De A à Z
Histoire(s) du mouvement des maisons médicales

Annette Hendrick & Jean-Louis Moreau

De A à Z
Histoire(s) du mouvement des maisons médicales

Annette Hendrick & Jean-Louis Moreau
Janvier 2022

PRÉFACE

Croiser les regards du passé et de l'avenir pour mieux se mettre en mouvement

Drôle de contexte pour célébrer la quarantaine

À l'heure d'écrire cette introduction, l'an 2 de la pandémie du coronavirus approche. C'est dans ce contexte bousculé que le mouvement des maisons médicales célèbre ses 40 ans. Tant de réflexions, de créations d'alternatives en santé, de combats rudement menés pour défendre des soins de première ligne globaux, intégrés, continus et accessibles à toutes et à tous.

Les maisons médicales ont sans conteste amélioré l'accessibilité à la santé de leurs patientes et de leurs patients et organisé la solidarité entre eux au premier échelon du système de soins. Nous ne pouvons en dire autant des inégalités socio-sanitaires qui ne font que croître depuis le début des années 1980. Le dernier constat de la mutualité Solidaris à ce sujet est sans appel : une personne sur deux renonce à certains soins de santé pour des raisons financières en Belgique francophone. L'accroissement des disparités de revenus, des suppléments d'honoraires des médecins spécialistes, du déconventionnement de ceux-ci… sont autant de facteurs explicatifs.

Le contexte pandémique renforce d'ailleurs les inégalités sociales et propage un climat d'insécurité généralisée. Si le premier confinement de mars 2020 a présenté l'intérêt de prioriser les principes de santé publique sur le marché économique, nous avons vite déchanté quand les théâtres, les cinémas, les cafés ont dû fermer contrairement aux géants du commerce ; quand l'obligation vaccinale s'est imposée au seul groupe professionnel des soignantes et des soignants avec des sanctions telles que la perte d'emploi à la clé ; quand les conséquences de cette crise sur la santé mentale des citoyennes et des citoyens ont été observées. La gestion en panique via des mesures disparates, stigmatisantes et court-termistes continue d'avoir des effets collatéraux dramatiques sur les populations. Pour prendre un exemple parmi d'autres, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en avril 2020, les appels d'urgence pour violences conjugales ont augmenté de 60% en Europe. C'est une réalité structurelle que nous ne pouvons pas nier : une femme sur trois subit encore aujourd'hui la violence de son partenaire. Cela représente plus de 800 millions de femmes à travers le monde. Les conséquences physiques et psychiques sur la santé des femmes sont énormes. La peur explique leur silence. Pour prévenir et repérer ces violences, la première ligne de soins est un acteur clé via le lien de confiance et de sécurité tissé entre les soignants et les victimes. En 2021, la Fédération des maisons médicales a travaillé cette problématique essentielle, elle a proposé des outils, des séances de sensibilisation, des groupes de travail sur le sujet à ses membres.

Des mobilisations sociales

Parallèlement à ces réalités violentes, des collectifs sociaux se mobilisent, pour le meilleur (quand il s'agit de défendre les droits fondamentaux) comme pour le pire (quand les êtres humains se mobilisent pour défendre des principes xénophobes).

Une génération montante est par exemple à la tête des mouvements de défense de la préservation de notre planète, autour de la figure de Greta Thunberg. Ces élèves et leurs professeurs qui ont fait la grève scolaire partout dans le monde pour faire entendre leur voix auprès des responsables politiques ne font pas de compromis. Ils ont conscience des dégâts dramatiques pour l'avenir de l'humanité et du vivant que causent aujourd'hui les émissions de gaz à effets de serre. Les promesses des grosses industries capitalistes ne peuvent atteindre leur mouvement. Greta Thunberg a d'ailleurs qualifié la COP26 organisée à l'automne 2021 de « grand festival de greenwashing du Nord » tellement les mesures prises à cette occasion par les dirigeantes et les dirigeants ne sont qu'emplâtre sur une jambe de bois.

Face à ce contexte de crise sociale, climatique et politique, un ressentiment d'amertume – pour reprendre les termes de la philosophe Cynthia Fleury – se déploie dans certaines franges de la population.

En témoigne la cote de popularité du secrétaire d'État à l'Asile et à la Migration qui croît à mesure que sa politique se déshumanise. À l'église du Béguinage, au centre de Bruxelles, des centaines de personnes sans-papiers attendent que les promesses qu'il leur a faites soient respectées. En vain. Après 60 jours d'une grève de la faim qui aurait pu être mortelle, toutes leurs demandes de régularisation ont reçu un avis négatif de l'Office des étrangers accompagné d'un ordre de quitter le territoire. Comment ne pas comprendre la colère face à une telle trahison ? Faut-il rappeler que dans les années 2000, une régularisation massive de 50 000 personnes avait été accordée par le gouvernement de l'époque ? Les métiers en pénurie ne font que croître et la majorité de ces personnes sans-papiers qui vivent dans notre pays depuis plus de 10 ans lavent nos bureaux, prennent soins de nos parents âgés, contrôlent nos chaudières… Ce besoin de main-d'œuvre étrangère augmentera avec le vieillissement démographique. Leur accès au statut de citoyen et de citoyenne et à la protection sociale est une question de justice morale.

La peur est le terreau des identités qui divisent et excluent. La haine de l'autre ne pourra se résorber qu'à travers la recherche de représentations culturelles qui construisent un « nous » rassembleur. Cette construction doit s'opérer à travers nos différences et non

malgré elles. C'est pourquoi nous avons décidé de mettre la culture au centre des débats du congrès des 40 ans du mouvement des maisons médicales. Celui-ci prône depuis toujours la recherche de solutions collectives via la multidisciplinarité, de l'échelle « micro » de la prise en charge des patientes et des patients, à l'échelle « macro » de la conquête de politiques cohérentes et adéquates pour la santé de l'ensemble de la population.

Retour vers le futur

Cette brochure pédagogique merveilleusement réalisée sous forme d'abécédaire par Annette Hendrick et Jean-Louis Moreau fait partie de ce processus de construction culturelle. Racontant l'histoire de notre mouvement à travers ses mots clés, elle est le fruit d'un travail titanesque de tri et de classement des archives de la Fédération des maisons médicales de sa création en décembre 1980 à aujourd'hui. Voici quelques enjeux qui me viennent à l'esprit, parmi beaucoup d'autres qui pourront être mis en lumière par votre lecture.

Nous devons travailler à une meilleure incarnation des rapports de force qui traversent l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) sur le terrain. Dans les élections médicales, par exemple, il n'est pas normal d'observer une telle dégringolade des syndicats représentatifs de la première ligne de soins comme le Groupement belge des omnipraticiens (GBO), qui profite à l'Association belge des syndicats médicaux (Absym). Faut-il rappeler, comme on pourra le lire dans la brochure, que l'Absym ne manque pas une occasion pour mettre des bâtons dans les roues des maisons médicales ?

Il y a des décalages entre ce que nous prônons en théorie et ce qui se réalise concrètement. Les raisons ? Le manque de temps des soignantes et des soignants tellement le contexte de productivisme ambiant et de pénurie des professionnels de santé se fait sentir, le manque de temps des instances pilotes de la Fédération pour récolter les réalités du terrain et les savoirs qui en découlent, le manque de formation politique en général, les injonctions contradictoires des responsables politiques…

Notre plaidoyer doit davantage se construire en partenariat avec les multiples défenseurs des mêmes visées que les nôtres pour faire peser nos valeurs dans le débat démocratique contemporain.

La Fédération des maisons médicales se bureaucratise au fil du temps, ce qui entraine un risque de désengagement de ses membres pour les causes que nous défendons. Nous devons nous soucier en permanence

de l'idéologie qui traverse nos communications, nos formations, nos débats… sans quoi nous risquons de devenir un secteur parmi les autres du système de santé dominant et non plus celui qui pense et construit l'alternative.

Il serait réducteur d'adopter une posture nostalgique en disant que les anciens et les anciennes du mouvement suivaient le bon chemin idéologique contrairement aux jeunes recrues. Il serait aussi naïf de croire que nous sommes des héros sans contradictions ni dérives. Comme dans la société, notre histoire est aussi traversée de conflits et nous sommes, comme dans beaucoup de cénacles politiques, aussi contraints à devoir faire des compromis. Pour faire état de cette complexité, l'éducation permanente et l'analyse critique des phénomènes de société et du système de santé doivent sans cesse être cultivées. Tant à la Fédération des maisons médicales que dans les équipes de terrain avec les populations des quartiers que nous soignons. Cette éducation citoyenne éveille nos consciences progressistes, humanistes et solidaires. Aujourd'hui, le contexte de parcellisation des politiques publiques, de surcharge de travail dans les lieux soignants, d'incitation à la division (en témoignent les clivages actuels entre vaccinés et non-vaccinés)… participe à créer des tensions en interne des équipes de maisons médicales et du mouvement. Mettre en lumière ces tensions, les réfléchir et les débattre pour tenter de co-construire des positions communes est un défi majeur pour notre Fédération. Et l'exploration de notre histoire, des conflits qui l'ont traversée et de ses conquêtes en passant par les radicalismes qui lui ont donné naissance est élémentaire pour saisir les enjeux contemporains de notre mouvement.

Je terminerai par une petite précision à l'intention de ceux qui trouveraient dans le texte des erreurs factuelles ou des expressions sujettes à caution : bien que publié par la Fédération, le texte reste celui des auteurs (qui connaissent le mouvement mais n'en font pas partie). N'hésitez-pas à nous communiquer vos remarques, nous en tiendrons compte pour une éventuelle deuxième édition!

Je vous souhaite une lecture curieuse de cet ouvrage. Puisse-t-il susciter en vous l'envie d'engagements collectifs de défense du droit à la santé pour toutes et tous.

Fanny Dubois,
secrétaire générale
de la Fédération des maisons médicales - Janvier 2022

AVANT-PROPOS

Dico, jeu de lettres et fil d'ariane…

On connait la passion de la Fédération pour les publications. *Verba volant, scripta manent* dit le proverbe : les paroles s'envolent et les écrits restent. Alors, pour marquer son quarantième anniversaire, elle s'est carrément payé… un dictionnaire !

Ce dictionnaire, on y retrouve tout, « soigneusement rangé » : la Fédération elle-même et ses services… Les maisons médicales et leurs valeurs… Leurs amis proches et moins proches (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… Bref, 200 clés en tout pour enfin appréhender le monde des maisons médicales !

