpris par le degré d'engagement de ces personnes, poursuit-il. J'ai rencontré des gens portés, animés, presque envahis par leur métier et le sens qu'ils y mettent. Tous sont désireux de se battre jusqu'au bout pour changer les choses, pour faire admettre que la première ligne est l'avenir des soins de santé, pour réduire les inégalités sociales. Oui, j'ai rencontré beaucoup d'idéalistes ! »

Pourquoi utiliser uniquement le son et pas l'écriture ou la vidéo ? « J'ai découvert les émotions que le son, que la voix, pouvait procurer. L'écrit permet des descriptions, mais il n'offre pas cette proximité avec la personne qui s'exprime, on n'a pas les silences, on n'a pas les hésitations, on n'a pas ces moments où l'on entend qu'elle a besoin d'un peu plus de temps pour formuler une réponse. Les silences en radio, ça veut dire quelque chose. Cela permet de dresser un portrait plus humain. Il y a des mots que je ne parviendrais pas à recueillir avec une caméra, qui est plus frontale, qui intimide davantage. L'image distrait aussi le spectateur alors que l'audio lui permet de rester concentré sur le message. »

Une vingtaine de témoins se sont livrés. L'histoire institutionnelle est ainsi faite d'histoires personnelles, de la conjugaison de valeurs individuelles et collectives, à l'échelle d'un quartier et de la société. « Certains d'entre eux se sont impliqués dans la Fédération dès sa constitution, d'autres l'étaient plutôt dans leur maison médicale et c'était leur manière de changer les choses. Avec beaucoup d'humilité, ils ne considèrent pas avoir joué un rôle énorme. Quand je leur demandais quel était le sens de leur témoignage, pourquoi à leur avis je m'adressais à eux, tous répondaient à peu près la même chose : j'imagine que j'ai joué un rôle dans la consolidation de la Fédération ou que j'ai participé à un projet qui a du sens... Mais nous étions nombreux ! » ■

Ces podcasts sont disponibles sur <https://40ans-fmm.be/#podcasts>. Les pages qui suivent présentent des extraits retranscrits de ces entretiens. Les vignettes de couleur renvoient au livre *De A à Z, Histoire(s) du mouvement des maisons médicales*, un abécédaire coécrit par les archivistes et historiens Annette Hendrick et Jean-Louis Moreau.

# JACQUES MOREL

## « C'EST LA SOCIÉTÉ QUI EST MALADE »

**Premier secrétaire général de la Fédération, il s'y est impliqué durant une trentaine d'années tout en pratiquant la médecine générale dès la naissance des maisons médicales. Comment définir ces centres de santé d'un genre nouveau ?**

**C'**est un peu l'alliance d'une préoccupation pour une médecine humaine et d'une dimension politique. Ils se fondent sur les travaux du GERM, le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine qui est né en 1964 et propose l'idée du centre de santé intégré qui à la fois intègre soins, prévention et revalidation. C'est la notion d'« intégrer » et de « santé », donc pas seulement se préoccuper du soin. Et pour s'occuper de la santé

**L'Ordre des médecins était très clairement dans les mains du monde spécialisé.**

des gens, il faut avoir une équipe pluridisciplinaire et pas qu'un médecin isolé. Et puis il y avait ce qui sortait en gros des auditoires de 68 sur la question du pouvoir : plus de mandarins, de chefs de service et de patrons de faculté ! Quelque chose de

collectif à mettre en place et derrière cela une réflexion sur le travail collectif. En gros : c'est la société qui est malade.

Les rapports avec l'Ordre des médecins sont très compliqués. D'une part parce que l'Ordre des médecins était très clairement dans les mains du monde spécialisé, tout comme le syndicat principal d'ailleurs, et donc à défendre ce modèle-là. D'autre part, ça a toujours été un milieu très libéral où tout ce qui était forme de collectivisation, santé publique et médecine sociale était mis dans un même paquet et présenté comme une manière de dévaloriser le brillant statut du médecin qui devait être indépendant,

autonome, et avoir — maintenir dans tous les cas — un certain pouvoir. L'Ordre des médecins a toujours été critique vis-à-vis du phénomène pluridisciplinaire, parce que c'était une façon de partager le savoir et de partager la pratique avec des gens qui étaient « d'un autre niveau » et qui habituellement dans le modèle hospitalier étaient plutôt inféodés au pouvoir du médecin. Au fur et à mesure que la dureté du commentaire de l'Ordre des médecins a gonflé s'est créé un mouvement qu'on a appelé ultérieurement l'Appel des 300 : 300 médecins qui ont décidé de ne plus payer leur cotisation à l'Ordre en réaction à cette position agressive vis-à-vis de leurs pratiques.

Procès, suspensions de praticiens, grèves de la faim... Les tensions durent une dizaine d'années, jusqu'à l'hiver 1979-1980 et la deuxième grève des médecins déclarée par le syndicat Wynen et ses affiliés, principalement d'obédience libérale. Une grève que cassent les équipes des maisons médicales afin d'assurer la continuité des soins à la population. La grève des médecins a cristallisé les maisons médicales et, autour des maisons médicales, une série de professionnels qui n'ont pas accepté l'attitude et la stratégie syndicale. Ça a été pour nous l'occasion de verrouiller d'une certaine manière le lien qui était en train de se créer, c'était l'occasion de recruter un certain nombre de médecins preneurs de rentrer dans cette antigrève. Ça a commencé à ouvrir les portes, que ce soit avec les syndicats ou avec des mutuelles, entrer progressivement en contact avec

### Appel des 300

Après la grève des médecins de 1979, des médecins non grévistes considèrent que l'Ordre des médecins s'est compromis en soutenant l'ABSyM et le docteur Wynen dans leur mouvement. Certains d'entre eux se regroupent pour signer l'Appel des 300 (mars 1980) par lequel ils refusent désormais de reconnaître l'autorité morale de l'Ordre, appellent à sa réforme et refusent en attendant de cotiser. Plusieurs procès s'en suivront pour obliger les récalcitrants à s'acquitter de leur cotisation, généralement gagnés par l'Ordre. Plusieurs fondateurs de maisons médicales ont signé l'Appel des 300. Certains médecins sont restés en dissidence jusqu'à l'été 2019, date à laquelle la hache de guerre a été enterrée.

des gens qui sont dans le rapport de force utile, notamment au niveau de l'Inami, des pouvoirs publics communautaires et régionaux. C'est une période où une série de structures se mettent en place : maisons médicales, centres de santé mentale, centres de planning familial, boutiques de droit, conseil juridique social. Il y a un mouvement de fond, de travail sur une alternative de l'offre en matière de travail social, une espèce de mouvement nécessaire pour se faire reconnaître et pour continuer à partager et à construire une identité encore très fugace.

En 1981, la Fédération des maisons médicales est née. Où se situe-t-elle par rapport à ses membres? Je ne pense pas qu'elle soit au-dessus

dans le sens où elle impose sa vision, je pense qu'elle est à la fois entre ses membres et en même temps la part convergente, visible de ses membres. Les modes d'organisation de la Fédération sont tels qu'ils sont largement collectifs. Le secrétariat général n'a été reconnu comme nécessaire à temps plein que deux ou trois ans avant que je ne parte, c'est-à-dire qu'il a fallu vingt ans pour que la structure, l'assemblée générale — donc les maisons médicales — accepte d'investir dans une fonction de coordination importante. Tout le reste du temps et encore maintenant d'ailleurs, c'est un bureau politique, un bureau stratégique, donc ça représente essentiellement des gens des maisons médicales qui délèguent des travailleurs pour venir co-organiser ensemble la Fédération. ■

## NATACHA CARRION

### « LE PROJET DE LA MAISON MÉDICALE, C'ÉTAIT LE RÊVE DEVANT MA PORTE »

**Médecin généraliste durant une trentaine d'années à la maison médicale Bautista van Schowen à Seraing, elle a avant cela exercé son métier au Chili, jusqu'à ce que l'arrivée du général Pinochet bouleverse sa vie... Elle raconte les débuts du mouvement des maisons médicales en Belgique et le contexte dans lequel est née la Fédération au début des années 1980.**

**A**u moment du coup d'État, le régime a décidé que nous étions des indésirables, des terroristes. J'ai été en prison pendant deux ans. Mon mari a disparu, certainement assassiné. Moi j'ai été sauvée de justesse. On m'a mise dans un avion, destination la Belgique, que mon père avait choisie comme pays d'accueil. On m'a dit : « Liège, c'est la province la plus rouge de Belgique. Et Seraing, c'est la ville la plus rouge de Liège ! » C'est une ville où il y a beaucoup d'immigrés, des immigrés arrivés par couches successives. Il y a eu des Polonais, des Espagnols, des Italiens. Et après des Marocains, des Algériens, ensuite des Tchétchènes... C'est une population très variée. Ils m'ont appris ce qui s'était passé en Espagne, et en Italie avec Mussolini... Ce sont des gens qui étaient très engagés politiquement, avec une conscience politique énorme. Tous savaient qui était Allende et ce qui s'était passé au Chili. C'était très émouvant. La maison médicale m'a contactée et on m'a demandé si j'étais intéressée d'y

travailler. Ça correspondait presque parfaitement à ce que mon compagnon de l'époque et moi nous pensions, on parlait beaucoup d'autogestion. Le projet de la maison médicale, c'était le rêve devant ma porte.

Durant l'hiver 1979, la majorité des médecins étaient en grève. Les travailleurs des maisons médicales qui ne partageaient pas les revendications des grévistes ont décidé d'assurer la continuité des soins à la population. On sentait que quelque chose se jouait. Quelques-uns de mes collègues ont créé une coordination, ils ont été aidés pour cela par les mutualités et les syndicats qui s'opposaient aussi à la grève des médecins. Ils ont compté d'une certaine façon avec ce mouvement pour se faire connaître des pouvoirs pu-

**On était très nombreux.  
Des idéalistes qui  
croyaient vraiment  
que la société  
pouvait changer.**

### Engagement (politique et social)

Nées dans le sillage de Mai 68, les premières maisons médicales ont des projets politiques et sociaux forts, en liaison d'ailleurs avec d'autres mouvements : syndicats, associations... Nombre de leurs fondateurs ont des opinions politiques marquées à gauche, mais variées (marxisme-léninisme, trotskysme, proudhonisme, anarchisme, etc.). La Fédération s'est efforcée de faire de cet engagement un principe à généraliser à l'ensemble des maisons médicales (même si certaines le jugent parfois secondaire). Un article de ses statuts prévoit dès 1980 que les membres de la Fédération optent en faveur de la réappropriation de la santé par la population et qu'ils doivent s'engager dans les luttes sociales en rapport avec la santé.

La Fédération a aussi invité ses travailleurs à témoigner des dysfonctionnements de la société qui ont un impact sur la santé, à interpeller la société, « à s'impliquer dans la lutte pour une société plus juste et plus conviviale » (1996). Depuis 1996, la Fédération publie régulièrement (et notamment lors des élections) des mémorandums et des cahiers de propositions politiques en matière de santé. Ses mandataires sont sensibilisés à la politique, notamment par des formations spécifiques (2007). Par l'action en santé communautaire, les maisons médicales veulent aussi étendre cet engagement politique aux patients. Elles les incitent à se mobiliser de façon concertée par rapport à l'ensemble des politiques publiques. Par ailleurs, la Fédération rédige à l'intention de ses membres des argumentaires politiques (depuis 2010).

*blics qui ignoraient l'existence même de ces groupes qui pratiquaient une solidarité, une médecine proche des gens, qui tenaient compte des désirs des patients, une médecine un peu autre, et qui en plus croyaient que les patients avaient un rôle important. Et je ne sais pas d'où est partie l'idée de réunir tous les gens qui d'une certaine façon avaient travaillé pendant la grève. Ils étaient tous plus ou moins de la même génération, d'universités différentes. Certainement qu'un petit groupe a dû négocier parce qu'ils se sont présentés comme le comité qui organisait l'antigrève. Un groupe s'est fait connaître du gouvernement et,*

*après, ils se sont dit « pourquoi pas se réunir pour voir ce que l'on peut faire ensemble puisqu'il semblerait que l'on peut un peu influencer les décisions en matière de santé ? »*

*On a fait cette réunion à La Marlagne. Ce n'était pas une réunion des dirigeants de maisons médicales, c'était une réunion pour tous les gens qui travaillaient en maison médicale. On était très nombreux. Des idéalistes qui croyaient vraiment que la société pouvait changer et que, comme médecin, on avait l'obligation d'une certaine façon de mettre notre grain de sable pour que ça change dans la bonne direction. La bonne direction étant plus de justice sociale, plus d'équité, une société où les hiérarchies s'effacent, où les travailleurs ont leur mot à dire dans les entreprises, etc. On s'était dit « on est plus forts ensemble ». C'était de l'activité militante, pas du bénévolat. On y va pour les idées qui sont portées et parce qu'on a quelque chose à défendre. La Fédération est une fédération dans laquelle chacun de nous s'impliquait presque de façon automatique. Il n'y avait pas un vouloir et un non-vouloir. Comme on s'impliquait dans le travail, on s'impliquait dans chaque projet qui était né dans toutes les maisons médicales. Et la Fédération a été un projet. Dès le début, nous nous sommes demandé comment faire pour savoir si les maisons médicales qui petit à petit adhéraient au mouvement correspondaient au modèle que nous voulions proposer. On pensait qu'il fallait écrire quelque part que pour être membre de la Fédération il fallait remplir un certain nombre de conditions. Il y a des critères obligatoires, par exemple que l'équipe soit multidisciplinaire. On a dit qu'au départ au moins elle devait être constituée de trois professions différentes, donc un médecin et une infirmière au minimum et ensuite, au choix, kinésithérapeute, accueillante... toutes les autres professions qui font partie de ce qu'on appelle la médecine de première ligne. L'autogestion est importante, cela signifie que les travailleurs ont un mot à dire, pas seulement sur leur métier, mais aussi sur la gestion complète de la maison médicale. Ensuite il y a une recherche active, dans les faits, d'une meilleure distribution des revenus : l'égalité salariale, l'idée que toutes les professions sont nécessaires et qu'une heure d'un médecin vaut autant que l'heure d'une infirmière, d'un kiné, de l'informaticien, de l'accueillante, du comptable parce que c'est une heure de travail. Le rôle de la Fédération par rapport aux équipes, c'est de poser des limites. Les principes doivent servir de guide. ■*

# RI DE RIDDER

## « UN SYSTÈME QUI N'EST PAS EFFICIENT »

**Il a créé l'une des premières maisons médicales en Flandre, où il y a travaillé durant plus de vingt ans. Il a ensuite dirigé l'Inami, l'Institut national d'assurance maladie invalidité. Aujourd'hui, il conseille le ministre fédéral de la Santé publique. Il connaît très bien le système belge de santé et ne manque pas d'idées pour le dépoussiérer.**

**J**e suis venu à Gand pour étudier et j'y suis resté. On a fondé dans ce quartier une maison médicale. En néerlandais, ça s'appelle *wijkgezondheidscentrum* — centre de santé de quartier. J'y ai travaillé pendant vingt-quatre ans comme médecin généraliste. En fait, la toute première maison médicale, c'était à Alken, dans le Limbourg. Ils avaient quelques mois d'avance sur nous ! On n'avait pas du tout envie d'entrer dans un modèle de médecin patron, autoritaire, hiérarchique. On voyait aussi à cette époque des problèmes de qualité de santé, le manque de dialogue avec le patient, l'exploitation... Il y avait l'idée de Alma Ata. On était inspirés par les centres de santé au Québec, par les *wereldscholen*, les écoles mondiales, les idées d'Ivan Illich autour de la médecine, de Paulo Freire sur l'éducation permanente, l'autodétermination, le socialisme de base. Ici, on a commencé avec des actions sociales autour des conditions d'emploi, de logement. La migration a explosé, la nouvelle cohorte de travailleurs venait remplacer les Espagnols et les Portugais dans les usines de textile à Gand. C'était une époque aussi de changements sociétaux importants avec cette émanation de l'extrême droite politique. Une partie des socialistes était portée par ces idées d'une autre vision de la santé. On a créé des liens, ça s'est construit d'abord avec la FGTB et avec la CSC, on a participé à des formations... ça a pris du temps, mais c'est essentiellement autour de l'action sur le forfait que l'on a vraiment eu des liens politiques et du soutien politique. Cette lutte pour le forfait était une lutte aussi pour une autre relation ou une autre position de la médecine au sein de la société.

Expert en politique de santé, Ri De Ridder est très critique par rapport au système belge. Je le trouve un peu dépassé. Il tourne sur d'anciens concepts comme le colloque singulier entre le médecin et le patient. Ça date d'une période où on avait de courts épisodes de maladie : on intervient, on gué-

rit et voilà. Ça a beaucoup changé. Dans la situation actuelle, 80 % du travail tourne autour de la maladie chronique ou de la dépendance. C'est très vétuste avec ce médecin qui reçoit ses honoraires — qui doit être honoré parce qu'il met à disposition sa connais-

### GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine)

Au lendemain de la grève des médecins de 1964, un groupe de médecins, dont beaucoup travaillent dans de grands hôpitaux, s'insurgent contre le caractère corporatiste du mouvement dans lequel les chambres syndicales les ont entraînés malgré eux. De tendances philosophiques et politiques diverses — mais avec une nette tendance à gauche — ils constituent une plateforme de réflexion qui deviendra le GERM.