Vous avez dit « soigneusement rangé » ? Le problème, c'est qu'on ne découpe pas facilement le monde de la Fédération en petites rondelles, en petites parcelles, que l'on étiquette et range dans des tiroirs. Prenez un bout des valeurs des maisons médicales et tirez : tout le reste suivra, c'est une pelote de laine avec laquelle un chat aurait joué.

Pour refléter cette imbrication, chaque terme vous réoriente vers d'autres. Grâce à un système de renvois, vous sautez de la précarité aux déterminants de santé, vous glissez de la grève de 1964 à l'ABSyM, vous roulez de la santé communautaire à la charte d'Ottawa… Ce n'est plus un dictionnaire, c'est un trampoline, un jeu de piste à travers 40 ans d'histoire(s). Ne vous perdez pas dans ce dédale ! Un fil d'Ariane vous aidera : la ligne du temps qui remet les grands et petits événements du mouvement dans un contexte institutionnel, législatif, médical, social et sociétal.

En parlant d'histoire : il est fascinant, pour qui se penche sur celle de la Fédération, de voir avec quelle vigilance les témoignages de ses acteurs 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. On y fait parler les « anciens ». Démarche didactique : il s'agit de mobiliser les plus jeunes, de les enraciner dans une histoire très riche et de les encourager à s'approprier des valeurs sans cesse réactualisées.
Le présent anniversaire ne faillit pas à la tradition et le dictionnaire vous réorientera vers des témoignages enregistrés pour l'occasion.

Il est largement basé sur l'exploitation des archives de la Fédération, récemment classées et inventoriées par Marie-Laurence Dubois (Valorescence) et Annette Hendrick (ORAM).

Nous avons eu la chance de pouvoir illustrer notre dictionnaire avec les caricatures qui depuis les années 1970 ont émaillé les publications du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) puis de la Fédération : l'humour et l'autodérision nous ont gardé en bonne santé pendant 40 ans, nous n'allons pas y renoncer ! Andréa Jeckeln et Fanny Alet ont de leur côté réalisé la charte graphique et de superbes dessins qui donnent le ton à la fête du 40e anniversaire et font le pont entre passé et présent.

Nos remerciements vont à tous ceux qui, au sein de la Fédération, nous ont aidés à accoucher de cet abécédaire. Nous adressons aussi un clin d'œil à Marie-Laurence Dubois qui nous a lancés dans cette aventure et à notre collègue Marie Meyer qui nous a soutenus pour tenir les délais impartis.

Janvier 2022

Annette Hendrick et Jean-Louis Moreau,
historiens et archivistes (ORAM)

LIGNE DU TEMPS

L'histoire de la Fédération des maisons médicales a des prémices plus anciennes que la fondation des premières maisons médicales en 1972. Elle se greffe sur l'évolution de la société, des institutions et de la médecine dans la seconde moitié du XXe siècle. Pour ne pas remonter au déluge, nous avons décidé de démarrer notre chronologie avec la grande réforme de la Sécurité sociale en 1963 et la grève des médecins de 1964.

La ligne du temps permet donc de suivre l'histoire du GERM, fondé en 1964, puis, dès 1980, celle de la Fédération des maisons médicales. Vous trouverez en vert foncé l'évolution de leurs structures et en céladon, leurs réalisations.

Au-dessus, nous avons retracé en orange l'évolution des institutions et, en saumon, la mention des principaux textes législatifs qui déterminent le cadre de l'activité des maisons médicales.

Plus bas, on trouvera en rose mention d'événements médicaux, sociaux ou sociétaux qui ont eu un impact sur la Fédération des maisons médicales ou dans lesquels elle a joué un rôle. Il y est entre autres fait mention de nombreuses associations où la Fédération est partie prenante.

En rouge enfin, nous avons mentionné quelques repères chronologiques sans lien direct avec le mouvement. Leur choix est largement subjectif.

Les dates les plus emblématiques de cette ligne du temps ont été mises en évidence par une aura de couleur.

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)

1964
Création du GERM (Groupe d'étude pur une réforme de la médecine)

1967
Loi autorisant la contraception en Belgique

1968
Affaire de Louvain ; création du Rassemblement wallon et scission du PSC-CVP en ailes linguistiques

1968
Premières expériences de médecine de groupe

1970
Première réforme de l'État : création de trois Communautés culturelles

1963 — GERM : GROUPE D'ÉTUDE POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE — 1970

1966
Premier numéro de la *Lettre d'information* du GERM

1963
Formation des chambres syndicales de médecins

1964
Première grève des médecins

1965
Création du GBO (Groupement belge des omnipraticiens)

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 dont 10 000 en Belgique (aucune mesure gouvernementale ni alerte médicale)

MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

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

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)

1972
Création des deux premières maisons médicales

1974
Création d'un Front national pour une médecine au service du peuple

1971 GERM : GROUPE D'ÉTUDE POUR UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE 1979

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

1976
Interdiction de fumer dans les transports publics

1977
Les ministres européens de la Santé se rencontrent pour la première fois

1978
Conférence de l'OMS à Alma-Ata

1978
L'insuline humaine est produite pour la première fois par une bactérie transgénique.

Deuxième choc pétrolier

1979
Deuxième grève des médecins (23 décembre au 17 janvier 1980) et résistance des généralistes

INSTITUTIONNEL & LÉGAL

1980
Deuxième réforme de l'État et naissance des Régions flamande et wallonne : l'AMI reste une compétence fédérale mais la prévention, l'agrément des hôpitaux et les subventions aux structures de soins sont communautarisées

1981
Gouvernement de centre-droit Martens-Gol (1981-1988)

1982
Création d'une commission « forfait » au sein de l'INAMI

1982
Hausse du ticket modérateur et protestation de la Fédération

1983
Création de la Cour d'arbitrage (Cour constitutionnelle depuis 2007) pour les conflits entre entités fédérées

1983
Le ministre Dehaene publie son plan *Une nouvelle orientation de la politique de la santé en Belgique*

1983
Décret de la Communauté française sur la reconnaissance des centres de santé intégrés (CSI)

1980
Assemblée constitutive de la Fédération des maisons médicales à La Marlagne (septembre) : vote des statuts par une trentaine de maisons médicales

1981
Étude du GERM sur *Le centre de santé et les maisons médicales*

1981
Premiers subsides ponctuels de la Communauté française aux maisons médicales

1980 — FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES — 1984

1980
Appel des 300 pour un boycott de l'Ordre des médecins

1980
Création de l'asbl Question Santé

1981
Enquête de la Fédération sur les maisons médicales « Cliché de mosaïque »

Lancement du *Courrier*, bulletin de la Fédération

1981
La Fédération participe à la Conférence internationale de médecine de groupe

1981
Les premiers cas de SIDA sont décrits

1982
Engagement d'un premier salarié par la Fédération

1982
Publication du premier numéro des *Cahiers du GERM*

1982
La Fédération participe à un colloque de la Fondation Roi Baudouin sur les soins de santé primaires

1982
Début de l'affaire Baudour (médecin qui prescrit de la méthadone à des toxicomanes)

1984
Première maison médicale au forfait

Début de l'informatisation des maisons médicales

1984
Formation d'intergroupes à Bruxelles, Liège et Charleroi

MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

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
Création de la Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles

1986
Catastrophe de Tchernobyl

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

1987
Création d'un groupe sectoriel « infirmières »

1987
Création du SEPSAC (Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire)

1988
Premier arrêté pris par la Communauté française sur la prévention et l'éducation à la santé

1988
Début de la conception d'un logiciel de gestion des centres de santé

1989

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)

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

INSTITUTIONNEL & LÉGAL

1990
Premier colloque interne de la Fédération à Herbeumont

1991
La Fédération s'affilie au GBO

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

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

1993
Fin d'activité du GERM dont l'héritage est repris par la Fédération

1994
Reconnaissance de la Fédération des maisons médicales comme organisation d'éducation permanente

1990

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

1994

1991
Création du comité d'éthique de la Fédération

1992
L'intergroupe liégeois est le premier à se constituer en asbl

1992
Création par la Fédération d'Immo-Santé, coopérative immobilière

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)

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

1990
Le Roi Baudouin est mis en impossibilité de régner suite à son refus de signer la loi sur l'IVG

MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

1995

1995
Scission de la province de Brabant en Brabant flamand et Brabant wallon

1996
Deuxième revalorisation du forfait par l'INAMI

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

1997
Loi interdisant la publicité pour le tabac : Ecclestone menace de virer Francorchamps de l'agenda des grands prix

1998
Premières élections médico-mutuellistes et victoire du Cartel des généralistes

Instauration du Dossier médical global (DMG)

1995
Suppression du service militaire obligatoire

1996
Premier numéro du bulletin *News*

1996
Premier essai du DSI (Dossier santé informatisé)

1996
Colloque du SEPSAC à Gand sur *La participation de l'usager*

1996
L'affaire Dutroux ébranle la société belge : une Marche blanche rassemble 300 000 personnes à Bruxelles

1997
Premier groupe de travail « kinésithérapeutes »

1997
Premier numéro de *Santé conjuguée*

1997
Création de la LUSS (Ligue des usagers des services de santé)

1998
Premier permanent engagé dans un intergroupe

1998
Création de l'asbl SACOPAR (Santé-Communauté-participation)

1999

1999
Premières activités du groupe sectoriel « accueil »

Le logiciel de gestion des centres de santé est renommé PRICARE

1999
Scandale de la contamination de la volaille par la dioxine

1999
Adoption de l'Euro

INSTITUTIONNEL & LÉGAL

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

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

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

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

2002
Dixième colloque, sur l'inter-disciplinarité

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 4 projets successifs en 10 ans)

MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

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 25e anniversaire de la Fédération à Louvain-la-Neuve sur le thème *Refonder les pratiques sociales et les pratiques de santé*

2007
Audit interne de la Fédération et révision de son organigramme

2007-2008
la Belgique reste 194 jours sans gouvernement après les élections de juin 2007

2008
Étude du KCE sur les coûts de la médecine au forfait

2008
Décret wallon sur les associations de santé intégrées (ASI)

2009
Méga-décret bruxellois sur les services ambulatoires

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

2009
Premières *Notes d'orientation* de la Fédération (2010-2012)

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

2005

2005
Création de PSMG (Promo santé et médecine générale) par la Fédération et la Société scientifique de médecine générale (SSMG)

2005
Nouveau pic du chômage (740 000 chômeurs complets)

2005
Création de l'*European Forum for Primary Care*

2006
Création de l'Université ouverte en santé (UOS)

2006
Création de la PASS (Plateforme d'action santé et solidarité)

2007
Formation d'une coupole des fédérations de maisons médicales francophone et flamande

2008
Création de l'asbl Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) 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*

2008
Crise financière internationale : sauvetage des banques Fortis et Dexia

2009

2009
Publication de l'*Action communautaire en santé* par le SEPSAC

2009
Interdiction de vendre ou servir de l'alcool à toute personne de moins de 16 ans

2009
Pandémie grippale H1N1

INSTITUTIONNEL & LÉGAL

2011
La Belgique reste 541 jours sans gouvernement : la plus longue crise politique de l'histoire européenne

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

2011
Publication du Code wallon de l'action sociale et de la santé

2013
Réforme du système de financement au forfait par l'INAMI

2011
Sixième congrès de la Fédération sur le thème *Je rêve d'un autre monde*

2012
Deuxièmes *Notes d'orientation de la Fédération* (pour la période 2013-2017)

2014
La Fédération décide de rester unitaire à Bruxelles et en Wallonie

2010

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

2015

2010
Création de la FEDEMMCOOP (accès des maisons médicales au crédit)

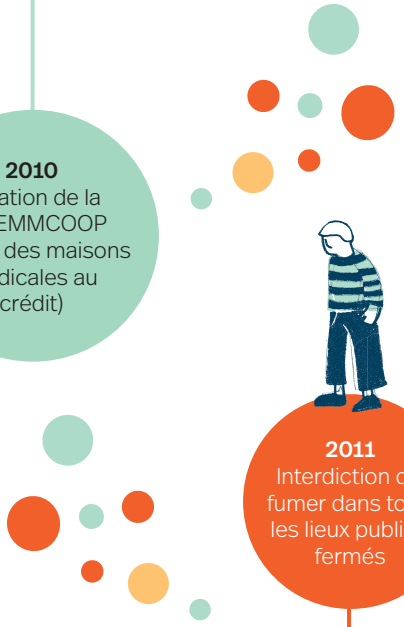
2012
La Fédération participe au plan d'action quinquennal *e-santé* ou *e-health*

2014
Projet de centre psycho-médico-social à Molenbeek (élargissement du concept de trans-disciplinarité)

2015
Projet PRIMM (promotion et renforcement de l'interdisciplinarité en maisons médicales)

2014
Recherche-action sur le *Label* des maisons médicales

2015
Création de la Fédération des associations de généralistes de la Région wallonne asbl



2011
Interdiction de fumer dans tous les lieux publics fermés

2012
La Fédération soutient la grève générale menée contre les mesures d'austérité du gouvernement Di Rupo

2012
La population belge dépasse les 11 millions

2014
Le syndicat essentiellement flamand AADM (Alliantie Artsenbelang - Domus Medica) gagne les élections médico-mutuellistes

2015
100 000 personnes manifestent contre les réformes socio-économiques annoncées par le gouvernement Michel

MÉDICAL, SOCIAL & SOCIÉTAL

2016
Création de l'Agence pour une vie de qualité (AViQ)

2016-2018
Moratoire Maggie De Block sur la création de nouvelles maisons médicales au forfait

2017
Création d'IRISCARE, OIP bruxellois pour la santé et le social

2017
Troisièmes *Notes d'orientation de la Fédération* (pour la période 2018-2023)

2017
Septième congrès sur le thème *Retour vers le futur. Les maisons médicales en mouvement*

2018
Entrée en vigueur du règlement européen RGPD (règlement général sur la protection des données)

2018
La Fédération réorganise ses structures autour de 13 missions qu'elle entend assumer

2019
La Belgique reste 16 mois sans gouvernement

2019
Nouveau code des sociétés et des associations assimilant les asbl à des sociétés commerciales

2020
Arrêté royal modifiant le calcul du forfait

2020
Reconnaissance au niveau fédéral du modèle salarial IFIC

2022
Huitième congrès de la Fédération (40e anniversaire) sur le thème *La solidarité et l'accessibilité au système de santé à travers la culture*

FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES

2016

2022

2016
Le Fonds de soutien aux maisons médicales remplace FEDEMMCOOP

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*)

2017
Le nombre de personnes atteintes de démence est estimé à 212 000 en Belgique dont les deux tiers atteints de la maladie d'Alzheimer. 7 sur 10 vivent à domicile

2018
Début du mouvement des Gilets jaunes

2018
Création de l'asbl Plateforme première ligne en Wallonie (PPLW)

2018
65 000 personnes défilent à Bruxelles lors de la marche pour le climat

2019
Création de la Plateforme première ligne bruxelloise

2019
La Fédération participe au premier congrès du Réseau international francophone sur la responsabilité sociale en santé

2020
Pandémie : la balance entre naissances et décès est négative pour la première fois depuis les années 1940

2021
Mise en service de l'extranet de la Fédération

2021
Inondations catastrophiques en Belgique

ABÉCÉDAIRE DE L'HISTOIRE DES MAISONS MÉDICALES

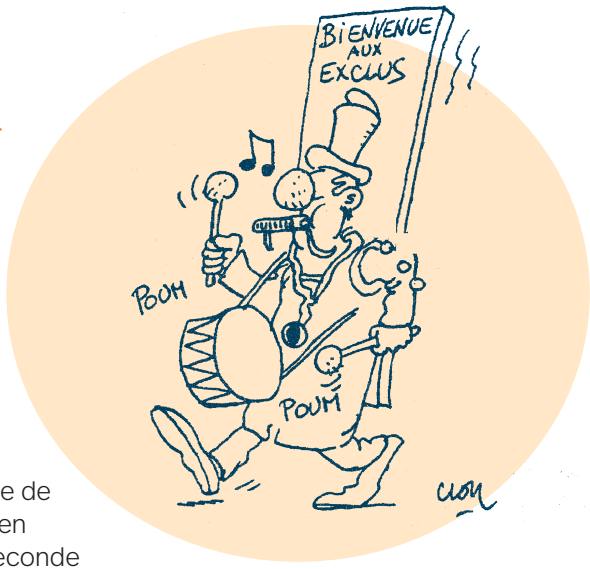
Abréviations et sigles

La vie quotidienne de la Fédération est aujourd'hui compliquée par la prolifération des sigles, abréviations et acronymes propres au langage contemporain. Mais la Fédération a elle-même apporté une contribution significative à cette manie avec des termes comme DEQuaP, DSI, GAF, GECO, EPSQ, GLOUP, PRIMM, SERF, SIMM, etc.

ABSyM (Association belge des syndicats médicaux)

Au début des années 1960, des chambres syndicales régionales de médecins se créent partout en Belgique et se fédèrent peu avant la grève des médecins de 1964. Ce groupement prend le nom d'ABSyM lors de la communautarisation du pays, au début des années 1970. Il est alors le syndicat professionnel quasi unique des médecins. L'ABSyM est dirigée par le docteur André Wynen (1923-2007) et défend bec et ongles une médecine ultralibérale et hospitalocentriste. Elle lance la **grève des médecins de 1979**, sabotée par les maisons médicales. Elle a aussi été le représentant quasi exclusif des médecins dans leurs négociations avec les mutuelles entre 1964 et 1998. Aux **élections médico-mutuellistes** de 1998, son hégémonie a été ébranlée par le **cartel** syndical créé par des médecins généralistes. L'ABSyM critique toujours aujourd'hui le financement des soins au **forfait**. Elle lance aussi à l'occasion des attaques mordantes sur la pratique des maisons médicales. Lors de la crise du **moratoire** de 2016-2017, par exemple, elle a dénoncé pêle-mêle : le rendement des médecins de maisons médicales, considéré comme trop faible, le financement trop généreux des maisons médicales ou les libertés prises par celles-ci avec l'obligation déontologique consistant à participer aux services de garde. Des accusations infondées, démontées chiffres à l'appui à plusieurs reprises par la Fédération des maisons médicales. Mais aussi par le KCE, les mutuelles, etc.

Accès à la santé 7, 14

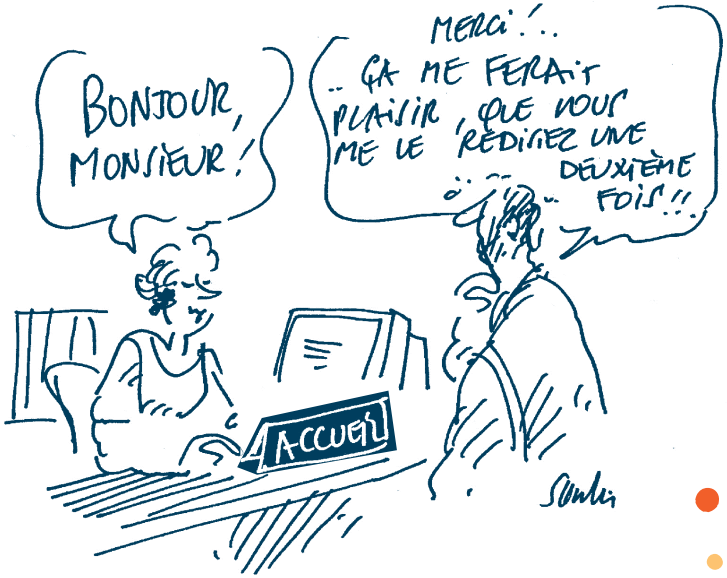


La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 précisait déjà que toute personne a droit « *à un niveau de vie suffisant pour sa santé et son bien-être et celui de sa famille, y compris la nourriture, l'habillement, le logement et les soins médicaux et services sociaux nécessaires* ». Le système 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.

Voir **Cultures et santé**, **patientèle**, **précarité**, **sans-papier**.

Accueil 18

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.