Parmi les personnalités marquantes du mouvement, citons Lise Thiry, Pierre Mercenier, Henri Cleempoel, Félix Moerman, Willy Peers, Paul Galand, etc. Ils dénoncent l'incohérence de la politique de santé en Belgique, la dévalorisation du rôle du médecin généraliste, la formation foncièrement hospitalo-centriste des soignants, l'absence d'un système d'échelonnement des soins, la pauvreté de la médecine préventive, etc. À travers les *Cahiers du GERM* et de publications ponctuelles, ils élaborent un tableau d'ensemble des réformes à entreprendre, synthétisé en 1971 dans un recueil intitulé *Pour une politique de santé*. Les lignes de force de ce programme restent aujourd'hui celles de la Fédération.

Dans les années 1980, les relations entre la Fédération des maisons médicales et le GERM ont été très importantes. Le GERM a contribué à la maturation du modèle du centre de santé.



sance pour ce pauvre patient ! Le médecin qui sait tout, le médecin au centre du système, le spécialiste au top du système... Un système qui a été corroboré en 1964 après la grande grève des médecins et les accords de la Saint-Jean, un système qui cultive toujours la liberté thérapeutique et qui est très conservateur. Une grande partie de la population est OK avec ce système : si occasionnellement on est malade, on ne peut pas dire que c'est vraiment cher... Ce n'est qu'au moment où on a de graves problèmes que les frais commencent à monter et là on voit effectivement que la partie à charge des patients est très grande et commence à exclure de gens de l'accès aux soins. On n'a pas vraiment un système dual, mais d'un autre côté beaucoup d'inconvénients, beaucoup de liberté pour les médecins, les suppléments. Surtout, c'est un système qui n'est pas efficient : on dépense beaucoup pour des choses qui n'ont aucune utilité, aucune valeur ajoutée pour la prise en charge.

Dans un livre sorti en 2020<sup>1</sup>, il décrit un concept américain dont il s'inspire : le *triple aim* (le triple objectif). Une meilleure santé, une meilleure expérience au niveau de la qualité des soins et sans devoir dépenser plus d'argent. Quelque chose s'est ajouté au fil du temps : l'importance de la qualité de vie de ceux qui travaillent dans la santé, et c'est devenu le quadruple aim.

Il plaide pour une approche locale intégrée et plus proche des gens. Avoir une intégration entre l'action sociale et les soins de premier échelon, en équipe, en maison médicale si possible – mais en réseau aussi – et avec de bons liens avec la médecine spécialisée. C'est un peu au-delà d'une approche échelonnée. Je le vois nettement plus orienté sur des populations circonscrites : un quartier ; et puis à un deuxième niveau : la région, le locorégional dans lequel on développe la politique locale de santé et du bien-être de façon très intégrée et avec beaucoup de responsabilités. Je trouve mobilisant de dire que notre objectif est d'améliorer la santé de la population. On veut que ce soit une meilleure expérience et une meilleure expérience du patient ça veut dire aussi la participation des patients, être acteur de sa santé, de ses soins, comme on le fait au forfait. On reçoit un budget, on fait des priorités, on travaille avec la population dans un quartier, on s'implique dans la santé communautaire. On déplace des dépenses pour des radios inutiles vers d'autres interventions, par exemple l'appui d'un psychologue, éducateur, formateur, etc. ■

1. R. De Ridder, *Au chevet des soins de santé, Comment les améliorer sensiblement ?*, Mardaga, 2020.

## Échelonnement des soins

Traditionnellement, on considère que les systèmes de santé sont construits sur trois lignes (ou échelons). La première est constituée des médecins généralistes et autres travailleurs de l'ambulatoire (infirmiers, kinésithérapeutes), en théorie le premier contact entre le patient et le système de santé. La deuxième ligne est constituée par les médecins spécialistes et les hôpitaux. La troisième ligne est constituée de services de diagnostic et de traitement très spécialisés généralement implantés dans des hôpitaux. Dans un système efficient, les trajets de soins commencent par un recours à la première ligne puis un renvoi éventuel aux deuxième et troisième échelons. Le combat qu'ont mené le GERM et la Fédération pour un échelonnement réel du système des soins de santé en Belgique dure depuis les années 1960. À cette époque, les défenseurs d'une médecine de première ligne consistante soulignent que la pyramide belge des soins est sur sa tête, avec une hypertrophie des deuxième et troisième échelons et des soins primaires émiettés et sans cohésion. En réalité, avant les années 1980, le système de santé n'a jamais été pensé dans sa globalité et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) le qualifia un jour de *no-system system*.

Ce problème se pose encore pour une large part au XXI<sup>e</sup> siècle si l'on en croit les études menées par le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), qui dénonce par exemple une offre excédentaire dans le domaine des soins somatiques sur la deuxième ligne ou une offre insuffisante de soins de santé mentale sur la première ligne. En 2010, le taux d'hospitalisation en Belgique restait supérieur de 15 % à la moyenne européenne. L'étude récente de Ri De Ridder, qui a dirigé pendant douze ans le service soins de santé de l'Inami, confirme ce problème d'échelonnement. Et ceci, en dépit du fait que nombre de ministres (Jean-Luc Dehaene, Philippe Moureaux, Frank Vandebroucke, Rudy Demotte...) ont mis à leur agenda un échelonnement plus marqué des soins notamment dans le but de réduire le déficit de l'Inami.



# MICHEL ROLAND

## « NOTRE MODÈLE STRUCTURÉ EST DEVENU LE MODÈLE BELGE »

**Il a créé l'une des premières maisons médicales à Bruxelles, mais cet amoureux des sciences dures a aussi développé des logiciels originaux qui ont placé la Fédération à l'avant-garde de ce secteur.**

**E**n 1977, on s'est dit « on va essayer de faire une maison médicale plus conviviale, plus proche des gens, de la population ». On a choisi une maison qu'on a rénovée nous-mêmes pendant des mois, on a été aidé par de futurs patients et comme on n'avait pas beaucoup d'argent, on a beaucoup compté aussi sur le volontariat. On était cinq médecins et une kiné, c'était ça l'équipe de base, et nos six mamans sont venues faire l'accueil. Ça avait un côté très familial. On travaillait énormément, beaucoup trop d'ailleurs parce que les vies privées en prenaient plein la figure. On voulait une maison, une maison médicale, donc la porte était grande ouverte. Des gens pouvaient entrer boire une tasse de café, discuter. On entendait les demandes de patients toxicomanes, les demandes de dames, de jeunes filles tombées enceintes malgré elles ou qui ne désiraient pas mener à terme leur

grossesse. On pouvait entendre aussi des patients en demande d'euthanasie, d'accompagnement pour une fin de vie digne. On ne voulait pas – un peu comme pour les assurances avec les franchises – qu'on doive payer d'autant plus qu'on était fort malade. On travaillait sans ticket modérateur. Et il y avait aussi une solidarité entre les travailleurs. Une autogestion intégrale. Une non-hiérarchie, aussi au niveau de l'organisation des soins, chacun avait une voix. Il y avait des valeurs politiques de solidarité, d'accès aux soins pour tous, de non-discrimination, et des valeurs d'organisation. L'idée était : on ne veut pas un modèle de société en fonctionnant différemment dans son quotidien. Un bon com-

**On voulait une maison,  
une maison médicale,  
donc la porte était  
grande ouverte.**

### Pricare

C'est le nom adopté (en 1999) pour le logiciel de gestion des associations de santé intégrées élaboré à partir de 1988 par la Fédération et qui est opérationnel en 1996. Il doit beaucoup à Michel Roland, Marc Jamouille et à la collaboration de l'informaticien Bernard Dendeau. Ils ont l'intuition – et bientôt la conviction – que la vision originale de la santé développée par le mouvement des maisons médicales demande un logiciel spécifique capable de l'incarner. Il faut qu'il favorise la communication d'équipe et la qualité des soins. Il doit combiner des aspects aussi divers que le suivi social du patient, la facturation, les médicaments prescrits... Le logiciel doit être développé non à l'échelle d'un prestataire, mais à celle d'une équipe et doit pouvoir permettre la compilation de données couvrant l'ensemble de la communauté des centres de santé. Une association est fondée vers 1996 pour la promotion de l'outil : Figac asbl. Pricare permet la gestion du Dossier santé informatisé (DSI), mais comprend aussi d'autres modules de gestion. Il a été amélioré tout au long des années 2000. En 2017, à l'heure où certains risques de monopole guettent le secteur des logiciels, Pricare reste un outil éthique : sans publicité, sans captage de données à des fins commerciales. La Fédération et Figac envisagent alors de retravailler le logiciel dans une optique collaborative, en associant plusieurs fédérations du secteur ambulatoire à ses développements ultérieurs. C'est le projet Topaz. Mais c'est un échec. L'arrêt progressif de Pricare en 2020 oblige à contrecœur de nombreuses maisons médicales à opter pour la moins mauvaise solution du marché, à savoir le logiciel Medispring, dont les valeurs sont heureusement proches de celles qui sous-tendaient Pricare.

*muniste commence par faire la vaisselle à la maison, idem aussi au niveau du revenu. C'est vrai qu'on ne gagnait pas grand-chose ! Mais les besoins étaient dix fois moindres qu'aujourd'hui. Notre luxe, c'était les disques et les bouquins.*

Michel Roland est féru d'informatique. Un outil fort utile lorsqu'est apparu le forfait. *J'ai cherché un logiciel de facturation et il n'y en avait aucun qui convenait évidemment à la facturation au forfait. Donc j'ai été suivre des cours d'informatique en promotion sociale et on a fait un logiciel de facturation pour les maisons médicales. On avait gardé ce qu'on appelle des champs libres, et très vite on s'est rendu compte que les médecins, les infirmiers et les kinés les remplissaient, ils écrivaient : diabète, hypertension, toxicomanie... Je me dis que ce serait intéressant que là aussi on puisse faire des comptes, et on s'est intéressé au domaine des classifications, des thésaurus, tout ce qu'on appelle les nomenclatures médicales. Là non plus il n'y avait rien pour les soins primaires, donc on a investi dans des*

*groupes de travail et on est arrivé à mettre sur pied un comité belge de classification. Conjointement, on a imaginé des critères de qualité pour un dossier médical informatisé basé bien sûr sur les critères papier, mais l'informatique permettait d'aller beaucoup plus loin. Par exemple : on encodait diabète qu'une seule fois, et, dans le même épisode de soin diabète, on avait peut-être trente contacts, une fois avec un médecin, une fois un autre, une fois l'infirmière, le kiné... Cela a permis de structurer et de fil en aiguille ce logiciel a pris de la maturité. On a eu des informaticiens professionnels, un groupe Fédé informatique... Jusqu'il y a peu je pense que la Fédération était à la pointe de l'informatique médicale en Belgique puisque c'est notre modèle structuré qui est devenu le modèle belge. Et à partir de l'informatique et du dossier, il y a toutes les recherches épidémiologiques sur la consommation des soins, sur le profil des patients, sur les index diagnostiques, sur les fonds de médecins vigies... Actuellement il y a un foisonnement d'études, de production de chiffres, de statistiques à partir de ces outils. ■*

### **Classification internationale des soins de santé primaires (CISP)**

Dès 1987, Marc Jamouille (maison médicale de Gilly) s'intéresse au système de classification internationale des problèmes de santé. Il prend contact avec le département de médecine générale de l'Université d'Amsterdam dirigé par le professeur Henk Lamberts, qui vient de réaliser pour la WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille) la synthèse des différents systèmes de classification des problèmes de santé primaires. C'est l'International Classification of Primary Care (ICPC). En quelque 800 entrées, celle-ci présente les problèmes de santé primaires suivant trois axes : somatique, psychologique et social. Elle propose une approche logique du contact médecin/patient structurée en trois moments : le motif de contact, le diagnostic et les traitements. À cette époque, le docteur Lamberts a déjà des contacts en Flandre, mais pas dans la partie francophone de la Belgique. Marc Jamouille propose que la Fédération s'associe à un programme de bancs d'essai de l'ICPC.

Durant l'année 1989, grâce à la complicité bénévole de onze médecins généralistes et avec l'appui financier de la Fédération, Marc Jamouille recueille des données relatives à plus de 4000 contacts de médecine générale. Pour que les médecins concernés puissent travailler, il traduit lui-même l'ICPC en français avec la collaboration de Michel Roland. Elle devient la Classification internationale des soins de santé primaires (CISP). En 1991, un séminaire francophone sur la CISP réunit à Bruxelles des généralistes québécois, français et belges : une nouvelle traduction de la nomenclature est réalisée, adaptée à la culture médicale de chaque pays. Elle est éditée en même temps que la version française du livre CISP (Jamouille et Roland, 1992). Pour la majorité des omnipraticiens de la francophonie, la parution de l'ouvrage est une révélation des travaux de recherche menés depuis vingt ans au sein de la communauté internationale. Une cassette didactique est réalisée en plusieurs langues pour présenter le système de classement. Marc Jamouille et Michel Roland mettent aussi au point un « logiciel de codage et d'acquisition de synonymes », le LOCAS, qui peut se greffer sur tout logiciel médical. Il s'agit d'un thésaurus dont chaque entrée est associée à un code dérivé de la CISP. Dans le cadre du Dossier médical informatisé, la CISP peut être couplée avec des systèmes d'aide à la décision (diagnostique ou thérapeutique), d'assurance qualité des soins, de surveillance épidémiologique et de recherche scientifique en soins primaires.

# JEAN-MARIE LÉONARD

## « PENSER LA SANTÉ AUTREMENT »

Comme permanent syndical dans la région de Charleroi puis comme secrétaire fédéral au SETCa – le syndicat des employés des techniciens et des cadres –, il a vécu l'évolution du secteur de la santé et la naissance des maisons médicales.

**A** l'époque, syndicalement, le secteur de la santé c'était les hôpitaux point à la ligne. Quand j'arrive comme permanent à Charleroi avec quelques collègues et une série de travailleurs dont quelques médecins de la région, mais aussi de Liège et de Bruxelles, il y a une réflexion qui naît à partir de la Déclaration d'Alma Ata et de la définition de la santé dans son aspect bien-être global. La santé ce n'est pas seulement des soins et ce n'est pas seulement des soins spécialisés que l'on donne à l'hôpital. On s'est dit « il faut penser la santé autrement », il faut structurer une série de

niveaux d'approche de la santé et développer ce qui ne l'était pratiquement pas : les soins primaires.

Des permanents du SETCa stimulés par des professionnels de la santé organisent leurs idées dans un document intitulé *Le Livre blanc de la santé*. Ça date de 1979-1980 et les pages centrales développent la nécessaire mise en place des soins primaires. Essayer de créer des équipes sanitaires, des centres de santé intégrés ou des maisons médicales...

Les éléments fondateurs de ce que sera la charte des maisons médicales. Sans aucune fierté exagérée, je pense que le SETCa a été à

ce niveau-là un soutien des professionnels qui voulaient penser, voir et agir dans le secteur de la santé autrement qu'à partir de l'hôpital. Nous étions en train de réfléchir et de construire ce livre blanc et voilà qu'une

grève des syndicats, l'ABSyM particulièrement, se déclenche avec la volonté selon eux de sauver leurs intérêts particuliers. Or les médecins généralistes qui étaient en train de fonder les maisons médicales ici dans la région de Charleroi ne partageaient pas du tout ces revendications-là, et donc se sont mis au service de la population de manière à assurer une continuité des soins. Tout seuls ils ne pouvaient pas y arriver, c'était dur au niveau psychologique et au niveau idéologique, c'était dur aussi au niveau logistique. Nous avons créé à Charleroi une espèce de permanence téléphonique à laquelle les patients pouvaient faire appel de manière à ce que nous puissions leur envoyer des médecins très rapidement, 24 heures sur 24. Nous souhaitons comme syndicat appuyer des revendications qui nous semblaient légitimes et une autre façon de penser la politique de santé de manière à ce que ce soit un service au public et pas une commercialisation et le profit d'une médecine libérale que nous contestions évidemment.

### Non-marchand

Dès la fin des années 1980, devant l'incroyable vigueur du courant néolibéral, la Fédération a conscience que la dynamique associative constitue peut-être le dernier rempart à une dérégulation totale du marché et à l'exclusion sociale accélérée qui en découle. Elle va contribuer à l'organisation du secteur non marchand dans les années 1990. Elle participe par exemple à la création de la FASS (Fédération des associations sociales et de santé) en 1994. Le mouvement aboutit en 2000 aux premiers accords sur le non-marchand qui prévoient la conclusion de conventions collectives de travail et la barémisation des travailleurs du non-marchand. Dans un premier temps, les maisons médicales en sont exclues car elles ne bénéficient d'aucun emploi subventionné directement par les pouvoirs publics. Cependant, grâce à l'appui des syndicats, les maisons médicales sont intégrées à l'accord au niveau fédéral en 2002 et au niveau régional wallon en 2006. Pour les travailleurs en maisons médicales, les accords conclus représentent une hausse salariale d'environ 20 %. La barémisation a eu cependant un effet pervers sur le principe d'égalité salariale cher aux maisons médicales.