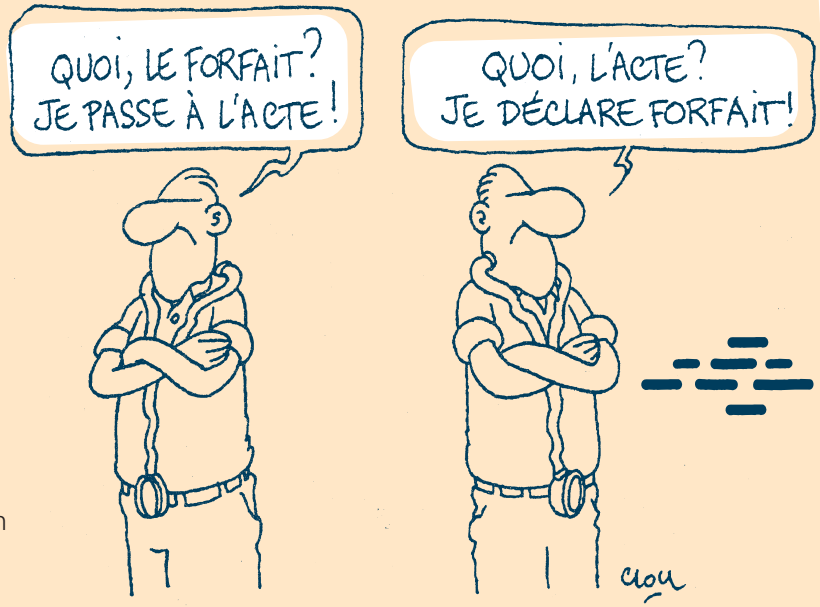
ACN

Voir **Association belge des praticiens de l'art infirmier.**

Acte (financement à l') 7, 14

En Belgique, deux systèmes de financement des soins coexistent : le paiement à l'acte et le paiement au **forfait**. Dans le paiement à l'acte, seul à avoir été pratiqué jusqu'en 1984 et qui reste encore majoritaire en Belgique en 2021, le patient paie au soignant (kinésithérapeute, infirmier, médecin) le prix de la visite ou d'un acte technique (prise de sang, radiographie…) en fonction de tarifs convenus par la **convention médico-mutuelliste**. Il se fait ensuite rembourser une partie de ce prix par la mutuelle. Ce qui reste à sa charge est le ticket modérateur. Pour certains fondateurs des maisons médicales dans les années 1970, le mode de paiement à l'acte freine la réalisation d'une médecine intégrant prévention et curatif. Même sur le plan curatif, le paiement à l'acte a des effets indésirables. « *De plus en plus, la pathologie dominante est chronique et nécessite une prise en charge continue. Or, le paiement à l'acte, dans sa logique couvre des réponses ponctuelles à des épisodes isolés* […]. *Le paiement à l'acte n'incite pas à essayer de trouver des solutions d'ensemble à des problèmes complexes et de longue durée* » (Monique Van Dormael, 1981). Il décourage aussi le travail d'équipe pluridisciplinaire, surtout s'il s'agit de sortir des seuls aspects médicaux de la santé. Enfin, le paiement à l'acte peut être est un obstacle à l'**accès** aux soins. C'est cette conviction qui va pousser la Fédération des maisons médicales à rechercher un mode de financement alternatif, celui du **forfait**.

Aujourd'hui, maisons médicales fonctionnant à l'acte et au forfait coexistent au sein de la Fédération. Toutes accordent une grande attention aux personnes plus démunies et veillent à être accessibles sur le plan financier, géographique et culturel. Le conventionnement des soignants, l'application fréquente, voire systématique, du tiers-payant et la gratuité des soins pour les personnes les plus précarisées sont autant de dispositifs permettant l'accueil d'une **patientèle** mixte sur le plan socio-économique au sein des maisons médicales à l'acte.



Agir ensemble en prévention

Cette **recherche-action** lancée en 1991 par la Fédération sous le nom *Éducation en prévention* devient *Agir ensemble en prévention* en 1994. Elle durera plus de vingt ans et ses grands artisans seront entre autres Jean Laperche, Yves Gosselain, Marianne Prévost, Daniel Burdet. Elle tend moins à créer de nouvelles actions en **prévention** qu'à améliorer celles existantes. Un autre objectif sera de rencontrer la crainte, alors vivace, d'une « prévention-terrorisme », une prévention qui appliquerait aveuglément ses programmes et s'arrogerait le droit de préserver la santé du patient sans se préoccuper de son avis et de ses besoins individuels. La conception du projet *Agir ensemble en prévention* permettra d'écarter la menace de ces dérives.

Il ne s'agit pas seulement de stimuler et de soutenir des projets en prévention, mais d'en faire un réflexe de la pratique curative ordinaire de l'équipe tout en appliquant les principes de **globalité** des soins, de **participation du patient**, d'**interdisciplinarité** des équipes, d'évaluation du projet à toutes les étapes. Comme la prévention est en général un travail de longue haleine, avec peu de résultats directement visibles, les formations insistent sur la rigueur scientifique qui doit présider à toutes les étapes des projets.

Le projet *Agir ensemble en prévention* n'a jamais cherché à implanter un même projet dans toutes les maisons médicales : il a formé les acteurs à l'analyse des besoins et à la conception de projets de façon à développer des actions adaptées aux communautés et aux ressources disponibles de chaque maison médicale.

Alma-Ata

La déclaration de l'**OMS** (Organisation mondiale de la santé) d'Alma-Ata (Kazakhstan) remonte à 1978 et est entièrement consacrée aux soins de santé primaires, présentés comme le moyen qui « *donnera à tous les peuples du monde un niveau de santé leur permettant une vie socialement et économiquement productive* ». Les **statuts** de la Fédération font explicitement référence à la déclaration d'Alma-Ata lorsqu'elle définit ses objectifs (article 5).

Alternatif

Ce terme moins usité aujourd'hui était un leitmotiv des maisons médicales et de la Fédération dans les années 1970 et 1980. Elles tendaient à une pratique alternative de la médecine, en s'opposant à la vision libérale dominante. Elles voulaient en particulier un mode alternatif de **financement** des soins. Dans les années 1980, de gros débats ont eu lieu au sein de la Fédération entre libertaires et planificateurs. La relative « institutionnalisation » du modèle des maisons médicales a rendu ce questionnement moins vif. Le modèle des maisons médicales est-il encore aujourd'hui une alternative (en rupture avec un modèle dominant) ? Dans quelle mesure est-il même un choix (pour le médecin, pour le patient) ?

Voir **instituant-institué**.

Ambulatoires (soins)

Soucieuses de valoriser l'**autonomie du patient**, les maisons médicales et la Fédération ont toujours fait la promotion des soins ambulatoires, cherchant à écourter, voire à éviter les séjours en milieu hospitalier au profit d'un suivi des personnes dans leur milieu de vie. Cette option est aussi celle, par exemple, des centres de santé mentale.

Voir **échelonnement des soins**, **Interfédération ambulatoire**, **soins à domicile**, **Psy 107**.

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.

ASD (Association de soins à domicile)

Voir **soins à domicile**.

ASI

Voir **Association de santé intégrée**.

Assistant social 2, 5

Les assistants sociaux ont été présents dans certaines maisons médicales dès leur origine. Comme leurs prestations ne sont pas financées par l'**INAMI**, leur rôle n'a pas partout connu le développement escompté. Un groupe sectoriel « assistants sociaux » est créé au sein de la Fédération en 2005. Il représente quelque 4 % des travailleurs des maisons médicales. Leur rôle ne devrait que croitre avec l'aggravation des difficultés psychosociales auxquelles la population est confrontée. En 2015, la Fédération a lancé un programme psycho-social toujours en cours aujourd'hui.

Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN)

C'est l'une des associations de promotion et de défense professionnelle d'infirmières et d'infirmiers les plus importantes du pays. Elle agit également pour les aides-soignants et aides-soignantes. Elle est un des membres fondateurs de l'Union générale des infirmières de Belgique (UGIB). La Fédération est représentée au conseil d'administration de l'ACN et est active au sein de sa commission « soins à domicile ». À travers l'ACN, la Fédération est membre effectif de la CFAI (Commission fédérale de l'art infirmier).

Association de médecine communautaire (AMC)

La réflexion de la Fédération sur la syndicalisation de ses médecins se concrétise fin 1990 par la création de cette association sans but lucratif, qui s'affilie de façon collective au **GBO** (Groupement belge des omnipraticiens) et obtient d'être représentée au sein de la Confédération des médecins belges.

Association de santé intégrée (ASI) 13, 16

Nous évoquons ailleurs la législation de la Communauté française qui a reconnu l'éphémère **centre de santé intégré** entre 1983 et 1986. Celui-ci ressuscite sous le nom d'association de santé intégrée (ASI) en 1993, à l'initiative de la ministre Magda de Galan : un décret du 28 mars définit ses critères d'agrément et de subsidiation. Les ASI doivent dispenser des soins primaires globaux, continus et intégrés (curatifs et préventifs) à une population définie. Elles doivent aussi exercer une fonction en **santé communautaire**, c'est-à-dire développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de sa santé. Elles assurent une fonction d'**observatoire de la santé** de première ligne.

Plusieurs conditions sont nécessaires à l'agrément des ASI : elles doivent regrouper au moins deux généralistes, un kinésithérapeute, un infirmier et disposer d'un service d'**accueil** et de secrétariat ; elles doivent s'assurer de la collaboration de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes ; elles doivent organiser des réunions internes de coordination, etc. L'agrément des ASI est confié à une commission ad hoc (où la Fédération sera représentée).
Le décret de 1993 présente plusieurs avancées : il reconnaît officiellement la spécificité du fonctionnement des maisons médicales ; il initie des liens structurels entre les responsables politiques du champ de la santé et des acteurs en santé communautaire ; il octroie des subsides aux centres de santé intégrés.
Mais la même année, la troisième réforme de l'État provoque la régionalisation d'une bonne partie de la politique de santé : la mise en œuvre du décret pris par la Communauté française incombera aux Régions bruxelloise et wallonne, seule la politique de **prévention** restant provisoirement une compétence de la Communauté française. Les arrêtés d'application ne seront pris qu'en 1999 par la Région wallonne et 2001 (!) par la Région bruxelloise.
En Région bruxelloise, un décret relatif à l'offre de services **ambulatoires** dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé remplace en 2009 la législation de 1997.
La Région wallonne prend un nouveau décret en novembre 2008 pour améliorer le fonctionnement des ASI, sur base de propositions présentées par la commission d'agrément. Le nouveau texte attribue six fonctions aux ASI : curatives et préventives, d'accueil, de coordination interne en pluridisciplinarité, de santé communautaire, de travail en réseau et d'observatoire de la santé de première ligne. La principale nouveauté est la possibilité offerte aux ASI d'obtenir un agrément à durée indéterminée en élaborant un plan d'action qui décrit les objectifs, moyens mis en œuvre et méthodes d'autoévaluation mises en place pour répondre aux six fonctions qu'elles doivent rencontrer. Ce plan d'action fait l'objet tous les deux ans d'une évaluation par l'ASI et l'administration.

À cette époque, les ASI desservent environ 5 % de la population wallonne. Le gouvernement wallon veut leur donner davantage de développement. Un décret est pris en juin 2014 qui donne priorité aux ASI qui s'installent dans une commune où l'offre en médecine générale est déficitaire. Une action visant à soutenir la rénovation ou la construction de nouvelles ASI est entreprise dans le cadre du Plan wallon de développement rural (PWDR) 2014-2020. Elles bénéficient d'une enveloppe de près de 10 millions d'euros, dont 60 % provenant de la Région wallonne et 40 % du Fonds européen agricole pour le développement rural. Sont éligibles les coûts d'investissement en infrastructure et équipement neufs permettant aux opérateurs de mener leurs missions de première ligne de soins. Les frais généraux liés aux investissements (honoraires de bureaux d'études, d'architectes ...) sont plafonnés à 12 % des coûts d'investissement éligibles.

» Voir **législation**, **centre local de promotion de la santé** et **Conseil supérieur de promotion de la santé.**

Assurance maladie-invalidité (AMI) puis Assurance soins de santé et indemnités (ASSI)

L'assurance maladie-invalidité couvre trois risques : les soins de santé, l'incapacité de travail et le congé de maternité. Elle est gérée par l'**INAMI**, qui collabore avec les organismes assureurs : les **mutualités**. L'assurance maladie-invalidité, déjà fort développée durant l'entre-deux-guerres, devient obligatoire pour les salariés à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, à l'occasion de la mise en place de la **Sécurité sociale**. L'ASSI a été gérée d'abord par le Fonds national d'assurance maladie-invalidité puis, après 1964, par l'INAMI.

Audit interne

La Fédération des maisons médicales a procédé à plusieurs reprises à des enquêtes introspectives sur ses structures. Différentes évolutions en ont découlé : renforcement de la direction, séparation entre le travail politique de la Fédération et les services, renforcement de l'instance politique, etc. En 2018, la Fédération a été réorganisée sur un mode holacratique (non hiérarchique) et structurée en fonction des missions liées à son objectif principal : la promotion d'une politique de santé organisée au départ des soins de santé primaires et d'un projet de société solidaire.

Autodérision

Un des secrets de la Fédération pour échapper à la sclérose et relativiser les **conflits**, c'est le sens de l'humour de ses animateurs, leur goût pour l'autodérision. Cela a été particulièrement perceptible lors du 20e anniversaire de la Fédération en 2001. Une troupe théâtrale, dans une comédie un peu grinçante, y a mis en scène à l'intention des travailleurs des maisons médicales, les contradictions qu'ils rencontrent parfois quand ils appliquent au quotidien les valeurs prônées par la Fédération. D'autres biais ont été imaginés au fil du temps pour évacuer les tensions et le stress : ateliers d'écriture, pastiches de chanson, caricatures publiées dans chaque numéro du trimestriel *Santé conjuguée*, etc.

En 1985, c'est le bulletin de la Fédération des maisons médicales lui-même qui publie cette caricature du secrétaire du mouvement, Jacques Morel, connu pour son bagou politique.

Autogestion 10

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 agro-alimentaires, 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**.

» Voir **égalité salariale**.

Autonomie (du patient) 9

Dans ses **statuts** de 1980, la Fédération se donne entre autres objectifs celui de « *favoriser l'autonomie du patient par la connaissance et la compréhension de sa maladie et, ce faisant, de diminuer le pouvoir médical* ». Cette option (lutter contre une **surmédicalisation** de la société), la Fédération en a hérité du **GERM** qui, dès 1971, déclarait que l'action sanitaire « *doit tendre à la libération de l'individu de toute servitude plutôt qu'à son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire* ». Il fallait éviter que l'aliénation due à la maladie soit remplacée par la dépendance au médical. Et de donner comme exemple le cas où le médecin doit choisir entre 1°, des **médicaments** pris de façon continue et des contrôles médicaux périodiques ; et 2°, une hygiène de comportement et un effort personnel

de l'individu : « *c'est incontestablement la seconde solution qui doit être choisie* ».
Dans le combat pour l'autonomie du patient, celui-ci est son propre ennemi. Le médecin est amené à lui refuser régulièrement antibiotiques, tranquillisants, examens techniques, opiacés, etc. « *Parfois ça dure deux minutes, parfois une demi-heure de marchandage oiseux ou d'agressivité, mais c'est non. Tant pis si c'est une demi-heure sans honoraires. 'Ah, c'est comme ça, eh bien ! J'irai chez un autre'. Il a raison : on trouve toujours un confrère qui se dit que de toute façon, si ce n'est pas moi qui lui donne, ce sera un autre* »
(Axel Hoffman, 1996).

AViQ 13
(Agence pour une vie de qualité)

Dans le cadre des accords de la **Sainte-Émilie** (2013), les Régions ont été dotées de compétences accrues en matière de santé. La Région wallonne a alors créé l'Agence pour une vie de qualité, organisme d'intérêt public en charge de la santé, du bien-être, du handicap et de la famille. Elle est compétente en matière de politique pour les personnes âgées, politique hospitalière (travaux d'infrastructure et normes d'agrément), organisation de la première ligne de soins (le financement des prestations reste cependant à l'**INAMI**), une partie de la politique de santé mentale et la **promotion de la santé**.

AXXON, Physical Therapy in Belgium

Jusque dans les années 2000, une multitude d'associations représentent la profession de kinésithérapeute. Aujourd'hui, deux organisations se disputent la représentation des kinésithérapeutes francophones. Toutes deux sont présentes au Conseil fédéral de la kinésithérapie du service public fédéral Santé publique, ainsi que dans bon nombre d'organes régionaux ou provinciaux. Mais du côté de l'**INAMI**, seule AXXON, créée en 2009, est reconnue comme représentative, ce qui justifie les efforts de la Fédération pour s'y investir : elle y est notamment représentée aux assemblées générales.

Balint (groupes)

Michaël Balint (1896-1970) est un médecin hongrois qui a imaginé une méthode de formation continue pour médecins. Ceux-ci se réunissent par petits groupes coachés par un psychanalyste pour analyser de façon informelle des cas de patients présentés par l'un ou l'autre. Ces réunions développent chez eux des qualités psychothérapeutiques et concourent à améliorer les **relations soignants/patients**. Pour Balint, il y a deux modes du curatif, l'un intellectuel et qui s'exprime par la sémiologie, le diagnostic et un traitement, l'autre émotionnel, qui a trait à un transfert qui se produit entre le malade et son médecin. Dans sa recherche sur la nature de la maladie, Balint en viendra aussi à estimer qu'il y a dans les signes d'une maladie une dimension personnelle intérieure, une perception de la maladie différente de celle apportée par les outils de diagnostic.
L'intérêt de soignants belges pour la nature complexe de la maladie et pour les relations de patient à soignant amène la constitution de groupes Balint en Belgique dans les années 1960. Plusieurs membres du **GERM** s'y intéresseront, ce qui suscitera les foudres de l'**Ordre des médecins**.

Bénévolat à la Fédération et dans les maisons médicales

Dans les années 1980 déjà, alors que la Fédération ne touche que de rares subventions et que les maisons médicales

tirent le diable par la queue, une part importante de leur travail repose sur le bénévolat. Aujourd'hui encore, comme certaines tâches administratives ou sociales ne sont pas remboursées par l'**INAMI** ni subsidiées, il arrive qu'elles soient exercées à titre gratuit par des travailleurs ou des patients. Ainsi, une infirmière peut faire des travaux d'accueil ou de secrétariat à titre bénévole. Mais si le bénévolat offre des avantages pécuniaires, il comporte également des inconvénients : instabilité des horaires, motivation parfois fragile, contrôle délicat de l'activité.

BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée)

» Voir **patientèle**.

Caravane

En 2017, partant du principe que « si tu ne vas à la Fédération, la Fédération vient à toi », elle organise un **congrès** itinérant, la caravane des maisons médicales. Douze étapes sont prévues à travers la Wallonie et Bruxelles pour aller à la rencontre des travailleurs, usagers et partenaires.

Cartel (des syndicats de généralistes)

De 1964 à 1998, l'**ABSyM** s'affiche comme le porte-parole de l'ensemble du secteur médical, mais de nombreux **médecins généralistes** pensent qu'elle protège surtout les intérêts des spécialistes et des institutions hospitalières. L'ABSyM est aussi le représentant quasi exclusif des médecins dans leurs négociations avec les mutuelles. En prévision des premières **élections médico-mutuellistes** (juin 1998), les généralistes forment un cartel comprenant le **Groupement belge des omnipraticiens** (GBO), son allié flamand l'Algemeen syndicaat geneesheren van België (ASGB) et le Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (VHA). Le cartel remportera les élections de 1998 et 2002, obtenant la majorité dans le collège des généralistes (4 représentants sur 6). Il éclate malheureusement aux élections de 2006, ce qui entraine une diminution de la représentation des généralistes du GBO et de l'ASGB.

Cat@losanté

Mis en chantier vers 2012, c'est un répertoire en ligne des projets menés en maison médicale en **santé communautaire** ou en **prévention**, pour l'amélioration du **Dossier santé informatisé** ou de l'implication des usagers, collaboration avec des tiers, etc. Ce mode d'affichage aide les équipes à structurer leurs projets, les encourage à améliorer leur qualité, permet les échanges d'expériences.

CBCS

» Voir **Conseil bruxellois de coordination sociopolitique**.

CDSB (centre de documentation santé Bruxelles)

Ce centre a été créé en 1992 par la Fédération, à l'initiative notamment de Michel Roland, sous le nom de CEDOSSP (Centre de documentation en soins de santé primaires). Le fonds documentaire de départ est constitué grâce aux apports de livres et documentation du **GERM** et de plusieurs médecins. Le CEDOSSP devient une asbl distincte de la Fédération en 1997 et obtient le soutien de la Communauté française. En 2002, le fonds est mis en réseau avec ceux d'autres associations actives en promotion de la santé, dont **Question Santé** et la Ligue bruxelloise pour la santé mentale. Le CEDOSSP devient alors CDSB. Il offre des ressources documentaires à un large public d'étudiants, enseignants, travailleurs de la santé et du social : outils pédagogiques, documents… Aujourd'hui, le CDSB a notamment pour partenaire le Centre bruxellois de promotion de la santé (voir **CLPS**), le **Conseil bruxellois de coordination sociopolitique** (CBCS), le Fil d'Ariane asbl, etc.