**La santé ce n'est pas seulement des soins et ce n'est pas seulement des soins spécialisés.**

Dix ans plus tard, lors des négociations des accords du non-marchand, les syndicats soutiendront la Fédération des maisons médicales. *On a vu se créer et se mettre en place des structures de planning familial, on a vu se mettre en place la santé mentale, on a vu se développer l'aide à la jeunesse à travers des éducateurs de rue, on a vu les maisons de la culture se développer dans des centres culturels proches des quartiers, etc. Il y a eu une dynamique extrêmement im-*

## Cette dynamique qui s'est structurée a donné lieu à des négociations.

*portante, mais en même temps des travailleurs qui étaient assez éparpillés, très militants, parce que très convaincus des actions qu'ils menaient, mais aussi avec peu de sécurité statutaire, au niveau emploi, au niveau contrat, etc. Les gens s'en contentaient dans une certaine mesure, mais il fallait structurer les choses. C'est ainsi que se sont créées des commissions paritaires spécifiques par rapport aux différents secteurs. On a commencé à discuter sur des barèmes, la durée du travail, les conditions de travail. C'est ainsi qu'on a vu une commission paritaire qui s'occupait essentiellement des hôpitaux commencer à s'intéresser aussi à ce qui se passait dans le secteur de la santé mentale, du planning familial, de l'accueil de l'enfance, mais aussi des maisons médicales. Cette dynamique qui s'est structurée a donné lieu à des négociations.*

*Nous avons fait des accords entre organisations syndicales, employeurs et gouvernements au niveau fédéral en 2000, mais tout cela n'est pas tombé du ciel. Il avait fallu une décennie de manifestations, de revendications. Ça a été un combat assez difficile pour faire reconnaître que les travailleurs des secteurs dits non marchands sont des travailleurs dont les boulots et les politiques qu'ils mènent dans la société sont extrêmement importants.*

À partir de là, une délégation syndicale originale appelée «délégation intercentres» permet aux travailleurs des maisons médicales d'être défendus en cas de besoin. Quel en est l'intérêt dans des structures autogérées? Il est intéressant d'avoir un regard autre, qui puisse à certains moments avoir la capacité et la liberté de poser des questions et de voir si effectivement l'autogestion est bien organisée et fonctionne bien. Est-ce que chacun a la possibilité de faire son métier correctement? Est-ce que chacun a la capacité de s'exprimer à partir des compétences qu'il a par rapport à la politique menée dans la maison médicale? Il faut qu'il y ait une possibilité d'une autocritique. La délégation syndicale peut aussi être porteuse des préoccupations des travailleurs par rapport aux différents ministres de tutelle, etc. Tout le monde n'est pas beau et tout le monde n'est pas gentil parce qu'on travaille dans une maison médicale. Un certain nombre de situations conflictuelles sont nées, souvent sur des problèmes non pas financiers, mais de relations entre les personnes. ■

### Autogestion

Le principe de l'autogestion est un héritage de Mai 68, qui a prôné une idéologie égalitariste. Jacques Morel : «on voulait un mode de société, de microsociétés, où chacun partagerait de façon égale le gâteau de la production». Dans les années 1970, de nombreuses associations et entreprises ont fonctionné suivant ce principe, qui se présente comme «une troisième voie entre un centralisme à la soviétique ou à la chinoise et des options libertaires qui font la part belle au tout à l'individu» (Michel Roland, 2017).

En 1983, la Fédération participe aux États généraux des alternatives wallonnes, un mouvement où on retrouve pêle-mêle des coopératives agroalimentaires, des associations d'habitat groupé, des médias autogérés, etc. Le principe de l'autogestion sera repris dans les versions successives de la charte et dans les notes d'orientation de la Fédération. Il y est décrit comme un mode d'organisation «dans lequel chaque travailleur intervient dans la prise de décision et dispose d'une voix. Cela implique une participation de tous dans la gestion, une non-hiérarchisation, mais également le partage des responsabilités et favorise la solidarité parmi les travailleurs».

Beaucoup d'entreprises autogérées ont disparu dans le contexte socio-économique néolibéral des années 1980 et 1990, mais les maisons médicales ont tenu bon. Avec d'autres entreprises et organisations du secteur de l'économie sociale qui combinent des modes de gestion de type associatif avec des finalités non centrées sur le profit, elles ont contribué à donner une voix au secteur non marchand.

# BRIGITTE MEIRE

## « MUTUALISER NOS FORCES »

**Infirmière, elle était au front lors des négociations des accords du non-marchand. Elle a ensuite œuvré à la création d'une délégation syndicale pour les travailleurs du mouvement des maisons médicales, un mouvement autogestionnaire, ce qui a soulevé quelques questions. Son engagement syndical a débuté à l'hôpital.**

**J'**étais représentante du personnel au conseil d'entreprise, je voulais comprendre le fonctionnement de l'hôpital ; j'ai aussi compris le fonctionnement du système de santé belge. Puis je suis partie en maison médicale et, en 2000, il y a eu les discussions pour les accords du non-marchand. Les permanents syndicaux sont venus me chercher et j'ai embrayé. C'était se battre pour une meilleure reconnaissance, entre autres salariale : il n'y avait aucune reconnaissance d'ancienneté, essayer de compenser la charge de travail par des jours de congés en plus, reconnaître la lourdeur du travail quand on prend de l'âge et pouvoir diminuer son temps de travail sans perte de salaire. C'était les grosses revendications à ce moment-là.

Les travailleurs de maisons médicales obtiennent des salaires identiques à ceux en hôpital (au départ les barèmes reconnus étaient ceux des maisons de repos, moins avantageux). Il fallait cinquante travailleurs pour avoir un délégué syndical or les équipes des maisons médicales sont moins nombreuses... mais une astuce a permis de créer une délégation : en positionnant la Fédération comme employeur et en mutualisant les travailleurs. Il y avait déjà des délégations dans d'autres services du non-marchand : la santé mentale, les plannings avaient une délégation intercentres. L'idée était de mutualiser nos forces et d'avoir des délégués — en général deux, un pour la CNE et un pour la FGTB —, un service, mais pour toutes les structures. J'ai créé la délégation en 2000.

Les maisons médicales sont des structures autogestionnaires, une délégation syndicale est-elle utile ? C'est vrai que c'est difficile d'être à la fois patron et travailleur, on travaille ensemble... Il faut être l'oreille, et du côté des travailleurs et du côté de l'employeur. Et être moteur pour que les gens finissent par trouver une conciliation. ■

### Syndicats de travailleurs

Les syndicats ont soutenu les maisons médicales lors de la grève des médecins de 1979 et ont joué un rôle important dans la reconnaissance du financement au forfait par l'Inami. Puis, à la fin des années 1980, les syndicats ont considéré que le modèle de soins en première ligne en équipes pluridisciplinaires était moins attrayant que d'autres formules naissantes, comme les centrales de service à domicile (CSD), dans lesquelles le corps médical n'était pas intégré. De l'aveu même d'un syndicaliste, le mode de fonctionnements des maisons médicales (pluridisciplinaires et autogérées) « n'était pas la tasse de thé des syndicats », plus habitués aux concertations sociales organisées en fonction d'un rapport de force « patrons-syndicats ». Les liens entre la Fédération et les syndicats se renforcent néanmoins dès la fin des années 1990. Entre 2000 et 2006, par exemple, ceux-ci soutiennent la demande des maisons médicales d'être incluses dans les accords du non-marchand. Les maisons médicales ont ainsi bénéficié de revalorisations salariales substantielles. Les syndicats et la Fédération ont décidé de créer une délégation syndicale intercentres pour les maisons médicales qui, en raison de leur petite taille, ne disposent pas d'un organe de concertation propre. Un bureau de concertation a été créé au sein de la Fédération où se rencontrent délégués syndicaux et patronaux. Les syndicats interprofessionnels restent aujourd'hui des alliés importants de la Fédération, en raison d'objectifs communs tels qu'une société plus juste, basée notamment sur une sécurité sociale forte, une meilleure redistribution des richesses...



# MONIQUE BOULAD

## « ON NOUS APPELAIT LES PETITS MÉDECINS »

**Médecin généraliste à la Docherie (Marchienne-au-Pont), elle raconte les débuts de la maison médicale La Glaise, l'état d'esprit de ses fondateurs et le regard que portaient sur eux les habitants du quartier. Elle a aussi travaillé au comité d'éthique de la Fédération dès sa création en 1991.**

### Le désir de changer le monde dans un contexte de lutte des classes.

**N**ous avons vraiment envie de rompre avec la médecine libérale que nous trouvions beaucoup trop commerciale. Nous voulions travailler en groupe, ce qui était à l'époque tout à fait nouveau. On s'est mis dans des quartiers difficiles, des quartiers où il y avait moins de médecins. Nous avons implémenté la Glaise sur base d'une

carte de la pauvreté et la Docherie était un des endroits les plus pauvres. On nous appelait les petits médecins. Les gens étaient bienveillants. Nous étions un peu, oui un peu bizarres, mais ils acceptaient notre bizarrerie : chevelus, avec des sabots... Ça s'appelait Boutique populaire

la Glaise. Il y avait en plus des médecins des assistants sociaux, des éducateurs, des psychologues, etc. On était une quinzaine et ce qui nous rassemblait n'était pas tant les professions que le désir de changer le monde dans un contexte de lutte des classes, de rendre au peuple ce que les bourgeois leur avaient volé, de rendre la culture. Et on croyait vraiment qu'on y arriverait, on était sûr !

Dans le quartier, il y a beaucoup de Turques et ces dames n'allaient pas chez le médecin. C'est une patientèle que les médecins traditionnels n'aimaient pas, elles venaient en groupe au cabinet médical, ils n'aimaient pas leur façon de présenter les symptômes. Ils appellent ça le syndrome méditerranéen. Par exemple, les dames confondaient avoir très mal et avoir mal partout. J'essayais de leur faire localiser la douleur et l'astuce était de leur demander « où est-ce que vous avez le plus mal ? ». Je m'habituais à leur façon de présenter les choses, je m'habituais à travailler avec des interprètes. Des dames sont venues à la médecine parce que j'étais femme et parce que j'acceptais leur look étranger. Et elles-

mêmes m'ont transformée, elles m'ont appris à travailler d'une autre façon que ce que j'avais appris à l'université. Elles m'ont appris à rendre mes traitements plus acceptables pour elles aussi.

À la Fédération, le comité d'éthique est un lieu de réflexion et de recherche pluridisciplinaire. Quand Nick Van Harebeek a fondé le comité d'éthique, il a cherché des gens qui avaient des orientations différentes ; il y avait un pasteur protestant, un philosophe laïc, des scientifiques et les travailleurs des maisons médicales qui voulaient participer à cette réflexion. Nos rapports et nos discussions devaient rester confidentiels et ne devaient paraître que des textes aboutis. On devait avoir la latitude au cours des discussions d'avancer, de reculer, d'essayer une idée. Les thèmes abordés depuis 2000 : la responsabilité financière des mineurs, le secret médical (des interpellations des équipes), la pluridisciplinarité dans le code de déontologie, le dépistage des maladies génétiques, que faire lorsqu'une personne atteinte du sida ne veut pas en informer son partenaire... ■

### Éthique

Un comité d'éthique a été fondé au sein de la Fédération en janvier 1991, lui permettant de se positionner dans les grands débats sociétaux de l'heure (euthanasie, surmédicalisation, avortement, toxicomanie, plus tard marchandisation de la santé ou protection de la vie privée et très récemment pandémie). Le comité compte en son sein des soignants, mais aussi des représentants des patients, des juristes, des philosophes... Il a été présidé par le chanoine Pierre de Locht puis par Monique Boulad, Latifa Ayada et Jamie Lee Fossion.



# PIERRE DRIELSMAS

## « UNE ARME REDOUTABLE POUR LE CHANGEMENT SOCIAL »

**Médecin généraliste liégeois, il a participé à la conquête du paiement au forfait. Au début des années 1980, il est engagé à la maison médicale Bautista Van Schouwen, à Seraing, et vite embarqué dans un groupe de réflexion qui entend instaurer ce système en Belgique.**

**S**ouvent à l'époque, on utilisait l'exemple chinois. Dans la médecine chinoise traditionnelle, les médecins étaient payés quand on était en bonne santé, et quand on tombait malade ils étaient pénalisés. Il y avait une espèce de renversement de logique, l'objectif c'est que les gens soient en bonne santé. Avant le forfait, si on appelait un patient pour se faire vacciner, il y en a qui disaient qu'on faisait de la retape et que l'Ordre pouvait nous critiquer. Tandis qu'avec le forfait, on pouvait se permettre de faire de la prévention proactive. Ça, c'était un point très important. Aussi pour le budget : on avait un budget fixe, on savait prévoir et donc c'est plus facile d'investir, d'organiser les choses, d'embaucher. Je me souviens que des collègues disaient « on est dans situation économique difficile, il nous faudrait une bonne épidémie de grippe ! » Vous voyez comme la logique est différente entre l'acte et le forfait ? On attendait la maladie alors que nous on attend la santé.

Des soins payés au forfait, cela convenait particulièrement bien aux patients issus des milieux populaires que soignait le Dr Drielsma. Je parle toujours d'une arme redoutable pour le changement social. Un arrêté du Conseil d'État interdisait la perception d'un ticket modérateur au forfait, donc, par définition, si on était au forfait, on était gratuit pour les gens. Il n'y avait plus d'obstacle économique à utiliser les soins. Quand vous vous installez à Seraing, dans une commune en crise avec la fermeture des charbonnages, de la sidérurgie... Il faut bien se rendre compte de la situation dramatique à l'époque, la pauvreté... Au surplus il y avait un militantisme syndical qui nous soutenait : nous correspondions sur le plan économique et idéologique à la population dans laquelle nous étions immergés. J'ai commencé à l'acte en 1981 et les patients fai-

saient du shopping médical, ils appelaient un médecin et disaient « je vous paierai la prochaine fois ! » puis, comme ils n'avaient pas de quoi payer, ils allaient chez un autre médecin et faisaient ainsi un tour de la population médicale de Seraing. Donc ils n'avaient pas une continuité des soins. Dès le moment où ils se sont inscrits chez nous et qu'il n'y avait pas d'obstacle financier, ils ont été fidèles et ça a permis de tisser un lien thérapeutique qui lui-même est très important pour la qualité des soins. Il faut inscrire tous les patients et en réalité les patients s'inscrivent relativement lentement. Pour eux, s'ils ne sont pas malades il n'y a aucune raison de signer un papier. C'est comme remplir un lac : quand vous avez un barrage, ça prend un certain temps. L'argent que vous avez, c'est la quantité d'eau qu'il y a dans le lac. La situation était compliquée et Marco Dujardin qui à ce moment-là était au cabinet de Robert Urbain, le ministre communautaire de la Santé, avait réussi à obtenir une sorte de crédit-pont pour les maisons médicales, pour leur permettre d'atteindre le stade où le lac de retenue serait suffisamment haut. Malheureusement, très peu de temps après, il y a eu perte des élections pour les socialistes et les libéraux ont pris le pouvoir avec les sociaux-chrétiens ; ils ont abrogé le décret qui finançait ce crédit-pont... Le forfait a été très peu attractif pour les maisons médicales à ce moment-là ; c'était vraiment l'œuvre de militants, surtout à Liège. Progressivement, on a obtenu des revalorisations du forfait et le système a commencé à faire boule de neige. Je pense que beaucoup de maisons médicales auraient disparu sans le forfait auquel elles ont adhéré. Au fur et à me-

**Avec le forfait, on pouvait se permettre de faire de la prévention proactive.**

### Financement au forfait

Le financement au forfait (dit aussi à la capitation ou à l'abonnement), organisé en 1982 par l'Inami, se base sur un contrat qui lie une maison médicale, le patient et sa mutuelle. Celle-ci verse un forfait mensuel à la maison médicale pour financer les soins de chaque patient inscrit. Le patient ne débourse rien (si non parfois un droit minime d'inscription). Un dispensateur de soins qui exerce dans une maison médicale n'a pas l'autorisation de pratiquer à l'acte ni dans la maison médicale ni en dehors de celle-ci ; et si le patient inscrit consulte d'autres soignants que ceux de la maison médicale pour des soins compris dans le forfait, il ne sera pas remboursé (des exceptions sont prévues par exemple pour les patients en vacances).

La conquête du paiement des soins primaires au forfait est une des victoires les plus significatives des maisons médicales sur la médecine libérale. C'est suite à la grève des médecins de 1979 que le système (prévu dans la loi depuis la création de l'Inami en 1964) est mis en place en 1982, à la demande de la Fédération et avec l'appui notamment des mutuelles, des syndicats et du Groupement belge des omnipraticiens. Le montant du forfait versé pour chaque patient inscrit en maison médicale est alors calculé en fonction de la moyenne nationale de consommation de soins. Le forfait a ses limites : seules les prestations couvertes par l'Inami dans le système à l'acte sont concernées. Cela recouvre les prestations des médecins, kinésithérapeutes et infirmiers, mais pas la prise en charge psychosociale de l'abonné. Le système est donc imparfait par rapport au projet de médecine globale et intégrée voulu par les maisons médicales. Tel quel, il a cependant représenté un pas important pour améliorer l'accès aux soins (le patient ne doit plus avancer l'argent des consultations). L'inscription du patient favorise aussi son suivi individuel. À l'échelle du territoire desservi par la maison médicale, il facilite les études épidémiologiques et encourage les démarches de prévention (le soignant a intérêt à ce que la population qu'il soigne reste en bonne santé – cela lui coûtera moins d'efforts).

Au départ, le montant du forfait est très bas et les premières maisons médicales à adop-

ter le système à partir de 1984 rencontrent de grosses difficultés financières. Elles bénéficient heureusement d'un financement complémentaire de leurs activités par la Communauté française. Le montant du forfait est majoré en 1992 et 1996 pour tenir compte des économies induites par le système du forfait en termes d'analyses et d'imagerie médicales et d'hospitalisation ainsi que des distorsions socio-économiques entre la population des maisons médicales travaillant au forfait et la population générale. Ces revalorisations poussent un nombre croissant de maisons médicales à adopter le financement au forfait : elles sont 16 sur 44 en 1996 et 75 sur 90 en 2012. Dès 1998, le forfait est le modèle dominant en maison médicale.