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

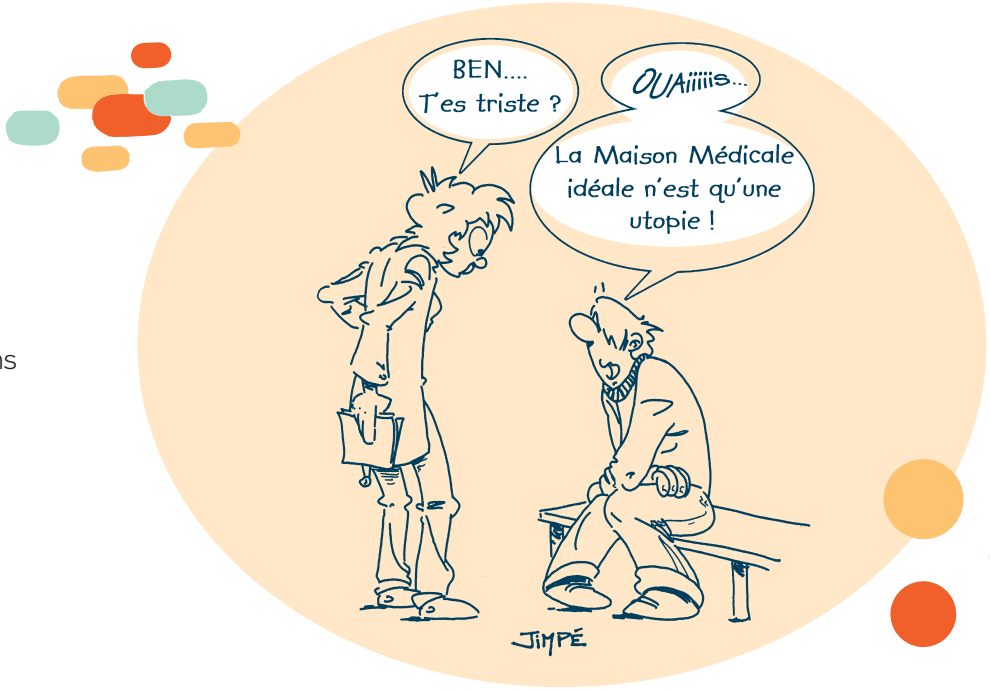
» Voir **KCE**.

Centre local de promotion de la santé (CLPS)

Dix CLPS ont été créés en Wallonie et à Bruxelles par le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé (voir **législation**). Ils remplacent les dix « commissions de coordination » locales établies en 1988. Ils regroupent des acteurs de terrain et sont chargés de mettre en œuvre le décret sur l'ensemble du territoire de la Communauté française en travaillant sur les **déterminants de la santé** : environnement, conditions de vie, cadre socio-économique, emploi, mobilité, etc.
Les CLPS proposent aux professionnels de leurs territoires un accompagnement pour développer leurs projets, des formations, des temps d'échanges de pratiques, des espaces de concertations intra- et intersectorielles, des aides pour le développement de réseaux et de la participation aux dynamiques locales… Ils jouent également le rôle d'interface entre le monde de l'enseignement et divers acteurs de **prévention**, notamment en matière d'assuétudes et de relations affectives et sexuelles.

Centre de santé intégré (CSI) 8

Le concept de CSI a été élaboré par le **GERM**, qui souhaitait que la Belgique dispose d'une première ligne de soins consistante. Dans son *Manifeste pour une politique de santé* (1971), il en fait l'élément de base de la première ligne de soins, le lieu du premier contact entre le patient et le système de soins. Le CSI regroupe une **patientèle** locale et une équipe de soignants **pluridisciplinaire** prodiguant des soins **globaux**, **continus**, **intégrés**.



Lors de la formation des premières maisons médicales, le GERM s'est préoccupé de l'adéquation de « son » modèle avec les expériences de terrain. Dans une étude publiée en décembre 1981 et intitulée *Le centre de santé Intégré et les maisons médicales*, Monique Van Dormael a constaté qu'aucune de celles-ci ne parvenait à réaliser complètement l'idéal du CSI à cause des obstacles auxquels elles étaient confrontées : mode de paiement à l'**acte** ; incohérences du système de soins de santé (absence de planification, morcellement des soins, manque de coordination entre les services) ; formation des travailleurs de la santé (le plus souvent par des spécialistes et dans l'optique de former des spécialistes) ; et obstacles d'ordre socioculturel (par exemple, la soumission des usagers face à la médecine, la foi démesurée dans la science et la technique médicales, la dévalorisation de la médecine générale…).
Le terme de « centre de santé intégré » a été repris par le ministre de la Santé de la Communauté française, Robert Urbain, dans son décret de 1983, abrogé en 1986. Dans ce décret (et son arrêté d'application de 1985), le CSI est une asbl dispensant des soins suivant le modèle préconisé par la Fédération (dispensation, au niveau de l'échelon médico-social de premier recours, de soins globaux, intégrés et continus) et qui a adopté le financement au **forfait**. Un de ses rôles est la tenue d'un **dossier médical**. Les équipes doivent comprendre au moins médecins, infirmier et kinésithérapeute, mais aussi « *mener leur action sociale soit grâce à un travailleur social rémunéré par le centre au minimum pour un quart-temps, soit grâce à une convention passée avec un CPAS ou autre* ».
Le centre doit être joignable en tout temps. Une commission de coordination est créée pour fixer les modalités d'agrément. La Fédération y est représentée. Le décret prévoit un subside annuel par patient inscrit et une somme forfaitaire pour premier frais d'établissement.
Dans les décrets ultérieurs, les CSI vont être rebaptisés ASI ou **associations de santé intégrées**.

Cercles de médecins généralistes

Dans les années 2010 et dans le cadre du transfert de compétences plus étendues vers les régions, les cercles régionaux de médecins généralistes jouent un rôle croissant comme interlocuteurs du politique. Ce sont par exemple, pour la Wallonie, la FAG (Fédération des associations de généralistes de la Région wallonne) créée en 2016 ; et à Bruxelles, la FAMGB (Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles) créée en 1986. La Fédération des maisons médicales réfléchit à partir de 2015 à faire de l'**entrisme** vis-à-vis de ces nouveaux acteurs du paysage de la santé.

CERISSP (Centre de recherche interdisciplinaire en soins de santé primaires)

Dès son **congrès** de 1986, la Fédération des maisons médicales se préoccupe de l'absence en Belgique d'un institut des soins de santé primaires qui coordonnerait la recherche dans ce domaine. En collaboration avec l'Université libre de Bruxelles, elle constitue en 1992 un organe dont elle espère qu'il sera l'embryon d'un tel institut : le CERISSP. Elle voudrait y voir adhérer toutes les institutions scientifiques belges actives en médecine générale : universités, écoles de santé publique, **Société scientifique de médecine générale (SSMG)**, etc. Le CERISSP lancera plusieurs **recherches-actions** mais aura malheureusement une activité trop limitée par rapport aux espérances de ses promoteurs.

Charte

La charte des maisons médicales, comme les **statuts** de la Fédération, fait partie des textes fondamentaux qui récapitulent les valeurs fondatrices du mouvement. Un premier texte programmatique avait été élaboré en 1989 : la ***Plateforme pour la Fédération des maisons médicales***. Il s'avère insatisfaisant. La première version de la charte est élaborée entre 1994 et 1996 au cours d'un long processus de rédaction participative. Pour reprendre les termes d'un de ses artisans, Axel Hoffman, « *la charte est à considérer comme le versant utopique ou, osons le mot, philosophique, d'une affirmation d'identité* ».
Pour permettre aux jeunes de se réapproprier le document, son texte est remis sur le métier en 2003 et une nouvelle version est avalisée en 2005. Par la suite, les grandes options de la Fédération ont encore été rappelées dans les *Notes d'orientation de la Fédération* élaborées en 2009, 2012 et 2017.

Citoyenneté 5

La citoyenneté est une valeur chère aux maisons médicales. Elles cherchent à éviter que les patients ne soient des assistés passifs et visent à ce qu'ils exercent leurs droits tout en remplissant leurs devoirs. C'est dans ce but qu'elles les impliquent dans leurs projets en **santé communautaire** et même dans la gestion de l'asbl. Dans leur **charte** (version de 2006), les maisons médicales déclarent vouloir 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. C'est particulièrement vrai en période électorale, lorsque les maisons médicales invitent les patients à s'intéresser aux programmes des partis et à interpeller les représentants politiques sur les questions qui les intéressent.

Classification internationale des soins de santé primaires (CISP) 11

Dès 1987, Marc Jamoulle (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 Jamoulle propose que la Fédération s'associe à un programme de bancs d'essais 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 Jamoulle 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 dans cette langue 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 (Jamoulle 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 Jamoulle 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.

Colloques (de la Fédération)

C'est en juin 1990, au plus fort de tensions internes très vives, que la Fédération organise son premier colloque à Herbeumont. Cette mise au vert, avec plus de cent participants, rencontre un succès inespéré, une détente entre fractions. On décide aussitôt de réitérer l'expérience régulièrement. Par la suite, les colloques (internes, contrairement aux congrès) auront tous un thème défini : la **prévention**, la **pluridisciplinarité**, l'**autogestion**, la santé mentale, le **forfait**, la **charte**, la **recherche-action** en maison médicales, « les liaisons dangereuses avec le politique », etc.

CLPS

» Voir **centre local de promotion de la santé**.