Le système du forfait a été entièrement revu en 2013-2014. Il est basé désormais sur le profil de la population inscrite dans la maison médicale. Ce profil est établi en fonction de 41 variables et notamment l'âge moyen de chaque abonné, son sexe, son statut social, ses handicaps éventuels, les maladies chroniques diagnostiquées... Le but de la réforme est d'arriver à plus d'équité dans la répartition des budgets santé, y compris entre les différentes maisons médicales. En 2017, une enquête intermutualiste sur l'efficacité des maisons médicales au forfait est arrivée à la conclusion que leurs patients coûtaient à peu près la même chose à l'Inami que ceux traités dans le cadre de la médecine à l'acte : ils coûtent en effet plus cher en médecine de première ligne, mais cette différence est compensée et au-delà par des économies en soins spécialisés et médicaments.

En 2018, au terme de trois ans de travail de la commission forfait de l'Inami, une nouvelle mouture de l'arrêté apporte des améliorations notables : une meilleure répartition du budget en fonction des besoins en soins des différentes maisons médicales, davantage de transparence quant aux activités et à l'utilisation des moyens octroyés et des possibilités d'action pour les mutuelles en cas de non-respect du règlement régissant le forfait. Ce système a demandé et demande encore des ajustements. Et la Fédération a proposé et étudié d'autres modes de calcul.

sure, nous améliorions les conditions. La structure où j'étais était elle-même en grande crise en 1982-1983, le forfait a ressoudé l'équipe sur un projet commun.

Aujourd'hui environ 85 % des maisons médicales affiliées à la Fédération travaillent au forfait. Ce sont surtout des structures urbaines. Quand on ouvre une maison médicale rurale, c'est

beaucoup plus difficile parce qu'on a besoin de tous les intervenants pour fonctionner puisqu'il y a souvent une relative pénurie de soignants. Le fait d'étanchéiser en partie les patients forfaitaires des patients à l'acte rend les services mutuels plus compliqués, les remplacements... Donc je comprends qu'en rural l'acte bénéficie actuellement d'une souplesse accrue, d'une plus grande liberté, mais en urbain il n'y a pas de raison. ■

## BERNARD VERCRUYSSE

### « LE POUVOIR EST FONDAMENTAL »

**Ses patients l'appellent *Sakal docteur*, docteur barbu en turc. Sa pratique durant quarante ans en maison médicale dans le quartier Nord de Bruxelles a certes nécessité un stéthoscope, mais aussi de bonnes oreilles.**

**C**e qui nous importait avant tout c'était les réunions de réflexion sur la santé du quartier. J'ai eu beaucoup de chance au début parce qu'il y avait un leader, une personne influente de la communauté turque, qui était tout content qu'un médecin s'installe dans le quartier. Pendant une journée j'ai fait le tour de la communauté, dans les cafés, dans les mosquées, avec lui. Il m'a présenté simplement, dit que je m'installais comme médecin généraliste, qu'on était une équipe et qu'on travaillait pour la bonne santé des gens.

La maison médicale Quartiers Nord n'a adopté le paiement au forfait qu'en 2000. Il se souvient d'une époque où les patients payaient les consultations à l'acte et parler d'argent n'a pas toujours été facile. Je regarde une oreille d'un enfant. Je ne vois rien d'anormal. Au niveau médical, ce que je dois dire c'est « revenez dans trois jours que je revoie l'oreille ». Si je dis ça, je culpabilise déjà un peu : est-ce que je fais ça pour lui ou pour moi ? Ça va me faire un revenu supplémentaire entre guillemets... Et puis quand la personne revient, je regarde l'oreille et tout va bien. « Je vous dois quelque chose docteur ? » « Euh... non. » Je dis non et je râle parce que j'ai dit non, en me disant que ce n'est pas normal de dire non... Un pourcentage de nos actes était versé à la maison médicale. C'était avec ça qu'on finançait l'accueillante, le bâtiment. Quand on décide d'engager une assis-

tante sociale, c'est les soignants qui vont la payer et donc je vais voir mon revenu diminuer... Au niveau du travail d'équipe, c'est porteur de soucis possibles. Le forfait, c'est confortable parce qu'on ne doit pas faire de compte tout le temps. On sait ce qu'on va avoir comme argent dans les trois mois qui viennent, et donc qu'on ne prend pas de nouveaux patients parce que notre structure est complète. Il n'y a aucun souci : les revenus sont stables. Quand je travaillais à l'acte, on faisait beaucoup de tiers payant évidemment avec le quartier où on se trouvait, et il fallait attendre que les mutualités nous paient pour payer nos factures. Pour moi, travailler au forfait, c'est garantir le bien-être des soignants. A posteriori, je me dis qu'en première ligne de soins il vaut beaucoup mieux travailler au forfait parce qu'il y a une implication – je dirais psychosociale – majeure des soins de santé. Je peux beaucoup plus facilement me libérer pour les réunions avec la population, pour avoir une activité extérieure de promotion de la santé, dans les écoles comme de l'éducation à la vie affective et sexuelle, pour participer à des actions de santé publique dans un quartier. À l'acte on n'était pas payé pour ça. Passer de l'acte au forfait, c'est passer d'un pouvoir que j'ai – c'est moi qui ai l'argent – à laisser le pouvoir à la structure – c'est elle qui reçoit l'argent. Le pouvoir est quelque chose de fondamental. ■

**Travailler au forfait,  
c'est garantir le bien-  
être des soignants.**

# ISABELLE HEYMANS

## « CETTE TRANSITION, ON L'A RÉUSSIE ENSEMBLE »

Elle a travaillé comme médecin généraliste en maison médicale dans la région liégeoise et à la Fédération pendant seize ans. D'abord chargée de mission pour la cellule politique, puis chargée de projet au service d'études, et enfin secrétaire politique et secrétaire générale.

**Q**uand j'ai étudié la médecine, je pensais que je ferais de l'humanitaire en pays en voie de développement. Pour moi, la médecine générale en Belgique ce n'était pas imaginable parce que je croyais que ça n'existait qu'en solo. En stage de sixième année, j'ai découvert Jean Laperche qui travaillait dans une

pratique de groupe à Barvaux-sur-Ourthe. J'ai découvert les maisons médicales et j'ai découvert un espace dans lequel il me paraissait réalisable de travailler en Belgique, parce que je ne conçois que de travailler en équipe, en plu-

ridisciplinarité, ensemble. Mon maître de stage visitait ses patients à moto. Pour moi, c'était frais, c'était enthousiasmant de rencontrer des gens qui abordaient ce métier dans la simplicité, en étant proche des gens. Quand je suis arrivée dans le mouvement des maisons médicales, il y avait des débats politiques relatés comme des rencontres entre les dinosaures et les gazelles, les dinosaures étant les fondateurs du mouvement, pour la plupart des soixante-huitards, souvent des hommes et qui étaient encore pour un certain nombre d'entre eux porteurs du mouvement à la Fédération ou dans leur maison médicale. Et puis il y avait une jeune génération qui avait 20-25 ans, qui arrivait et qui apportait ses propres idées. Un bagage de bonnes nouvelles, voir une relève arriver, et de crainte que le mouvement ne soit détourné. C'est une manière imagée de parler de l'enjeu de la relève... Quand j'ai dû me poser la question de reprendre cette fonction de secrétaire générale, je me souviens, j'ai demandé à Jacques Morel « c'est quoi être secrétaire générale ? ». Il m'a répondu : « ce sera ce que tu en

feras ». C'est une fonction à la fois politique, stratégique, à la fois de leadership de toute une équipe et de tout un mouvement. On est loin d'être seul dans ce leadership, mais on y contribue forcément. Mais comment on le fait, ce que l'on délègue varie d'une personne à l'autre en fonction de ses tropismes. Quand un mouvement existe depuis vingt ans ou trente ans et n'a eu qu'une tête de proue depuis le début – forcément une personne qui a un visage, un nom, un discours, un charisme, qui est connue, qui incarne un peu le mouvement – c'est un défi d'arriver derrière, d'être la première avec laquelle une transition se fait. Pour moi, ce n'était pas gagné d'avance. Maintenant je ne venais pas de nulle part, j'étais dans le mouvement depuis longtemps, j'avais cette chance de bien connaître le mou-

**c'était enthousiasmant  
de rencontrer des gens  
qui abordaient ce métier  
dans la simplicité.**

### DEQuaP (Développons ensemble la qualité de nos pratiques)

Ce projet de la Fédération, initié en 2017, est issu de la recherche-action « Label » et comme celle-ci, il est mené en collaboration avec la Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). DEQuaP propose aux maisons médicales un parcours d'autoévaluation : les travailleurs sont invités à observer et analyser leurs pratiques et le fonctionnement de leur équipe, à les évaluer avec l'aide d'un accompagnateur extérieur sur base d'un questionnaire qui aborde toutes les facettes du secteur et à s'essayer à des améliorations. Les critères se réfèrent à des valeurs comme l'interdisciplinarité, l'accessibilité, la promotion de la santé, la santé communautaire... Pour la Fédération, il s'agit surtout de lancer les maisons médicales dans un processus de réflexion. Le chemin est plus important que la destination !

vement et d'avoir un grand capital confiance de la part de mes collègues. Je n'ai pas réussi seule cette transition, on l'a réussie ensemble.

En 2014, démarre le chantier important de la qualité. Le nom « maison médicale » n'est pas protégé ; le forfait est accessible à toutes sortes de pratiques. Face à l'éclosion de structures dont les objectifs ne sont pas tout à fait les mêmes, on s'est dit qu'on pourrait avoir un label. L'objectif, c'est que le public puisse s'y retrouver. Très vite, cette question s'est posée : qu'est-ce qu'on met à l'intérieur du label ? On

a longtemps travaillé là-dessus et le projet DEQuaP (Développons ensemble la qualité de nos pratiques) a été construit de manière très participative avec les travailleurs et les usagers des maisons médicales, il y a eu énormément de consultation sur ce qu'il devait y avoir à l'intérieur du mot « qualité » d'une maison médicale. Organisation de l'équipe, participation des patients, promotion de la santé, prévention, qualité des soins, accessibilité... l'idée était que les critères correspondent aux valeurs et aux objectifs que l'on s'est définis en tant que maison médicale membre de la Fédération des maisons médicales. ■

## CORALIE LADAVID

### « L'ÉDUCATION PERMANENTE, C'EST UNE PHILOSOPHIE »

**Assistante sociale à la maison médicale Le Gué, elle a été ensuite secrétaire politique de la Fédération. Aujourd'hui, elle est échevine à la ville de Tournai en charge du logement, de la participation citoyenne, de l'égalité des chances et de la solidarité internationale.**

**J**e suis arrivée à la maison médicale dans le quartier Saint-Piat, je savais qu'il avait mauvaise réputation, qu'il y avait une grande pauvreté. Très vite, j'ai pu mettre en place, et avec d'autres évidemment, de la dynamique de quartier et du travail communautaire. Et très vite j'ai voulu allier l'approche individuelle et l'approche collective au niveau social, parce que je suis persuadée qu'il existe une complémentarité entre les deux. Si on ne fait que du collectif, le lien est difficile à avoir au départ et on a du mal à aller plus loin parce que le collectif est plus insécurisant. On a besoin d'être d'abord dans cette approche individuelle où un lien de confiance se met en place. C'est vraiment ça qui m'anime : que chacun puisse avoir la chance, la même chance. Je sais qu'on n'est pas égaux, mais c'est la société qui doit pouvoir faire en sorte que ces inégalités changent et c'est un devoir collectif d'agir là-dessus. Penser que ça se règle tout seul est un leurre. Les maisons médicales ont des latitudes vraiment importantes pour pouvoir être réactives aux observations de terrain, au vécu. Elles ont toujours une longueur d'avance par rapport à des institutions plus cadencées. Cela reste des petites structures

flexibles qui peuvent réagir très vite. Le système autogestionnaire permet aussi de répondre au plus vite aux besoins identifiés. L'éducation permanente, c'est une philosophie, une démarche de redonner confiance aux gens et de valoriser leurs potentialités pour qu'eux-mêmes puissent devenir acteurs de changement, changement de leur situation personnelle, changement de fonctionnement de la société. L'éducation permanente, c'est un état d'esprit. Le financement de l'éducation permanente porte uniquement sur des niveaux plus collectifs, jamais sur les niveaux individuels. Du coup, je trouve que ça cloisonne le secteur dans une démarche collective. Chacun peut recevoir de l'autre et chacun peut donner, c'est vraiment cet état d'esprit qu'il faut changer.

Elle s'est impliquée dans la Fédération. Son poste : secrétaire politique. L'idée était de coordonner l'action politique : le secrétaire général ayant une action plus large sur l'ensemble de la Fédération et donc à la fois sur l'interne et sur l'externe, tandis que secrétaire politique, c'était plus une action de lobby, de reconnaissance du modèle, de plaidoyer. La Fédération a été ma meilleure école, j'y ai rencontré



### Éducation permanente

En 1994, la Fédération est reconnue à la suite du GERM comme organisme d'éducation permanente par la Communauté française. Elle obtient aussi que les maisons médicales puissent prétendre au remboursement d'une partie des frais générés par leurs activités d'éducation permanente. Depuis trente ans, le service d'éducation permanente de la Fédération s'est attelé à défendre les valeurs et la vision de celle-ci. Son but est d'offrir des espaces et outils de débats (congrès, colloques, clubs de réflexion...) à tous ceux qu'intéressent la politique de santé et les rapports santé-société. Le service d'éducation permanente organise des formations, notamment de conscientisation politique. Il stimule les maisons médicales à organiser elles-mêmes des activités d'éducation populaire et à développer leurs pratiques d'autogestion. Il a élaboré des programmes d'accueil pour stagiaires et pour nouveaux travailleurs en maison médicale. Pour les usagers, il a soutenu la constitution dans plusieurs agglomérations de groupes permanents destinés à développer leur capacité d'action et à interpellier les acteurs du système de santé (2014). Il a été un des moteurs du projet Université ouverte en santé (2006-2010).

Le concept d'éducation permanente est intimement lié à celui de santé communautaire. Dans les deux cas, il s'agit d'une démarche destinée à développer chez les adultes leurs capacités d'analyse critique des réalités sociales, leur sens des responsabilités et leur participation active à la vie sociale, économique, culturelle et politique. « *Quand les maisons médicales évoquent la nécessité d'une participation active des patients et plus largement de la population à la gestion des problèmes de santé, elles font largement appel à cette définition* » (Jacques Morel, 1996).

*des personnes qui m'ont apporté énormément pour comprendre le monde, comprendre le système dans lequel on est, comprendre l'organisation des soins de santé en Belgique et pas uniquement la première ligne. Et quand je dis les soins de santé, c'est les soins de santé avec l'ensemble des déterminants, le fonctionnement général de la société. Les permanents*

*politiques de la Fédération étaient obligatoirement des personnes qui travaillaient en maison médicale avec les patients. On a continuellement ce lien entre ce qu'on observe et une analyse plus théorique. Cette gymnastique-là, c'est ce que je continue à faire aujourd'hui. C'est ce qui permet d'être en phase entre ce qui se passe et ce qu'on peut essayer de changer. ■*

## RUDY PIRARD

### « CELUI QUI CONNAIT LE MIEUX SA SITUATION, C'EST LE PATIENT »

**Assistant social à la maison médicale du Laveu, à Liège, voilà quinze ans qu'il s'implique dans le secteur. Il a été le président de l'intergroupe liégeois des maisons médicales et aujourd'hui celui de l'organe d'administration de la Fédération. Au cœur de son travail : les inégalités sociales, le travail communautaire, la place du patient et l'autogestion**

**L**e quartier du Laveu est un quartier en train de s'embourgeoiser, mais qui à la base est très populaire. On a pour l'instant une grosse mixité : des familles de trente quarante ans avec de jeunes enfants et en même temps une série de logements qui ont été divisés en tout petits appartements pas chers et qui accueillent une population

assez précarisée. On travaille sur la zone Laveu-Cointe, mais aussi Guillemins-Fragnée et une partie du centre-ville. On a beaucoup de cas de grande précarité, mais aussi de grand isolement, isolement des personnes âgées ou entre quarante et cinquante ans qui sont très fort isolées par la déprime, la dépendance à l'alcool, aux produits stupéfiants, des per-

sonnes sans abri... Il faut savoir que dans une maison médicale comme la nôtre, où on a un peu moins de 2 500 patients, on n'a qu'un mi-temps financé en travail social. Ma grosse difficulté, c'est de ne pas pouvoir accueillir plus de monde.

Ce qui m'interpelle et sur quoi je travaille beaucoup, ce sont les inégalités sociales, et notamment les inégalités sociales en santé, l'accès aux soins de santé, le travail sur le non-recours aux droits en matière de soins de santé, l'aggravation des conditions de soins pour les personnes les plus précarisées. Dans les patients que j'accompagne qui ont des problèmes de santé, il n'en est pas un qui n'a pas un plan de paiement avec un hôpital, en ce compris les hôpitaux publics. Toutes les personnes dans la précarité qui sont confrontées à un problème de santé n'arrivent pas à assumer ça. C'est très compliqué parce que c'est parfois des petites sommes avec des complications administratives, qu'ils oublient de payer parce qu'ils ont un fonctionnement chaotique, ça part chez les huissiers, ça monte, il faut prendre des arrangements... Une série de complications et une peur d'être confronté à la maladie, de devoir retourner à l'hôpital. Voire ne pas le faire. Plusieurs patients décident de ne pas suivre les conseils de leur médecin généraliste parce qu'ils disent que ça va être des frais en plus. Je me sens efficace dans le suivi des situations individuelles, mais je ne me sens pas du tout efficace sur le contexte, je n'ai pas l'impression d'avoir la main. Le pouvoir d'agir des travailleurs sociaux par rapport au contexte dans lequel ils doivent travailler, c'est souvent problématique et c'est ce qui génère beaucoup de frustration voire d'abandon de la profession.