Communication

Le service « communication et publications » de la Fédération vient en appui de tous les autres. C'était essentiellement un service de publications jusqu'à l'élaboration d'une nouvelle stratégie de communication en 2009-2011 dans le cadre d'une démarche d'évaluation qualitative (**DEQ**) effectuée par la Fédération. Une personne spécialement formée à la communication a alors été engagée.
Parmi les nombreuses publications au sein de la Fédération, citons le trimestriel ***Santé conjuguée***, le bulletin mensuel *News* et une *Newsletter* électronique hebdomadaire pour chaque **intergroupe**. Il y a en outre plusieurs collections de brochures consacrées aux outils mis à disposition des maisons médicales (**tableau de bord**, description de fonctions, guide des relations entre maisons médicales et Fédération, etc.), à des thèmes politiques (médecine au **forfait**, barèmes, statut de salarié, etc.) et à des outils de **prévention** (lutte contre le tabagisme, prévention des maladies chroniques…).
Le service gère aussi le site Internet, lancé à la fin des années 1990 (complètement revu à plusieurs reprises), et un extranet ou plateforme interne de partage de documents et de documentation, mis en chantier en 2016 et opérationnel en 2021. La Fédération est aussi présente sur les différents réseaux sociaux.
Au fil du temps, elle est aussi de plus en plus visible dans les médias ; en témoigne le *Grand Oral* de Fanny Dubois à la RTBF en septembre 2020.

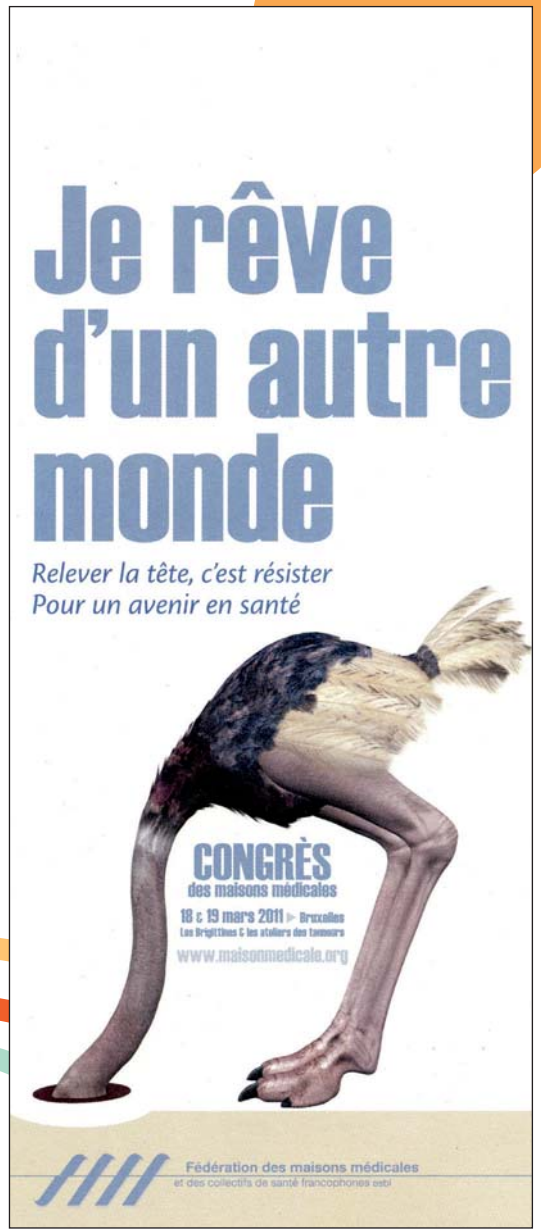
Conflits (internes) 6

De tous temps, les débats au sein de la Fédération ont pu prendre un ton assez vif. Comme Pierre Drielsma le raconte, « *les bagarres à la Fédération des maisons médicales (et dans les maisons médicales), on a bien connu* […]. *Il y a eu des conflits entre les tendances* ***psycho-centrique*** *et socio-centrique ; des conflits entre acte et forfait, entre science et politique ; des conflits sur les alliances (Groupement belge des omnipraticiens - **GBO**, syndicats interprofessionnels, mutualités, etc.) ; des conflits sur la gestion de la Fédération et des maisons médicales, etc.* ». En particulier, les tensions ont été fréquentes entre la Fédération, soucieuse de défendre un modèle, et les maisons médicales, confrontées à la réalité du terrain.

» Voir **mosaïque**.

Congrès

Les congrès ou colloques internationaux sont organisés tous les cinq ans et drainent chaque fois plus de 200 personnes. Leurs thèmes ont été : en 1986, *Le centre de santé intégré, base d'une politique de santé* ; en 1991, *La plainte et la réponse à la plainte* ; en 1996, *Un outil de santé pour l'avenir : les maisons médicales* ; en 2001, *Santé de proximité à la croisée des chemins ?* ; en 2006, *Refonder les pratiques sociales et les pratiques de santé* ; en 2011, *Je rêve d'un autre monde : relever la tête c'est résister pour un avenir en santé* ; en 2017 (sic), *Retour vers le futur.*



Les maisons médicales en mouvement ; et en 2022, *La solidarité et l'accessibilité au système de santé à travers la culture*.

Voir **caravane**.

Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS)

Cette plate-forme a été créée sous forme d'asbl en janvier 2008 pour assurer un contact entre les principales organisations privées francophones de l'action sociale et de la santé **ambulatoire** en Région de Bruxelles-Capitale. La Fédération des maisons médicales en est membre fondateur. En 2014, dans le cadre des accords de la **Sainte-Émilie**, le CBCS est à l'origine de la PLASTIC (Plateforme associative de suivi du transfert et de l'implémentation en Région bruxelloise de compétences suite à la dernière réforme de l'État). Il coordonne aussi l'activité du groupe de travail **Interfédération ambulatoire (IFA)**, organisme intersectoriel de coordination des fédérations actives dans le cadre du décret ambulatoire de la Cocof. L'IFA soutient les projets communs aux fédérations du secteur ambulatoire, publie des rapports et analyses, encourage les démarches transversales.

Conseil supérieur de promotion de la santé

Instance d'avis et de propositions créée par le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française (voir **législation en matière de promotion de la santé**). Il proposait au gouvernement des axes prioritaires en matière de promotion de la santé et de **prévention**, donnait avis sur les projets de programmes quinquennaux, remettait au gouvernement, d'initiative ou à sa demande, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé. Le Conseil était composé de membres nommés par le gouvernement pour une période de cinq ans, représentants les acteurs concernés par la prévention : écoles de santé publique, médecine générale, provinces, promotion de la santé à l'école, usagers des services de santé, mutualités, société civile… Il se réunissait chaque mois, sans compter les réunions des commissions et groupes de travail fonctionnant sur des sujets comme les bonnes pratiques en matière de dépistage. Le premier Conseil a été installé en novembre 1997 et Jacques Morel en est nommé membre pour représenter **les médecins généralistes**. La Fédération des maisons médicales sera représentée dans les commissions d'avis qui élaborent des programmes d'action et de recherche.

Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé

Par décret du 5 juin 1997, la Commission communautaire francophone de la Région de Bruxelles-Capitale (Cocof) crée un Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. Cet organe rend des avis sur l'agrément de services d'action sociale (troisième âge, famille, personnes handicapées, services sociaux, planning familial, aide à domicile, toxicomanies, santé mentale, etc.) subventionnés par la Cocof. En particulier, il est décidé que les missions consultatives dévolues aux commissions d'agrément prévues dans le décret de la Communauté française du 29 mars 1993 (relatif à l'agrément et au subventionnement des **associations de santé intégrées**) sont désormais accomplies par le Conseil consultatif. Il est composé de différentes sections : « services **ambulatoires** », « aide à domicile », « hébergement », « personnes handicapées ». Suite à la reprise en 2013 des compétences de la Communauté française en matière de promotion de la santé par les Régions, une nouvelle section sera ouverte en 2017 au sein du Conseil consultatif, présidée par Jacques Morel.

Continuité (des soins)

Ce concept (qui ne doit pas être confondu avec celui de **permanence** des soins) repose sur l'idée que la qualité des soins est globalement meilleure si un patient est suivi de façon continue sinon par un même médecin, du moins par des soignants qui ont le moyen d'accéder à l'ensemble de son dossier. Comme l'écrit Pierre Mercenier en 1971, « *la continuité des soins considère la vie comme un seul épisode pendant lequel l'individu est successivement soumis à des risques divers* ». Une prise en charge continue et son corolaire, le **dossier médical**

unique, permettent d'ailleurs une meilleure approche **globale** de l'individu : il est utile que le médecin connaisse l'histoire du patient, sa personnalité, son milieu de vie, l'ensemble de ses pathologies et les crises qu'il a déjà traversées. La continuité permet aussi une meilleure efficience du système de soins : elle permet d'éviter plusieurs prises en charge simultanées de la même personne.

À l'époque de la formation des premières maisons médicales, le système de santé belge ignore la continuité des soins. Le principe de liberté prime. Le clivage entre **échelons** de soins (soins primaires et deuxième ligne) fait que les **généralistes** sont souvent privés de renseignements essentiels pour le suivi de leurs patients. Dans les années 1970, le **GERM** réclamera une réorganisation du suivi du patient et l'instauration d'un dossier de suivi unique. Mais ce principe est considéré avec suspicion par les tenants d'une médecine libérale radicale qui craignent que l'inscription du patient auprès d'un soignant ou d'une équipe de soignants entrave sa liberté de choix ; et que le partage de données médicales soit une brèche dans le sacro-saint **secret médical**.

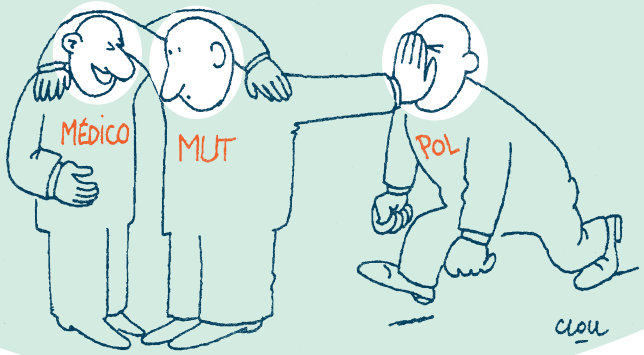
Dès leur origine, les maisons médicales ont adopté l'une ou l'autre formule de dossier médical. C'est à partir de 1984 et de l'instauration dans un nombre croissant de maisons du système du paiement au forfait que l'inscription obligatoire du patient au forfait va générer une réflexion approfondie sur la structure du dossier médical, son informatisation et le partage entre soignants des données qu'il contient. Le dossier devient un enjeu car il permet la maîtrise de l'information. « *On rejoint là la question des conflits entre systèmes primaire et secondaire* ». (Marc Jamoulle, 1992)

C'est à partir des années 1990 que le politique commence à s'occuper de légiférer en matière de dossier médical. L'accord médico-mutuelliste de décembre 1998 instaure le **Dossier médical global**. Aujourd'hui, si plus personne ne remet en cause le principe de la continuité des soins et du dossier médical unique, les modalités de partage de l'information doivent encore être améliorées

» Voir **e-Santé**.