Il est un mot qu'il n'aime guère : empowerment. L'empowerment, c'est faire prendre conscience qu'il y a une possibilité. Mais il ne faut pas être naïf non plus, il ne faut pas croire qu'en donnant du pouvoir d'agir aux gens on va forcément avoir un impact sur le contexte. Là où on a une certaine capacité à renforcer ce pouvoir d'agir, je pense que c'est dans l'approche collective. Les personnes sont dans des difficultés semblables, elles ne sont pas toutes dans la même situation, mais il y a des difficultés de surendettement et des difficultés liées au logement, des difficultés liées à l'accès à l'énergie... et quand on rassemble les gens, c'est beaucoup plus efficace. Ça se présente de multiples façons. Deux exemples. On a eu en son temps un comité de patients qui avait son mot à dire sur la manière dont on orga-

nisait la maison médicale, les soins, les actions de santé communautaire, dont on organisait la vie de la maison médicale. Ce comité permet de prendre en compte le point de vue du patient, mais il permet surtout à des patients de se rendre compte qu'ils ont aussi la possibilité d'agir sur comment on va les soigner, qui va les soigner, comment on va organiser l'accès aux soins. L'autre extrême, c'est un groupe de tricoteuses : faire du tricot, ce n'est pas cela l'objectif évidemment, l'objectif c'est de faire en sorte que des personnes fort isolées se rassemblent, se posent des questions, se posent des questions ensemble, partagent des solutions et ça, ça permet de faire émerger par les pairs une perception de ce pouvoir d'agir. Et je parle bien d'un pouvoir d'agir sur leur situation, pas un pouvoir d'agir sur le contexte ou sociétal – ce que l'on essaie de travailler aussi, mais qui nécessite plus de convergences. Le concept de patient partenaire se concrétise chez nous par le biais de ces actions de santé communautaire et dans le comité de patients. Au-delà de ce qu'on peut avoir comme action, il y a une forme d'idéologie derrière le patient partenaire. Quand on parle de non-hiérarchisation

**L'empowerment,  
c'est faire prendre  
conscience qu'il y a  
une possibilité.**

### Inégalités sociales en santé

La santé dépend de la position sociale : revenus et niveau d'études. Ces deux variables ont évidemment une forte corrélation. L'aphorisme « La pauvreté rend malade et la maladie rend pauvre » reste une réalité dans la Belgique de 2021. Un homme ayant une éducation de base a trois fois plus de risques d'être en mauvaise santé et deux fois plus de troubles chroniques que celui qui a une éducation supérieure. Si 14,9 % de la population belge vit en dessous du seuil de pauvreté, ce chiffre est de 10,3 % en Flandre, 18,3 % en Wallonie et de 29,7 % à Bruxelles. Sur le minuscule territoire national, les disparités en espérance de vie sont importantes : on vit quatre ans plus vieux en Brabant flamand qu'en Hainaut. La pauvreté chez les enfants est en hausse. La part de la population adulte qui déclare des besoins en soins médicaux non satisfaits est passée de 0,4 % en 2008 à 2,3 % en 2016.

*des soins, on ne parle pas seulement de l'infirmière et du médecin, on parle aussi du médecin et du patient. Dans les maisons médicales, c'est le patient qui est au centre. Nous ne sommes pas des savants qui déversons notre savoir auprès de gens incultes. Celui qui connaît le mieux sa situation, c'est le patient. Celui qui a le plus d'armes en main pour modifier sa situation, c'est le patient. Celui qui connaît les leviers de changement dans sa situation sociale, c'est le patient. Nous, on est là pour l'accompagner, faire émerger la conscience de ces leviers et faire émerger des choses qui lui permettent d'avoir une vie meilleure.*

L'autogestion, manière de concevoir les relations entre les gens dans la société, lui est chère. Mais non sans risque. *L'autogestion est un ou-*

*til qui permet d'égaliser les relations, c'est un outil qui permet de renverser l'échelle sociale en fait. Dans une échelle sociale, il y a des échelons au-dessus, des échelons en dessous. Pour nous, l'échelle sociale est horizontale, il y a des personnes qui ont des fonctions différentes et il y a des personnes différentes, mais il n'y a pas de personnes supérieures aux autres. C'est comme ça que l'on conçoit les soins de santé. Il y a un décalage énorme avec la société, en ce compris avec les règles édictées par les gouvernements. Les maisons médicales n'ont pas toujours été en accord avec ces règles, elles ont parfois dépassé ces règles, utilisé un certain pouvoir d'action pour faire changer ces règles. Notre vision du monde, notre vision des rapports humains n'est pas prédominante, n'empêche, on va continuer à nous battre pour cette vision-là ! ■*

### Santé communautaire

Dès sa formation en 1964, le GERM a milité pour que l'individu et la communauté redeviennent les décideurs en termes de santé – qu'il s'agisse d'investissements ou de pratiques. Dans son livre blanc de 1971, il indique comme priorité « *la participation effective de la communauté et des individus aux prises de décision à tous les échelons. La compétence technique ne peut pas assurer à celui qui la possède un monopole, en droit ou en fait, de la prise de décision ; il doit surtout se consacrer à fournir une information objective, base nécessaire et préalable à toute décision* ». Le GERM recommande dès lors la création de commissions santé à l'initiative des pouvoirs locaux, voire de la population elle-même. Cette réflexion se nourrit d'expériences en gestion communautaire menées dans les pays anglo-saxons et latino-américains dès les années 1960. Parmi les expériences les plus abouties, il y a celles menées au Québec, avec la création de cliniques populaires autogérées par leurs patients à la fin des années 1960.

En Belgique, la participation de la population aux prises de décisions en matière de santé se heurte au modèle dominant et au fait que la majorité de sa population n'est a priori pas demandeuse : ses attentes sont plutôt centrées sur la consommation passive de soins. Cette abdication des usagers découle notamment du comportement des soignants, jaloux de leur expertise médicale. À cela s'ajoute que la maladie suscite de l'angoisse : pour l'usager, il est rassurant de s'en remettre à un avis autorisé, fondé par son approche technoscientifique. Dès la fondation des premières maisons médicales, celles-ci mènent des actions locales en santé communautaire. Elles considèrent que les conditions de vie (l'habitat, le milieu de travail, l'environnement...) sont des facteurs expliquant la mauvaise santé d'un grand nombre. La promotion de la santé s'inscrit donc dans un contexte plus vaste de luttes sociales. Et la prévention doit s'attacher aux racines non seulement biologiques, mais aussi sociales, éducatives et environnementales de la maladie.

En 1980, la Fédération inscrit dans ses statuts qu'elle cherchera à évaluer les déterminants de la santé de la population (conditions de travail, habitat, environnement, alimentation, niveau culturel). Elle veut aussi participer « *à toute action visant à modifier favorablement ces facteurs* ». Elle invite les maisons médicales à travailler à la réappropriation de la santé par la population, à participer aux luttes sociales en rapport avec la santé, à rendre aux gens la possibilité de choix concret dans les questions qui concernent leurs conditions de vie. Un objectif qui sera réaffirmé au fil des décennies, comme dans la charte de 2006 où on lit que les maisons médicales doivent « *favoriser l'émergence d'une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis des mécanismes qui président à l'organisation des systèmes de santé et des politiques sociales* ».

# CLARISSE VAN TICHELEN

## « CE N'EST PAS JUSTE UNE QUESTION D'ACCÈS FINANCIER »

**Économiste, elle a réalisé en 2019 une étude pour le compte de l'Institut wallon de l'évaluation de la prospective et de la statistique (IWEPS). Il s'agissait d'évaluer les mesures prises dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté, et parmi celles-ci les politiques de soutien aux maisons médicales : dans quelle mesure améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne des personnes précaires en Région wallonne ?**

**Q**uand on parle de maison médicale, tout le monde n'a pas la même chose en tête : une structure de première ligne qui fonctionne au forfait, une structure affiliée à la Fédération des maisons médicales, une structure agréée par la Région wallonne... Dans mon étude, j'ai repris comme critère le fait d'être soit une structure qui fonctionne au forfait soit d'être agréé par la Région wallonne. La grande majorité des personnes vont chez un médecin généraliste, que j'appelle dans l'étude « médecin généraliste classique » ; ça veut dire un médecin qui fonctionne à l'acte et qui soit travaille tout seul, soit est dans une pratique de groupe (mais qui n'est pas une maison médicale). Puis il y a une minorité de personnes, mais quand même un nombre conséquent, qui se soignent soit

en maison médicale au forfait soit en maison médicale à l'acte. Un peu plus de 120 000 personnes sont en maison médicale au forfait, et 44 000 en maison médicale à l'acte<sup>1</sup>.

Une des grandes questions de l'étude était de savoir si les maisons médicales attirent plus de personnes précaires par rapport à la pratique à l'acte classique. Ce que l'on peut remarquer, c'est qu'en effet les maisons médicales au forfait ont une patientèle nettement plus précaire que la moyenne wallonne, et les maisons médicales à l'acte aussi, mais de manière moins forte. Le forfait joue un rôle, mais il n'est pas indispensable et il n'est pas suffisant. D'autres types de mécanismes et d'activités que les maisons médicales mettent en place et permettent de faciliter l'accès aux soins. Ce que l'étude a montré, c'est que le fait qu'on ne paie pas la consultation facilite grandement l'accès aux soins pour les personnes précaires, c'est évident, mais la question de l'accessibilité financière va bien au-delà de simplement ne pas payer sa consultation chez le médecin généraliste en maison médicale. Vous avez un psy, un kiné, une assistante sociale qui sont là aussi souvent gratuitement ou à prix très réduit par rapport à la moyenne classique. Vous avez une attention vraiment particulière aux prescriptions de médicaments par exemple, on va faire attention à prescrire des génériques, à ne pas prescrire trop de médicaments. Il y a une série de choses qui font que globalement la facture à la fin du mois pour les soins de santé est moins importante. En milieu rural, le fait que les maisons médicales soient des pratiques de groupe, cela amène moins de déplacements et pour des personnes qui doivent compter les kilomètres qu'elles font en voiture parce que l'essence coûte cher ou qui dépendent

### Déterminants de santé

L'état de santé d'un individu est influencé par des facteurs biologiques (patrimoine biologique et génétique), par l'offre en soins de santé, mais surtout par les déterminants sociaux (dont l'impact est évalué entre 70 et 80 % selon les études). Il s'agit par exemple du niveau de revenus du patient, de son statut social, des réseaux dont il bénéficie, de son niveau d'éducation, de son emploi et de ses conditions de travail, de son environnement, de ses habitudes de santé, de ses capacités d'adaptation, de son genre et de sa culture. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. Les maisons médicales ont dès leur origine pris en compte ces déterminants de la santé.

1. C. Van Tichelen, « L'IWEPS évalue les maisons médicales », Santé conjugulée n° 88, septembre 2019.

*des horaires de bus, etc. c'est clair que c'est plus facile. La question était de savoir, comme les maisons médicales sont dans des quartiers plus précaires, si c'est juste leur localisation qui explique qu'elles ont des patients précaires ou si c'est leur façon de fonctionner. L'étude montre que c'est bien le modèle maison médicale, qu'il soit à l'acte ou au forfait de manière encore plus spectaculaire, qui attire des per-*

## **L'étude montre que c'est bien le modèle maison médicale qui attire des personnes précaires.**

*sonnes précaires dans ces structures. Pourquoi? J'ai pu montrer que l'accès aux soins est facilité d'une façon multidimensionnelle, que ce n'est pas juste une question d'accès financier, même si ça reste un critère prépondérant. Une série d'autres choses permettaient vraiment d'améliorer l'accès aux soins. J'ai parlé de la multidisciplinarité, il y a l'accueil aussi. L'accueil en maison médicale, ce n'est pas simplement un secrétariat médical, c'est un véritable lieu de soins et d'écoute.*

Clarisse van Tichelen adresse également quelques recommandations au gouvernement wallon. Elles concernent principalement la politique publique de soutien aux associations de santé en Région wallonne. *Ce que montre mon étude, c'est que cette politique-là est plutôt pertinente. C'est important qu'elle continue à fonctionner avec une enveloppe ouverte : dès qu'une structure, dès qu'une maison médicale satisfait aux critères, elle va recevoir le financement. On n'est pas dans une enveloppe fermée où on se dispute les financements quand plus de maisons médicales se créent. Et aussi il y a une question de mieux promouvoir la politique de la Région wallonne : beaucoup de pratiques de groupe à l'acte ne la connaissent pas alors qu'elles pourraient entrer dans les critères ou modifier un peu leurs pratiques pour y répondre et donc améliorer l'accès aux soins. Ce que montre la recherche, c'est que les critères de la politique sont plutôt bien ciblés en termes d'accès aux soins. Autrement dit, si une structure répond aux critères de la politique, elle va a priori améliorer son accès aux soins pour les personnes précaires. L'objectif est que le rapport ne reste pas dans un tiroir. Malheureusement, on est dans une configuration assez spécifique où la commande et l'évaluation venaient du ministre-président alors que la politique dépend du*

*ministre de la Santé... Le commanditaire de l'évaluation n'est pas celui qui peut mettre en œuvre les recommandations. Mais j'espère, comme j'ai co-construit cette recherche avec les acteurs de terrain, qu'eux s'emparent du rapport pour influencer la politique de la Région wallonne. ■*

### **Accès à la santé**

La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 précisait déjà que toute personne a droit « à un niveau de vie suffisant pour sa santé et son bien-être et celui de sa famille, y compris la nourriture, l'habillement, le logement et les soins médicaux et services sociaux nécessaires ». Le système de Sécurité sociale mis en place en Belgique au lendemain de la Seconde Guerre mondiale a considérablement amélioré la couverture des risques encourus par les citoyens en cas de maladie ou d'invalidité. Il n'empêche qu'il n'a pas levé tous les obstacles à l'accès aux services de santé.

Dès sa création en 1964, le GERM fait de l'accès aux soins un leitmotiv de son projet d'organisation médico-sanitaire qui doit « tendre à supprimer tous les obstacles (financiers, psychologiques, sociaux et autres) ». En 1980, les statuts de la Fédération des maisons médicales stipulent de même que le but principal poursuivi est la promotion d'une médecine de base accessible à tous, « tant au point de vue culturel que financier ». Un thème qui sera repris par la suite dans les versions successives de la charte et des cahiers de revendications politiques de la Fédération. Tous ces documents insistent sur le fait que l'accès aux services de santé n'est pas seulement une question financière, mais que les obstacles peuvent être d'ordre culturel, géographique, psychologique, etc. La Fédération préfère du reste parler d'accès à la santé et non pas uniquement de l'accès aux soins. En effet, le but poursuivi est la santé du patient et les soins ne sont qu'un moyen parmi beaucoup d'autres pour y parvenir. Le droit à la santé pour tous passe essentiellement par des interventions sur les déterminants de la santé et donc par des politiques portant sur les revenus, le logement, l'emploi, l'éducation, l'aménagement des espaces, etc.



# MICKY FIERENS

## « CHAQUE PERSONNE A QUELQUE CHOSE À APPRENDRE AUX AUTRES »

La Ligue des usagers des services de santé (LUSS) est une fédération qui rassemble des associations de patients en Belgique francophone et qui porte la parole des usagers des services de santé. Ses missions : œuvrer pour l'accès à des soins de qualité pour tous et valoriser la participation des usagers aux politiques de santé. Micky Fierens en est membre fondatrice, elle en fut aussi la directrice pendant vingt ans.

**D**ans les années 1980, les soignants avaient envie d'avoir un retour de ce que les patients ressentaient par rapport à la maison médicale, mais aussi sur la manière dont ils voulaient être soignés et ce qu'était la santé pour eux. Ils ont invité des patients à les rencontrer, j'en ai fait partie. C'était des rencontres collectives qui nous permettaient de parler aussi de la santé, de la manière dont on la voyait et de la manière dont on voyait le médecin et les autres soignants qui accompagnent le patient dans son parcours. Dans les années 1980, on ne parlait pas du tout de participation des patients. Ceux qui parlaient au nom des patients, c'était les médecins qui savaient comment leurs patients se sentaient ou alors les mutuelles qui étaient les représentants officiels dans le système politique. Dans ces années-là, donner la parole aux patients était quelque chose de très innovant. Je m'attendais à des personnes dans la plainte, et en fait pas du tout. Ça a été très enrichissant d'entendre les autres parler de leur santé et ça m'a constitué un énorme bagage de départ, ça m'a remise dans une position humble d'écoute. Chaque personne a quelque chose à apprendre aux autres.

Elle prend ensuite la parole dans des colloques, des cabinets ministériels et devient en quelque sorte la porte-parole des patients. C'est le bon moment pour concrétiser une idée... Il faudrait pouvoir créer quelque chose où les patients sont entre patients et puissent légitimement prendre la parole parce qu'ils représentent réellement les patients, qu'ils ont une connaissance de leur vécu, de leurs attentes, de ce qui va bien, de ce qui ne va pas bien. Dans les années 1990 j'ai été à l'initiative, avec aussi des gens de la maison médicale de Barvaux,

### Droits du patient

La Fédération s'est intéressée aux droits du patient dès 1982, quand elle entame en collaboration avec le GERM la rédaction d'un guide à ce sujet coordonné par Colette Swaelens. Objectif : améliorer la compréhension du système de santé par la population. L'accent y est mis sur la responsabilisation des usagers en évitant toute mentalité d'assisté. Depuis cette époque, la Fédération considère que « c'est aux usagers que revient de déterminer ce qu'ils attendent des soignants ; le rôle de l'État est d'être leur porte-parole ; et celui des soignants, de mettre leurs compétences, dont ils restent maîtres et responsables, au service de la population » (Axel Hoffman, 1998). Le patient doit être mis en mesure de « se gouverner par ses propres lois » (Coralie Ladavid, 2001).

La fin des années 1990 est marquée par une effervescence législative au sujet des droits du patient. Dès l'été 1997, le ministre fédéral de la Santé Marcel Colla (SP) se penche sur la question. La ministre Magda Aelvoet reprendra le flambeau quelques années plus tard. La loi de 2002 relative aux droits des patients reconnaît le modèle participatif en mentionnant, entre autres droits : ceux de recevoir des soins de qualité, de choisir son praticien, d'être informé sur sa santé, de consentir librement à toute intervention (ou de la refuser), d'avoir un dossier médical tenu à jour et de pouvoir le consulter, d'être respecté dans sa vie privée et dans son intimité, etc.

de cette fédération d'associations de patients et j'ai fait appel à toutes les associations répertoriées côté francophone. Des gens qui ont besoin d'être reconnus dans leurs droits, de pouvoir arriver à une certaine autonomie pour se soigner, de se sentir mieux considérés par les soignants, d'avoir de bonnes informations, de pouvoir donner un consentement avant d'entamer des démarches d'opération ou autre... On est allé tout doucement vers un respect des droits des patients qui a abouti en 2002. Tout le monde n'a pas le même degré d'autonomie et tout le monde n'a pas une volonté d'autonomie, mais il faut pouvoir s'adapter à cette volonté de l'autonomie du patient. Ça peut être simplement répondre à des questions qu'il n'a pas posées pour avoir des réponses que le médecin n'était pas prêt à donner ou auxquelles il n'avait pas pensé, c'est se sentir considéré et que ce qu'on raconte est pris en compte — par exemple que tel médicament ne fait pas d'effet ou qu'on a des douleurs qui ne se détectent pas par des radios ou des prises de sang, que ces douleurs existent. Donc plutôt un médecin qui accompagne. Quand on a une maladie chronique depuis longtemps, on connaît bien les symptômes, on connaît bien les répercussions des mé-

dicaments, on est tout à fait capable de lire les résultats d'une prise de sang, on est même capable de lire une radio et on est capable d'interpréter ce qui s'est passé à un moment donné (« tiens ma prise de sang a été moins bonne, mais je sais bien que ces derniers temps je n'étais pas bien, j'ai mal mangé, j'étais stressé »). C'est au médecin de poser les bonnes questions pour savoir comment le patient se sent capable ou comment il a envie d'avancer d'une manière autonome. Au début on a dérangé, parce que les soignants estimaient très bien connaître leurs patients et ne pas avoir besoin de quelqu'un d'autre pour leur dire ce qu'ils devaient faire ou ne pas faire ou porter un jugement. Les mutuelles aussi estimaient qu'on marchait sur leurs plates-bandes et qu'il n'y avait pas besoin d'un autre représentant des patients qu'eux. Dans des milieux de plus en plus ouverts, on a pu rendre intéressante la parole du patient... il y avait un intérêt à les écouter. Ce qui est intéressant, c'est de mettre les expertises des uns et des autres, une expertise scientifique du médecin et une expertise du vécu du patient, sur un pied d'égalité à un moment donné et de pouvoir aussi du coup éduquer les médecins. ■

## HÉLÈNE DISPAS

### « TOUT CE QUE L'ON FAIT EST POLITIQUE »

**Médecin généraliste à la maison de santé Potager, à Saint-Josse-ten-Noode, elle est également conseillère santé pour le parti Ecolo-Groen au parlement fédéral. Précédemment, elle était membre du bureau stratégique de la Fédération.**

**L**e bureau stratégique – pour résumer avec un mot que peu de gens aiment –, on dirait qu'on est des lobbyistes au service d'une bonne cause. Évidemment, les lobbyistes pensent toujours que leur cause est la meilleure, mais on est, oui, des militants pour transformer le système de santé en Belgique afin qu'il soit plus orienté vers des soins de santé primaires et vers une meilleure accessibilité aux soins pour tous. Le modèle que l'on défend pour cela, un des moyens, c'est de développer plus de maisons médicales. On défend toutes les méthodes qui permettent d'augmenter l'accès aux soins pour les patients, on défend la qualité des soins, on dé-

fenf surtout le travail des équipes interdisciplinaires. Du côté des patients cela améliore, je pense, la qualité des soins dans des situations compliquées où on a l'impression qu'il y a des blocages de communication, que l'on n'a pas tout saisi. On va partager le dossier des patients quand c'est nécessaire. J'insiste : ce n'est pas nécessaire pour tous les patients et il ne faut pas toujours partager toutes les données, toutes les informations, mais, dans les cas compliqués, pouvoir s'asseoir autour d'une table et écouter tant le point de vue de l'accueil que du kiné, du médecin que de l'infirmier, c'est ça que l'on définit comme interdisciplinarité. Non seulement parler, mais aussi travailler

## Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est un concept lié à celui de globalité des soins : comme, pour la Fédération, la santé combine des éléments physiques, affectifs, sociaux ou relationnels, il est logique qu'au sein d'un centre de santé collaborent médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, voire dentistes, diététiciens, etc. L'interdisciplinarité a été théorisée par le GERM dès sa création en 1964 comme une des caractéristiques principales du centre de santé intégré, modèle alternatif à une médecine libérale, médico-centriste et qui parcellise la prise en charge du patient. Lors de la formation des premières maisons médicales à partir de 1972, la collaboration pluridisciplinaire entre soignants, psychologues ou assistants sociaux, s'impose comme une façon alternative de pratiquer la médecine. C'est aussi un héritage de Mai 68, lorsque les étudiants étaient organisés en comités d'action interdisciplinaires : « *il y a eu continuité entre la pratique politique et la pratique professionnelle* » (Pierre Drielsma, 2013). Mais ce modèle ne bénéficiera d'aucune reconnaissance légale, d'aucun système de financement spécifique.

Le travail en équipe pluridisciplinaire ne va pas de soi. Il se heurte à de nombreux préjugés, aux formations reçues. C'est pour développer l'idée que chaque métier peut constituer un apport aux autres qu'en 1993 la Fédération a inauguré une réflexion sur la transdisciplinarité : les travailleurs des maisons médicales ont été invités à se réunir par spécialité pour définir leur fonction, leur rapport avec les autres professionnels. Un colloque est organisé en 1994 pour faire la synthèse de cette recherche-action : on y évoque la nécessité de passer d'une simple coordination entre soignants de différentes disciplines à une équipe intégrée dont les personnalités peuvent s'enrichir mutuellement. Autrement dit, il s'agit de passer de la pluridisciplinarité (simple juxtaposition de professionnels complémentaires) à l'interdisciplinarité (où le travail en équipe apporte davantage que les compétences additionnées des individus), voire à la transdisciplinarité (chaque travailleur, de par son interaction avec d'autres, se trouve enrichi).

*ensemble, parfois aller toquer à la porte du cabinet d'à côté pour dire « j'ai un patient qui a un problème de dos, est-ce que toi, kiné, tu peux me donner un avis ? L'examiner avec moi ? » Ou « est-ce que je peux venir en consultation avec toi qui es psychologue pour sortir d'une situation complexe avec ce patient-là ? ».*

*L'intérêt de l'interdisciplinarité pour les équipes, c'est le bien-être au travail. C'est d'avoir des collègues avec qui l'on peut échanger des compétences, des informations, poser des questions. En termes scientifiques et de compétences, ça ne fait que nous tirer vers le haut, pour autant qu'on se laisse remettre en question et qu'on s'entende bien. On a le droit de partager certaines informations, mais c'est important de toujours demander le consentement du patient. La priorité, c'est les intérêts du patient. Les patients ont toujours le droit de dire « ça, je ne veux pas que les autres le sachent ». C'est indispensable, si on veut faire du bon travail interdisciplinaire, de se réunir, de se parler, de se faire confiance, d'échanger les pratiques, d'échanger au sujet des patients. Je pense qu'il faut une bonne dose d'humilité et de capacité de se taire parfois, avoir la capacité de se remettre en question, la capacité d'accepter des consensus qui ne sont pas ce que, nous, on au-*

*rait fait tout seul, mais d'appliquer ce qui est bon pour la collectivité. Oui, ça demande des aptitudes et beaucoup de communication, beaucoup d'écoute.*

Pour elle, santé et politique vont de pair. *Tout ce que l'on fait est politique. Choisir de travailler en maison médicale, choisir de soigner quelqu'un qui n'a pas les moyens, qui est sur l'aide médicale urgente et qui va nous demander un gros travail administratif pour obtenir des remboursements, etc., choisir d'engager des personnes qui parlent d'autres langues ou de travailler avec des services d'interprétariat, ce sont des choix politiques. Et à l'inverse, les politiques ont un grand effet sur ce qui se passe au quotidien sur le terrain. Lors de la précédente législature, quand on avait une politique plutôt hostile à l'égard des étrangers, ça ne facilitait pas du tout l'accès aux soins des personnes migrantes, à l'aide médicale urgente. Et ça a un impact direct sur les patients qui viennent avec des problèmes de santé qui s'alourdissent parce qu'ils n'ont pas accès aux hôpitaux, parce qu'ils ne se sentent pas les bienvenus, parce qu'ils ne comprennent pas où ils doivent s'adresser et arrivent avec des maladies décompensées plutôt que d'avoir eu accès à de la prévention et à des soins de base. ■*

# ISABELLE DECHAMP

## « LA PREMIÈRE LIGNE DE LA PREMIÈRE LIGNE »

**Les maisons médicales, ce sont des équipes pluridisciplinaires de médecins généralistes, kinés, infirmières, parfois dentistes ou autres spécialistes. Attention à ne pas oublier l'accueil! Isabelle Dechamp, entrée en 1996 à la maison médicale Le Gué (Tournai), présente ce métier méconnu.**

**A**u début, l'accueil à la maison médicale avait été organisé par des patientes, qui l'ont fait du mieux qu'elles pouvaient, mais sans tenir compte d'options professionnelles : l'écoute, l'organisation, le planning, l'accueil du patient en tant que personne, etc. Ça allait jusqu'à faire la garde d'urgence le week-end et la nuit chez elles. On ne pourrait plus concevoir cela. Le revers de la médaille, c'est qu'elles ont fait un travail d'accueil en fonction de leurs limites à elles, sans nécessairement penser à ce qu'est accueillir le patient.

**Accueillir « désirablement », c'est accueillir de la manière la plus empathique possible.**

Est-ce avoir un cadre dans lequel le patient doit rentrer obligatoirement ou est-ce ouvrir un cadre pour que le patient se sente lui accueilli en tant que personne? C'est cette limite-là qu'il a fallu faire bouger. Pour moi, l'accueil doit se mettre dans une logique d'ouverture vers le patient. Au sein même de la maison médicale qui est elle-même en première ligne, il y a une première phase d'accueil qui est la première ligne de la première ligne. Celui qui arrive dans la maison médicale ne voit pas directement le médecin, il y a un filtrage, une organisation qui veut que le patient soit d'abord écouté, entendu. On lui propose un rendez-vous, on postpose le rendez-vous ou bien on lui propose un rendez-vous dans une équipe et pas seulement chez un médecin. Accueillir « désirablement », je pense que c'est accueillir de la manière la plus empathique possible. C'est s'ouvrir soi-même aussi aux patients comme on demande aux patients de s'ouvrir à la logique de la maison médicale. Le patient doit faire un chemin et nous avons un chemin à faire vers le

patient. Le désir, c'est aussi tenir compte du besoin. Derrière l'expression du patient, il y a un besoin ; il faut aller chercher son besoin pour le connaître et pouvoir y répondre. On doit faire un travail aussi pour qu'il puisse l'exprimer. En l'aidant à décortiquer ce qu'il a en tête au moment où il est là, on l'aide à s'exprimer et à travailler son besoin dans la durée, dans le temps. Je veux dire que ce n'est pas nécessairement tout de suite qu'il aura une réponse, mais une réponse il en aura une. Ça le rassure, ça le rassure. Des patients sont dans un tel état de fébrilité, d'inégalités sociales, de précarité psychologique, sociale et médicale qu'il n'y a rien qui passe. Ils ne voient que leur problématique. Le fait de devoir attendre, de postposer un rendez-vous, pour eux, c'est insupportable. Je pense aux jeunes souffrant d'assuétudes. On doit gérer aussi tout ça à l'accueil : des moments de crise, des moments d'angoisse, des moments de tristesse. Certaines maisons médicales ont des lieux à part où une accueillante peut passer un moment avec un patient, prendre le temps de se poser, que le patient puisse reprendre le rythme de sa vie, avoir l'occasion d'échanger. On ne travaille pas avec des protocoles, on travaille avec l'humain, ce n'est pas facile tous les jours. Au niveau de l'accueil même, il y a un peu d'administratif, mais il y a surtout beaucoup de communication, beaucoup d'échanges avec le patient. Il y a aussi ce que le patient va amener. C'est très important d'être dans une relation d'égal à égal avec le patient. L'accueil doit tenir compte aussi de l'équipe pluridisciplinaire qui a posé un cadre, qui fonctionne avec ses propres compétences : le médecin, l'infirmière, etc. Ce n'est pas simple de tout gérer en même temps, on dit parfois qu'il y a aussi un rôle d'advocacy, c'est-à-dire qu'on doit pouvoir défendre auprès de l'équipe le point de vue du patient et que l'on doit pouvoir défendre auprès du patient le cadre dans le-

*quel l'équipe souhaite évoluer. Plus les valeurs que l'on défend... On veut lutter contre les inégalités sociales, on est une médecine sociale et c'est aussi l'accueil qui transmet ces valeurs aux patients.*

Le GAF, le Groupe accueil fédé, s'est créé à la fin des années 1990. Il s'agissait d'échanger sur les pratiques. Des formations s'organisaient ensuite, qui font encore le plein aujourd'hui. *On parle d'autonomie du patient, de travail en réseau, de communication verbale et non verbale, d'écoute active, d'éthique et de déontologie, de secret médical partagé... On a toujours insisté sur l'importance de ces formations parce que si l'accueillante revendique une reconnaissance dans l'équipe, si elle revendique une revalorisation salariale, elle doit aussi s'investir dans la formation. On a toujours défendu cette formation, ce qui nous rendait aussi plus forts pour être une des personnes de l'équipe pluridisciplinaire à part entière et avoir un rôle thérapeutique. Le Groupe accueil fédé, c'est une manière de valoriser la fonction au sein de la Fédération des maisons médicales et c'est une manière aussi de nous soutenir entre maisons médicales.* ■

## Accueil

Pour les maisons médicales, le premier contact du patient avec le système de santé est crucial. Il recouvre l'écoute de la plainte ou de la demande, une première analyse, l'orientation vers des personnes ou services susceptibles de répondre à la demande. La fonction d'accueil a été reconnue dans les textes législatifs : par la Communauté française en 1993, la Région wallonne en 1999 et la Cocof en 2001. Dès 1993, la Fédération organise une formation à l'accueil. Les accueillants représentent aujourd'hui quelque 20 % du personnel des maisons médicales, ce qui en fait la deuxième catégorie la plus importante après les médecins. Ce groupe sectoriel s'est organisé dès 1999. Il a notamment publié *l'Abécédaire de l'accueillante* en 2005 et organisé des « Assises de l'accueil » en 2014. Il existe depuis 2020 une formation qualifiante à l'accueil dans le secteur ambulatoire social-santé, délivrée par des établissements de promotion sociale.

# AUDE GARELLY

## « RESTER PURISTE OU S'OUVRIER »

**Il y a quelques années, la Fédération initiait un projet important, celui des critères de membres. Ceux-ci ont été actualisés, clarifiés et rendus plus opérationnels. Ce chantier a été confié à une consultante qui s'est immergée dans le mouvement.**

**L**a Fédération travaillait depuis plusieurs années sur la mise à jour des critères de membre pour coller à la réalité du mouvement et des enjeux de santé publique aujourd'hui. Je suis allée voir des partenaires ou concurrents ou acteurs pour leur demander comment ils perçoivent la Fédération des maisons médicales. Quelles sont ses forces ? Quelles sont ses faiblesses ?

Autogestion, non-hiérarchie, égalité salariale et interdisciplinarité. Ces critères sont-ils aujourd'hui périmés ? Ils ne sont pas périmés en tant que tels, on n'a pas changé les choses de manière fondamentale, mais ils ont été explicités. Des termes comme l'autogestion, qui était difficile à définir, ont

fait l'objet d'un travail. L'idée était de s'adapter à la réalité d'aujourd'hui et de demain. L'enjeu était de faire en sorte que des critères qui affirment des valeurs et des valeurs politiques au sens noble du terme soient applicables, compréhensibles par un nouveau médecin qui s'installe à la campagne avec une infirmière et un kiné et qui n'est pas forcément militant depuis soixante ans sur ces questions-là. L'idée était de pouvoir ouvrir à de nouveaux profils et pas seulement un noyau dur de militants historiques. La Fédération était face à deux options : rester puriste, n'accepter que ceux qui collent à 100 % voire à 200 % aux valeurs ; ou se dire que le mouvement, pour faire impact dans la société et pour faire évoluer les pratiques en matière de santé, devait s'ouvrir



*et accueillir de nouvelles pratiques et de nouveaux praticiens. Il était possible de ne pas faire fi des valeurs clés du passé de la Fédération et d'accueillir aussi de nouvelles pratiques, de nouvelles têtes. Je crois que l'ambition qui a été la nôtre a été réus-*

## **Un des enjeux était de permettre la progressivité de l'entrée dans la Fédération.**

*sie, puisque très concrètement quand on a proposé les nouveaux critères de membre à l'assemblée générale fin 2018, ils ont été approuvés à 89 %.*

*Un des enjeux était de permettre la progressivité de l'entrée dans la Fédération des maisons médicales. Se créer, faire*

*un réseau, s'implanter, se faire une patientèle... il y avait cette idée de progressivité, et donc aussi un enjeu d'accompagner des nouveaux venus. Il faut pouvoir accompagner des gens qui sont déjà sur le chemin, déjà avec ces valeurs fortes. J'ai fait plusieurs étapes, à l'extérieur, à l'interne de la Fédération, avec le conseil d'administration, les maisons médicales, les intergroupes. J'ai eu un accueil très participatif des maisons médicales qui étaient aussi contentes que les fonctions stratégiques de la Fédération viennent sur le terrain discuter, amender les choses, chercher les exemples et ne pas être dans une logique descendante. C'était vraiment une co-construction et j'avais besoin que les maisons médicales me nourrissent de leurs pratiques. C'est toute la richesse d'un mouvement qui n'est pas uniforme. Il y a eu un bon taux de participation, plein de pratiques différentes, et on a pu enrichir le travail aussi avec des maisons médicales plus ou moins avancées dans leur processus. Au départ, certaines parties prenantes de la Fédération, dont le bureau stratégique est l'instance politique, avaient un peu de mal à lâcher le bébé à quelqu'un qui n'était pas membre historique. Je crois que ma façon de travailler a permis que l'on me prenne pour un réceptacle des idées, mais aussi pour quelqu'un qui va apporter sa synthèse et son analyse. J'étais consultante indépendante, ça a beaucoup joué aussi en la faveur de la réussite du projet. Je ne représentais pas des intérêts particuliers, j'étais en dehors du jeu et je pouvais avoir une vision macro. Par contre, je rendais des comptes au conseil d'administration et à la secrétaire générale. C'est l'avenir des soins de santé de positionner les maisons médicales comme acteurs de première ligne pluridisciplinaire ou transdisciplinaire ancrées dans un territoire et un réseau.*

### **Critères de membres**

Ce sont les maisons médicales qui sont membres de la Fédération et non leurs travailleurs. Le nombre d'affiliés passe d'une trentaine en 1980 à 128 aujourd'hui. Les critères d'agrément sont de deux types.

Adhésion à des valeurs :

- Pratiquer un travail interdisciplinaire et dispenser des soins de santé primaires organisés en première ligne : soins globaux, intégrés, continus et accessibles, dans un souci continu de réflexion et d'adéquation avec les besoins et les réalités des populations du territoire.

- Travailler en équipe non hiérarchisée constituée de minimum trois fonctions de première ligne, dont deux de soins, à savoir un médecin et un(e) accueillant(e) et, au choix, un(e) kinésithérapeute ou un(e) infirmier(ère).

- Adhérer aux statuts de la Fédération et à la charte des maisons médicales, et s'inscrire dans un mouvement qui vise la construction d'une analyse critique de la société et la transformation du système de santé.

- Considérer le patient comme partenaire principal et acteur clé de sa santé, encourager la participation citoyenne (niveau individuel), prendre une option claire en faveur de la réappropriation de la santé par la population (niveau collectif), et développer des approches de santé préventive individuelles et collectives.

Principes organisationnels : constitution en asbl, assemblée générale majoritairement composée des travailleurs, mais ouverte à au moins une personne extérieure à l'équipe, définition d'une politique budgétaire globale et de rétribution transparente.

*Il y a encore beaucoup trop de patients qui vont directement à l'hôpital pour des questions qui pourraient être gérées complètement autrement et je pense que le double aspect curatif et préventif que met en place la maison médicale est plein de richesses. Une des particularités que je relève du mouvement, c'est la capacité à travailler le lien individuel avec le patient et la question communautaire ou collective : le patient est ancré dans la société, on l'accompagne à cet ancrage dans la société. ■*

# FANNY DUBOIS

## « UN SYSTÈME QUI GÈRE DES MALADIES PLUTÔT QUE DE PRÉVENIR LA SANTÉ »

L'actuelle secrétaire générale de la Fédération des maisons médicales chérit la Sécurité sociale, une Sécurité sociale cependant mise à mal, notamment par des logiques néolibérales.

**J**e ne suis pas tout de suite tombée dans le mouvement des maisons médicales. Je suis d'abord passée par la mutualité. Même si j'ai à cœur de toujours garder un lien avec le terrain, de toujours incarner les plaidoyers politiques que je construis, je trouve aussi très important d'avoir une vision macro de la société. Il y a beaucoup de clichés. Par exemple que les chômeurs sont des profiteurs. C'est faux : le budget du chômage, c'est le troisième pan de la Sécurité sociale après les soins de santé et les pensions. Il faut démentir cette vision-là, il faut aussi rappeler que la Sécurité sociale offre une assiette de sécurité dans le cas où une personne perd son emploi, mais aussi dans le cas où elle a besoin d'un remboursement pour ses soins de santé, pour sa future pension, etc. Aujourd'hui, avec l'emploi qui peut faire défaut, c'est plus fondamental que jamais. On l'a vu lors de la pandémie, le chômage temporaire a permis à notre société dans son entièreté de tenir. Des logiques néolibérales visent à la marchandiser, visent à ce que le budget de la Sécurité – qui pourtant est le budget des citoyens – aille de

plus en plus vers des sphères à but lucratif alors que ça, ce n'est pas du tout dans l'intérêt des citoyens. Un exemple, celui de l'industrie pharmaceutique : on a observé sous la politique de la ministre De Block que l'industrie pharmaceutique a eu un taux de croissance des budgets lié à la Sécurité sociale de 7 % là où la première ligne de soins a été diminuée. C'est un budget, un pot commun des citoyens, qui est alloué à des logiques marchandes plutôt que dans la réponse à leurs besoins en santé publique par exemple. Je suis sidérée de réaliser à quel point des politiques voient plus leurs intérêts personnels, leur carrière, leur pouvoir se maintenir que le courage d'organiser des politiques publiques qui certes à première vue peuvent être moins populaires, mais dans les faits sur le long terme sont vraiment plus positives pour la société, pour le climat, pour la santé publique en général.

**La Sécurité sociale, c'est un budget, un pot commun des citoyens.**

### Sécurité sociale

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 institua la Sécurité sociale obligatoire pour tous les travailleurs salariés. Il devait selon ses promoteurs en finir avec la notion dégradante d'assistance publique, en la remplaçant par celle de solidarité effective entre tous les citoyens. Le financement de la Sécurité sociale est assuré par trois sources : l'État, les cotisations patronales et celles des travailleurs. La perception des recettes est assurée par l'ONSS (Office national de Sécurité sociale), celles-ci sont ensuite réparties entre sept branches dont l'assurance maladie invalidité (AMI) (aujourd'hui assurance soins de santé et indemnités ou ASSI).

Devant les risques de détricotage de la Sécurité sociale (menacée aussi bien par la fédéralisation croissante de l'État belge que par la politique néolibérale des gouvernements successifs), la Fédération est régulièrement montée au créneau, comme en 1986 lors de la suppression du tiers-payant pour les soins ambulatoires. En 2001, par exemple, son président Patrick Jadoulle a rappelé que la couverture de protection sociale doit rester basée sur la solidarité et non sur le risque actuariel, comme y incitent les compagnies d'assurance privées, animées par le seul souci du profit. Ce thème est repris dans les mémorandums adressés par la Fédération au monde politique lors de chaque élection.

Une Belgique sans Sécu, ça ressemblerait à quoi? Une Belgique sans Sécurité sociale? Il suffit de regarder les États-Unis. Des personnes doivent s'endetter à vie parce qu'elles ont traversé une maladie ou parce qu'elles ont eu envie de mettre au

**Plus on renforcera  
les soins de  
première ligne,  
plus on renforcera  
le préventif.**

monde des enfants. Aujourd'hui dans certains territoires populaires habités par des Afro-Américains, une personne sur deux est susceptible de présenter du diabète, un enfant sur cinq est obèse. Ça, c'est la Belgique sans Sécurité sociale si on n'arrive pas à bien la défendre et à la renforcer. Notre système de santé est bon si on le compare à d'autres pays. La Sécurité sociale est un mécanisme génial en termes de répartition des richesses, mais il se dégrade depuis une dizaine d'années. Par ailleurs, il pourrait être amélioré du fait qu'il est encore régi par des normes du tout au curatif plutôt qu'au préventif, par l'éparpillement des professionnels plutôt que l'organisation plus cohérente à l'échelle de différents territoires de ces professionnels en ce compris les différentes lignes de soins. La première ligne de soins, c'est les méde-

cins généralistes, les infirmières, les soignants de terrain, proches des quartiers, des patients; la deuxième ligne de soins, c'est les hôpitaux, les spécialistes, etc. Quand on compare les budgets de l'assurance maladie invalidité, on se rend compte que la deuxième ligne de soins est bien renflouée même si ces dix dernières années elle a été aussi amenée à faire des économies. La première ligne de soins par contre a toujours été très pauvre et donc ne sait pas répondre à l'ensemble des besoins des citoyens en santé. Plus on renforcera les soins de première ligne, plus on renforcera le préventif, plus on pourra faire face par exemple à des pandémies comme celle que l'on vient de traverser et plus on sera à même aussi de prévenir des maladies plus graves. On est dans un système aujourd'hui qui gère des maladies plutôt que de prévenir la santé des citoyens. J'espère que la pandémie va permettre à nos dirigeants, mais aussi aux citoyens, de prendre conscience des enjeux fondamentaux de travailler à un système plus préventif et plus solidaire, mais ce n'est pas pour autant que l'époque contemporaine arrête ces mécanismes de domination, cette marchandisation du système, cette mise à mal de la concertation sociale dans le système de santé. Je pense qu'il faut garder conscience que ces logiques de pouvoir continuent de nous dominer. ■

### Santé conjugquée

C'est la revue trimestrielle de la Fédération depuis 1997. Elle reprend alors la tradition éditoriale des Cahiers du GERM et du Courrier publié depuis l'origine par la Fédération : du premier, elle conserve la publication systématique de cahiers thématiques; du second, celle de pages d'actualités. La revue ne parle pas seulement de soins, mais plus généralement de santé, ce qui lui donne un intérêt très large. Elle est d'ailleurs destinée à un large public plutôt qu'aux médecins et spécialistes. Son titre est une allusion aux concepts de santé communautaire et de globalité des soins. *Santé conjugquée* est entièrement en ligne, mine d'informations organisée autour de centaines de mots-clés.

*Cher lecteur, chère lectrice,*

*Chaque trimestre, vous recevez un exemplaire ou vous lisez en ligne le nouveau numéro de Santé conjugquée. Comme notre millier d'abonnés, vous y trouvez des articles, des analyses, des interviews et des dossiers fouillés sur une problématique d'actualité en lien avec la santé et le social.*

*Vous l'avez constaté, ce numéro de mars 2022 est un peu particulier. Les quarante ans de la Fédération des maisons médicales sont l'occasion de retracer son histoire, de partager le témoignage de nombreuses figures qui l'ont créée dans les années 1980 et qui donnent force à ce mouvement aujourd'hui encore. C'est l'occasion également de vous donner la parole et de recueillir votre avis sur notre revue. Vous souhaitez participer à cette évaluation? Visitez la page <https://tinyurl.com/santeconjuguee2022> ou scannez le QR code ci-contre pour accéder directement à un petit questionnaire. Merci de votre participation!*



La rédaction de Santé conjugquée

# QUELS DÉFIS POUR LE MOUVEMENT ?

Depuis la création de la Fédération, le nombre de maisons médicales, de professionnels et d'usagers n'a cessé d'augmenter et le contexte politique, social et économique a fortement évolué. Les enjeux d'hier ne sont plus (tous) les mêmes aujourd'hui. Un groupe de soignants et de patients a identifié quelques défis prioritaires que le mouvement des maisons médicales devrait relever dans les prochaines années.

**Pauline Gillard, chargée d'études en éducation permanente à la Fédération des maisons médicales.**

**R**éunis sur base volontaire le temps d'une demi-journée, neuf soignants et deux patients de maisons médicales bruxelloises, liégeoises et brabançonne ont mis en commun leurs observations et aspirations à propos d'enjeux qu'ils et elles estiment prioritaires pour l'avenir du mouvement des maisons médicales. Le fruit de leurs réflexions n'est ni exhaustif – les échanges auraient pu se poursuivre plus longtemps – ni représentatif de l'ensemble du mouvement. Néanmoins, cet exercice aura permis de dégager une série d'axes et de pistes d'action qui pourront inspirer la Fédération des maisons médicales dans ses futures prises de position ainsi que dans la rédaction de sa prochaine note d'orientation stratégique.

## De grands enjeux sociétaux

Au départ d'une de leurs expériences vécues en tant que soignant ou patient, les participants ont pointé plusieurs problématiques sociales ayant des répercussions majeures sur leurs pratiques quotidiennes. Premier constat partagé, celui de l'augmentation de la souffrance psychosociale au sein de la patientèle des maisons médicales. Résultant de l'accroissement des inégalités sociales et du renforcement de l'isolement social dans le contexte pandémique, ce phénomène génère une surcharge de travail notamment pour les psychologues qui ne parviennent plus à répondre à l'ensemble des sollicitations et met à mal l'accessibilité des soins psychologiques de première ligne (difficultés de prise de rendez-vous, listes d'attente, etc.). « Je constate à travers mes suivis que les gens souffrent et deviennent "psychiatri-

sables" alors qu'en réalité le problème n'est pas tant psychiatrique, estime un médecin. Ce sont des problèmes sociaux qui impactent leur santé mentale. »

Deuxième enjeu de taille : l'augmentation du coût du logement, particulièrement observée en région bruxelloise, qui pèse aussi sur l'accessibilité et la continuité des soins de santé primaires. « Beaucoup de nos patients déménagent en dehors de la capitale pour trouver un logement plus grand et plus accessible financièrement, témoigne la coordinatrice d'une maison médicale. Quand ils s'installent en périphérie bruxelloise, ils n'ont accès qu'à une médecine à l'acte et non conventionnée, ce qui pose des problèmes d'accessibilité et de continuité des soins pour cette population. »

La problématique du vieillissement de la population et l'augmentation de la demande de soins palliatifs qui en découle engendrent aussi de nouveaux défis pour les maisons médicales. En tant qu'équipes d'accompagnement pluridisciplinaire de patients en fin de vie, elles représentent un maillon indispensable pour répondre au souhait exprimé par la plupart des patients de mourir chez eux<sup>1</sup>. À cet égard, les participants soulèvent la difficulté d'inscrire l'ensemble des patients qui nécessitent ce type de soins particulièrement lourds et qui demandent souvent à plusieurs maisons médicales de se coordonner pour partager les gardes que ces situations occasionnent. Pour certains participants, cette difficulté s'explique par l'enjeu de la viabilité finan-

**L'augmentation du  
coût du logement  
pèse aussi sur  
l'accessibilité et la  
continuité des soins.**

1. Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, *Rapport d'évaluation des soins palliatifs*, SPF Santé publique, 2017.

cière des maisons médicales financées au forfait, qui perçoivent une somme fixe indépendamment du nombre de contacts établis avec les patients. Pour d'autres, elle rend plutôt compte d'une « culture de la rentabilité » à l'œuvre dans une minorité de maisons médicales, une problématique dont la Fédération s'est activement emparée à travers la création d'un groupe de travail consacré aux dérives du forfait.

À côté de ces enjeux principaux, les problématiques de la digitalisation des données de santé, de la fracture numérique, de l'échelonnement des soins et de la communication entre les soignants et les patients ont également été discutées. Ces enjeux globaux peuvent sembler hors de portée pour les maisons médicales. C'est le cas notamment des problèmes d'accès au logement. Cependant, les participants réaffirment qu'il y a lieu que le mouvement et sa Fédération se positionnent et tentent d'agir sur ces déterminants sociaux qui influencent la santé des patients.

### De formidables laboratoires

La question de l'accessibilité et de la continuité des soins pour les personnes sans titre de séjour a également été mise en lumière au travers du compte-rendu d'un projet né de la concertation des acteurs et actrices de la première ligne de soins d'une commune bruxelloise. À l'initiative de l'Association des médecins généralistes du quartier Nord et en réponse aux discriminations subies par les personnes sans papiers dans leur accès aux soins, la première ligne schaarbeekoise a créé un fichier partagé permettant d'orienter les personnes qui ont droit à l'aide médicale urgente (AMU) vers un médecin généraliste en fonction de leur lieu de résidence<sup>2</sup>. Cet exemple de bonne pratique rend compte de la marge de manœuvre dont disposent les maisons médicales. En raison de leur fonctionnement en équipe, de leur financement forfaitaire, du statut salarié des soignants et de la mutualisation de leurs ressources, elles disposent la plupart du temps des ressources financières et humaines nécessaires pour mener des projets innovants sans devoir solliciter un financement spécifique. « En première ligne, nous sommes souvent amenés à "bricoler à la marge", explique un médecin. Quand nous parvenons à donner un caractère plus officiel à ces bricolages et à faire reconnaître des droits essentiels par ce biais-

là, je pense que nous atteignons notre but ultime ! C'est en cela que les maisons médicales sont de formidables laboratoires. » Une animatrice en santé communautaire nuance cependant ce point de vue : « Je trouve que c'est de moins en moins vrai, car les équipes sont de plus en plus surchargées. Actuellement, nous manquons de moyens humains et nous pouvons de moins en moins nous permettre de réaliser ce genre d'initiatives ». Un des enjeux pour le mouvement des maisons médicales sera donc de maintenir cette marge de manœuvre et de créativité qui favorise le déploiement de projets de promotion de la santé et en santé communautaire plutôt que « d'être rattrapé par le curatif », selon l'expression d'un soignant. Sans oublier « les ingrédients indispensables que sont l'indignation et la vision politique portées par les maisons médicales », ajoute un médecin.

### Quels défis prioritaires ?

Au terme de la réflexion collective, les participants ont sélectionné les défis qu'ils et elles estiment prioritaires pour l'avenir du mouvement des maisons médicales. Ils ont d'abord pointé la nécessité d'agir sur la problématique de la souffrance psychosociale à laquelle les équipes peinent à répondre compte tenu de l'explosion du nombre de demandes d'aide depuis la survenue de la crise sanitaire et qui risque d'augmenter encore tant la notion de crise s'étend à toutes les sphères de notre vie sociale.

En lien avec cette problématique, ils ont également jugé prioritaire de renforcer les moyens financiers et humains de la première ligne de soins pour assurer, entre autres, une meilleure prise en charge des problèmes de santé mentale. Un médecin émet toutefois une réserve à ce propos : « Il ne faudrait pas en faire seulement le problème de la première ligne. Il faudrait s'allier à d'autres, au-delà de la première ligne, et responsabiliser les autres lignes de soins en répartissant les moyens en fonction des besoins de la population ».

C'est dans ce sens que les participants ont identifié comme troisième défi prioritaire l'importance de s'allier à d'autres, qu'il s'agisse des patients, des autres lignes de soins ou d'autres secteurs. « Nous allons fêter nos quarante ans avec le secteur de la culture, c'est très enthousiasmant ! s'exclame un kinésithérapeute. La Fédération doit aussi se donner le droit de se positionner sur des sujets comme la culture ou le logement qui de prime

2. Voir le site

www.amu-schaerbeek.com.



*abord ne nous regardent pas, mais qui ont une influence déterminante sur la santé. C'est un devoir que nous avons vis-à-vis de nos patients. Tous les jours, ils nous poussent à nous mêler de sujets qui soi-disant ne nous concernent pas. »*

Les participants ont également insisté sur l'importance de continuer à penser la vision politique du mouvement des maisons médicales en tenant compte de l'évolution du contexte politique. « Il faudrait analyser dans "quelle pièce" nous allons jouer en tenant compte de l'évolution de la répartition des compétences en santé », pointe un collaborateur administratif. Enfin, des soignants ont relevé l'intérêt qu'il y aurait à travailler sur la tension qui existe entre la volonté de dispenser des soins de qualité à l'ensemble de la population et le souhait de garantir de bonnes conditions de travail (niveaux des rémunérations, convivialité des locaux, etc.) aux professionnels des maisons médicales. Un médecin illustre cette difficile articulation : « Il arrive que des équipes envisagent de refuser l'inscription d'un enfant lourdement handicapé en raison de la lourdeur des soins de kinésithérapie dont il aurait besoin. Ce genre de situations est interpellant quand on sait que les travailleurs de ces maisons médicales sont rémunérés au-dessus du barème de l'Institut de classification des fonctions (IF-IC). Garder cette marge pour mieux payer son personnel revient à refuser l'inscription de cet enfant dans ce cas-ci ». À ce propos, une animatrice en santé communautaire constate une évolution au sein du mouvement des maisons médicales : « Les travailleurs d'aujourd'hui ont des exigences qui ne sont plus les mêmes qu'hier en termes de conditions de travail et de salaire ». Et de s'interroger : « Pour quelles raisons ne pointons-nous pas encore cette tension alors qu'elle s'est amplifiée avec le temps ? J'ai parfois l'impression que c'est parce que nous avons un peu peur de nous regarder ».

### Quelles pistes d'action ?

Des pistes d'action plus concrètes ont aussi été partagées. Les participants estiment qu'il serait important de poursuivre le travail visant à revaloriser le forfait pour prendre en compte une série de prestations qui, à ce jour, ne sont pas (totalement) couvertes par le forfait telles que la coordination de soins, les projets en santé communautaire ou encore la charge de travail administrative qui incombe aux soignants. Un médecin apporte quelques précisions et élar-

git le propos : « L'enjeu serait de faire reconnaître des actes qui sont pratiqués au quotidien par chacun et chacune d'entre nous et qui ne sont pas rémunérés. Ces derniers temps, j'ai rédigé plein de courriers à l'attention de services de l'aide à la jeunesse ou d'écoles... En première ligne, nous sommes au cœur de la vie des personnes et il y a plein de choses que nous faisons qui ne sont ni vues ni reconnues ».

En réponse à la problématique de l'inaccessibilité des soins dans certaines zones géographiques (périphérie bruxelloise, communes rurales en pénurie de médecins, etc.), les soignants et les patients invitent la Fédération des maisons médicales à continuer à œuvrer à un meilleur maillage de l'offre de soins de première ligne.

L'idée de créer des quotas de patients qui nécessitent une prise en charge plus conséquente (les personnes en fin de vie qui ont besoin de soins palliatifs, par exemple) ou de patients victimes de discriminations dans leur accès aux soins (les personnes sans titre de séjour qui dépendent de l'AMU, par exemple) a aussi émergé au cours de la discussion. Selon certains participants, cette solution permettrait de mieux répartir ces types de demandes entre maisons médicales en vue de garantir une meilleure accessibilité et continuité des soins à l'ensemble de la population. Il reste à penser la mise en œuvre pratique d'une telle proposition et à envisager la possibilité d'impliquer l'ensemble de la première ligne, dans la mesure où les zones géographiques d'activité des maisons médicales ne se recouvrent parfois pas.

### Et après ?

L'engouement de quelques soignants et patients aura suffi pour dégager, en l'espace de quelques heures, plusieurs grands enjeux pour l'avenir du mouvement des maisons médicales ainsi que des pistes d'action qui pourront guider les positionnements de la Fédération. Pour autant, cet échange d'une grande richesse ne constitue qu'une première étape dans le processus démocratique qui sera prochainement mis en œuvre pour penser les grandes orientations stratégiques de la Fédération et des intergroupes des maisons médicales et qui rassemblera une plus grande diversité d'acteurs et actrices du mouvement<sup>3</sup>. ■

## Continuer à œuvrer à un meilleur maillage de l'offre de soins de première ligne.

3. Nous faisons référence à la note d'orientation 2024-2029.

# RENDEZ-VOUS EN 2062!

L'histoire de la Fédération des maisons médicales ne se termine pas au quarantième chapitre. Que lui réservent les années à venir? Quels sont les enjeux qui continuent de la mobiliser? Quels sont les nouveaux défis qu'elle rencontre? Les questions qui la traversent et les aspirations vers lesquelles elle tend? Sa secrétaire générale Fanny Dubois dessine les actuelles et futures grandes lignes d'attention, à l'éclairage d'un passé nourrissant.

Propos recueillis par **Pascale Meunier**, rédactrice de *Santé conjugée*.

## De quel bagage avez-vous hérité de vos prédécesseurs pour développer le futur du mouvement?

**F.D. :** Quand je suis arrivée à la Fédération des maisons médicales, l'une des premières choses que l'organe d'administration m'a dites, c'est que j'avais tendance à survaloriser ce mouvement et que j'en comprendrais vite la complexité. Effectivement! Et c'est cette complexité que je trouve aussi très riche, parce que c'est un des derniers lieux où je sens que la valeur de démocratie a le droit d'exister. Par exemple autour de la question de l'autogestion. Au début de l'histoire du mouvement, la défense de l'autogestion était basée sur une idée de rapport de forces entre le travail et le patronat. Aujourd'hui cette conscience des rapports de domination peut être galvaudée si le collectif ne s'outille pas pour faire de l'autogestion un principe d'intelligence collective qui gouverne le projet politique de la maison médicale.

Hier encore en rendant visite à une équipe de maison médicale, j'étais émue de voir à quel point cela peut fonctionner, à quel point l'intelligence collective s'opère et à quel point il

est possible de mettre en œuvre la santé communautaire, de développer des partenariats avec d'autres associations et avec d'autres maisons médicales à l'échelle d'un territoire. La mise en œuvre du modèle de maison médicale tel qu'il a été défendu à ses débuts est tout à fait possible aujourd'hui,

mais je pense aussi que si l'équipe n'est pas formée à certains principes de démocratie interne – la multidisciplinarité, par exemple, les bases en santé publique autour des déterminants non médicaux de la santé, etc. – le risque est grand qu'il y ait des dérives et que l'équipe s'enferme dans un mouvement un peu nombriliste et générateur de tensions. Dans une hiérarchie classique, les rapports de forces sont visibles et, quand il y a un problème venant de la direction, on sait vers qui se tourner ou contre qui se battre. Dans une équipe où les responsabilités ne sont pas claires et où il n'y a pas tous ces niveaux de formation politique, de santé publique, de dynamique d'équipe qui suivent, notre modèle peut croiser une série de difficultés.

## Donc une attention à maintenir sur ce marqueur fondamental des maisons médicales. Mais aussi des points forts à valoriser?

Des points forts, il y en a plein! Je pense que notre modèle a indéniablement gagné en légitimité. En l'espace de quelques années, c'est assez impressionnant, il porte beaucoup moins le stigmate d'une « médecine des pauvres » ou d'une médecine radicale de gauche. Nous sommes beaucoup plus associés à une gestion sociosanitaire multidisciplinaire de terrain et cela va clairement nous porter pour l'avenir. Aujourd'hui, nous pouvons parler avec l'ensemble des familles politiques qui sont au pouvoir même si, on s'en doute, certaines d'entre elles nous soutiennent plus que d'autres. Un autre point fort, c'est notre capacité à grandir. La culture des médecins généralistes, des infirmiers, des kinés, aussi des psychologues, etc. est en train de

**La mise en œuvre du modèle de maison médicale tel qu'il a été défendu à ses débuts est tout à fait possible aujourd'hui.**

changer de paradigme, un paradigme beaucoup plus axé sur les soins intégrés, sur la communication entre professionnels de soins, sur l'importance de la prévention, et aussi sur le fait de ne pas rester enfermé tout seul dans son cabinet à travailler 70 ou 80 heures par semaine. C'est dû à la féminisation de la profession médicale, mais pas uniquement ; les travailleurs revendiquent de bonnes conditions de travail, et nous l'avons toujours défendu dans le monde des maisons médicales, il est dès lors normal que de plus en plus de professionnels de santé nous rejoignent.

### **Un point négatif, c'est la pénurie des professionnels soignants...**

Et cela ne va hélas pas s'améliorer... Les professions de soins ne veulent plus travailler autant d'heures par semaine que par le passé, le Covid les a surchargées et épuisées... Je m'inquiète vraiment d'un turnover. En fait, deux points négatifs sont liés : le risque face à la pénurie des professionnels de soins et un risque de dépolitisation parce que les équipes seront obligées d'embaucher les médecins, les infirmiers disponibles sur le marché de l'emploi et qui, par manque de connaissance ou d'adhésion, ne joueront pas le jeu de l'autogestion, de l'intelligence collective, de la formation, de la prévention, des valeurs de solidarité et d'accessibilité. Être convaincu par la démarche patient-partenaire, par la resocialisation d'un quartier, etc., on ne voit pas ça partout. Un autre risque encore : la bureaucratisation. Le capitaine n'est pas seul à orienter le navire, la systémique de l'organisation a aussi une grande influence. Les études sociologiques montrent que les mouvements sociaux qui grandissent très vite nécessitent de se « protocolariser », d'ajouter des procédures pour fonctionner ensemble. Or, on sait très bien que la bureaucratisation dépolitise, le risque étant que les travailleurs de bureau prennent le pas sur les travailleurs du contenu. D'une certaine manière nous n'y échapperons pas, mais nous devons garder cela à l'esprit. C'est le rôle de la Fédération d'être une empêcheuse de tourner en rond et de stimuler la mobilisation collective au sein du mouvement.

### **Ces quarante années de négociations, d'innovations ont été profitables à**

### **l'ensemble du système de soins et pas uniquement à la première ligne ?**

Aujourd'hui, nos partenariats sont très forts et nous avons une assise indéniable dans le système de santé. Quand des mutualités, des syndicats, des cabinets ministériels ont besoin d'une expertise dans la première ligne de santé, la Fédération des maisons médicales fait partie des acteurs qu'ils appellent. C'est le fruit du développement de données statistiques et qualitatives, de la mutualisation des savoirs. Ce qui m'inquiète plus de manière générale, c'est la place de la concertation sociale au sein du système de santé : nous sommes dans une société du « tout, tout de suite » où même les politiques publiques se gèrent un peu comme on gère des entreprises privées avec des objectifs, des résultats à atteindre et des enveloppes fermées... Cette logique dominante va à l'encontre de ce que nous défendons depuis quarante ans, à savoir que pour une bonne prise en charge globale de la santé, il faut une continuité, une pensée à long terme et de la prévention... Aujourd'hui, le climat général, lié à des injonctions qui viennent aussi de l'Europe, empêche de travailler dans ce sens-là. Des éléments de contexte comme la pandémie montrent une prise de conscience, notamment des autorités, de la nécessité de renforcer la première ligne, de travailler de façon plus intégrée en se parlant mieux, par territoire, etc., mais ils montrent en même temps une marchandisation accrue. Ne soyons pas naïfs : le big pharma reprend du poids dans les répartitions budgétaires à l'Inami, les suppléments d'honoraires ne font qu'augmenter, les compagnies privées d'assurance hospitalisation gagnent du terrain.

### **Une trentaine de maisons médicales membres de la Fédération en 1980, et bientôt 130... N'est-ce pas un peu risqué de trop s'agrandir ?**

Il faut se poser la question à chaque fois que l'on accueille de nouveaux membres. Après, quand j'observe la façon dont certains d'entre

**C'est le rôle de la Fédération d'être une empêcheuse de tourner en rond et de stimuler la mobilisation collective au sein du mouvement.**

eux amènent le mouvement à se réfléchir de façon critique grâce à leur regard un peu extérieur, je constate que cela stimule la démocratie, la dynamique. Notre horizon est de continuer à convaincre. Convaincre plus que contrôler ou sélectionner, c'est ma vision stratégique. Nous devons accepter d'avoir une vision politique et – je veux bien l'assumer – une vision politique de gauche. Pluraliste certes, mais de gauche, une vision sociale et solidaire de la santé. Nous devons continuer de viser cette transformation du système de santé. Même si c'est par en bas dans un premier temps qu'elle s'opère, j'ai envie d'y croire et d'un jour voir se développer des hôpitaux au forfait... Le ministre de la Santé en a émis l'intention. Je serais curieuse d'analyser en fin de législature si ce n'était qu'un effet d'annonce ou s'il a pu lancer ne serait-ce qu'un projet pilote.

#### **Il reste des combats à mener, lesquels ?**

De nombreux combats sont évidemment encore devant nous. Je pense au lobbying que nous menons en ce moment en partenariat avec le Groupement belge des omnipraticiens, le GBO, les mutuelles, les autres fédérations pour assurer des garde-fous à la préservation du modèle des maisons médicales et éviter les risques de financiarisation de celui-ci. Nous pensons pertinent qu'une loi impose à l'ensemble des maisons médicales d'adopter le statut d'asbl pour s'assurer qu'il n'y a pas de but lucratif derrière la structure juridique. Ce n'est toujours pas le

**Notre horizon est de continuer à convaincre. Convaincre plus que contrôler ou sélectionner, c'est ma vision stratégique.**

cas alors que – et c'est tout de même curieux – les hôpitaux y sont soumis : un hôpital ne peut pas être une sprl. Il y a une sorte de blocage, quelle que soit la famille politique qui a la santé dans ses compétences, à tenter d'obtenir ce genre de réforme. Il faudrait aussi un forfait pour la fonction psychosociale, la santé mentale doit faire partie des remboursements de soins de santé de base et on n'en est pas du tout là. Une augmentation également du forfait kiné : il est encore calculé sur base des remboursements à l'acte,

mais il ne correspond pas du tout aux besoins de terrain. Une adaptation des droits des soignants et soignants de terrain à la féminisation du secteur. Une reconnaissance par l'assurance maladie invalidité des publics qui n'ont pas de mutuelle comme les personnes sans papiers. Et bien d'autres encore.

#### **Et on parle énormément de la place du patient. Laquelle et comment la lui accorder ?**

C'est un débat compliqué. Il faut vivement encourager les maisons médicales à stimuler leur propre démocratie, à prendre en compte la voix des bénéficiaires, les personnes pour qui on travaille et pour qui on reçoit de l'argent, et qui développent des savoirs liés à leur expérience de la maladie ou du mal-être social en général. Il faut pouvoir les prendre en considération et entamer ce travail d'autocritique : ma formation n'est pas la seule à me donner une autorité savante vis-à-vis de mon patient, tout cela se passe en interaction quand il s'agit de sa santé et même quand il s'agit du projet global de la maison médicale. Maintenant, comment éviter un effet alibi ? Comment utiliser le savoir des patients comme une ressource qui permet de faire avancer le débat ? Nous devons mener cette réflexion stratégique en interne de la Fédération également afin d'attirer les patients dans nos débats démocratiques. Et nous devons nous rappeler que le rapport de forces se situe à d'autres échelons de la société. Une des recettes du néolibéralisme, c'est que nous gérons nos petites popotes démocratiques internes pour ne pas lui mettre de bâtons dans les roues, que nous nous occupions avec nos patients plutôt que d'avancer dans notre job de contre-pouvoir démocratique représentant la question sociale auprès du marché économique. La place du patient est importante et nous devons être attentifs à en faire un allié, un partenaire dans une lutte conjointe pour les valeurs que défend la Fédération.

#### **Patients et soignants ont aussi mis en exergue quelques défis...**

Oui, notamment l'alliance avec d'autres secteurs. Je ne peux que les rejoindre dans cette nécessité de concevoir la santé comme un ensemble de paramètres. C'est d'autant plus indispensable dans les temps que nous traversons. ■