Convention médico-mutuelliste

Depuis 1964, les accords nationaux médico-mutuellistes, négociés entre syndicats de médecins et mutuelles, déterminent pour l'année ou les deux années à venir les engagements qui lieront les médecins et les organismes assureurs. Ces conventions n'engagent que les médecins qui les contresignent (médecins « conventionnés »). Elles fixent entre autres les tarifs que ces médecins s'engagent à appliquer. D'autres éléments s'y sont négociés au fil du temps : le système de l'accréditation du médecin par formations continues, l'instauration du **Dossier médical global**, l'introduction des honoraires de disponibilité (c'est-à-dire de garde), l'intervention financière pour l'acquisition de logiciels, etc. La Fédération intervient dans les négociations médico-mutuellistes à travers le **GBO** ou Groupement belge des omnipraticiens.



Cotisations

La Fédération des maisons médicales perçoit une cotisation auprès de ses membres qui représente une part importante de ses rentrées (plus de 51% aujourd'hui), ce qui assure une certaine indépendance au mouvement vis-à-vis des pouvoirs subsidiants. À l'origine, la cotisation était une somme forfaitaire (1000 francs par mois à la fin des années 1980). Depuis 1993, elle est adaptée au chiffre d'affaires de chaque équipe, ce qui fait jouer la solidarité entre les membres. 20% du montant des cotisations sont reversés aux intergroupes.

Couverture sanitaire universelle

C'est un concept de santé publique qui se répand depuis la fin des années 2000, au fur et à mesure que s'impose l'idée que la santé est une réalité globale. À l'échelle planétaire, près de la moitié de la population ne bénéficie pas d'une couverture complète des services de santé essentiels. Chaque année, 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté extrême à cause des dépenses de santé laissées à leur charge. Plus de 930 millions de personnes (environ 12 % de la population mondiale) dépensent au moins 10 % de leur budget pour payer les soins de santé. Par couverture sanitaire universelle (CSU), l'Organisation mondiale de la santé entend une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans que le coût de ces services n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Elle englobe une gamme complète de services de santé essentiels de qualité, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la **prévention**, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs. Tous les États membres des Nations unies ont décidé d'essayer d'atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici 2030 dans le cadre des « objectifs de développement durable » (ODD).

Voir **accès à la santé**, **déterminants de la santé**.

Crise(s)

La naissance des premières maisons médicales coïncide exactement avec la fin des Trente Glorieuses (époque de croissance soutenue) et le premier choc pétrolier (1973).On prend alors conscience de ce que certes, la santé n'a pas de prix, mais qu'elle a un coût ! Depuis lors, l'économie mondiale a vécu une succession de crises ponctuelles comme la crise bancaire

et financière de l'automne 2008 et plusieurs mouvements de récession de longue durée. Ces crises s'accompagnent d'un essor débridé du **néolibéralisme** et ont accentué les **inégalités sociales en santé**. Certains anciens des maisons médicales ont pu suivre pas-à-pas la montée du chômage (avec des pics de 740 000 chômeurs en Belgique en 1994 et 2005) et la **précarité** croissante des populations, avec leurs corollaires : toxicomanie, dépression, stress, affections multiples, prostitution économique, alcoolisme, violence intra-familiale, etc. Certains au sein de la Fédération ont dénoncé la démission du politique qui n'en fait pas assez pour enrayer cette évolution. La crise a un impact croissant sur **l'accès** aux soins : en 2008, 1,4 % des Belges déclaraient qu'ils ne pouvaient se payer les soins dont ils avaient besoin ; en 2016, ils étaient 8 % ! La tendance à reporter des soins touche 40 % des faibles revenus à Bruxelles.

CSI

Voir **centre de santé intégré**.

Cultures et Santé asbl

Cette asbl bruxelloise est créée en 1978 à l'initiative de professionnels de la santé travaillant en milieu immigré, conscients des problèmes de communication générés par les différences culturelles. Dès 1984, Cultures et Santé est reconnue comme service d'éducation permanente par la Communauté française.
En 1990, la Communauté française demande à l'asbl de réaliser une étude sur la santé des populations immigrées bruxelloises. Cultures et Santé inventorie les initiatives prises par les maisons médicales en faveur de ces populations : consultations avec interprètes, traduction en langue arabe de tracts d'éducation pour la santé, conseils pour les vacances au Maroc, atelier-santé au sein du cours d'alphabétisation, éducation alimentaire… L'enquête met en évidence que le fait d'être immigré constitue un facteur de risque aggravé de santé, pour un faisceau de raisons : **précarité** sociale, difficulté de communication, rapport culturel à la santé différent, difficulté d'**accès** aux services de santé. Elle souligne aussi que plus encore qu'avec d'autres groupes sociaux et culturels, le travail interdisciplinaire mené en maison médicale est profitable : l'approche psycho-médico-sociale aide à « *démêler l'écheveau des facteurs interactifs* ».
Suite à ce travail, la Communauté française crée à Bruxelles des emplois de médiatrices médico-sociales interculturelles mises à disposition de structures de santé (maisons médicales, consultations de l'Office de la naissance et de l'enfance, centres de planning familial). L'asbl Cultures et Santé est chargée de recruter, former et superviser ces médiatrices – c'est le début de l'Interprétariat social et médical (ISM).
Dans les années qui suivent, les liens entre la Fédération et Cultures et Santé se resserrent. Fin 1995, un accord de collaboration est passé entre les deux associations.
Les activités de Cultures et Santé se diversifient. Avec la promulgation du décret organisant la promotion de la santé en Communauté française (1997), l'association développe des actions intersectorielles et globales sur les **déterminants de santé**. Elle développe aussi des activités pour les enfants de 6 à 12 ans, des programmes d'animation par le jeu.
En 2002, l'asbl fusionne avec « Promosanté », qui organisait des consultations ONE et développe alors un axe « **santé communautaire** » au sein du quartier Senne à Bruxelles. En 2013, un nouveau programme de promotion de la santé financé par la Fédération Wallonie-Bruxelles est initié. Il se focalise toujours sur les inégalités sociales de santé mais porte une attention plus particulière à l'accessibilité des offres en matières sociale et de santé, à la littératie en santé, au lien existant entre comportements et représentations sociales ainsi qu'à la création d'espaces de participation du patient.

Démocratie (au sein des maisons médicales)

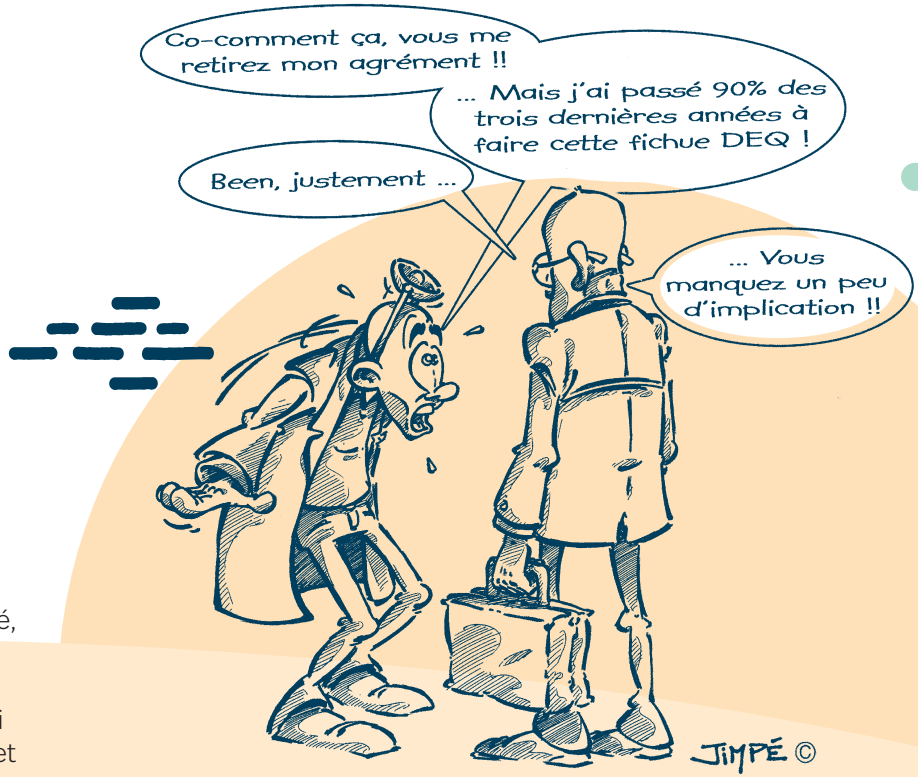
Voir **autogestion**, **non-hiérarchie**, **patients (participation des)**, **santé communautaire**.

DEQ (Démarche d'évaluation qualitative) 16

Dans le cadre du décret bruxellois de mars 2009 sur l'offre de services **ambulatoires** dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, il est imposé aux organismes agréés par la Cocof de mener une démarche d'évaluation qualitative de leur action tous les trois ans. En accord avec les six autres organismes de coordination agréés par le décret, la Fédération a choisi de faire porter sa propre évaluation qualitative sur sa communication interne et externe.

DEQuaP (Développons ensemble la qualité de nos pratiques) 15

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 !



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.

Voir **globalité des soins, inégalités sociales en santé, santé communautaire**.

Deuxième ligne

Voir **échelonnement**, **hospitalocentrisme**.

Développement et gestion

Devant l'accélération du rythme de création de nouvelles maisons médicales, la Fédération crée en 2001 une cellule pour le « développement et la promotion des **associations de santé intégrées** » (devenu « service développement et gestion »

en 2011). Cette cellule travaille à partir de 2005 avec un référent administratif permanent à la Fédération. Le service a pour mission d'apporter à ceux qui désirent créer une nouvelle maison médicale (et aux équipes émergentes) des informations, une réflexion sur le concept de maison médicale et un accompagnement. Le programme de soutien au développement des maisons médicales est organisé à travers une équipe de référents régionaux qui connaissent bien la pratique du travail en équipe. C'est cette cellule aussi qui met régulièrement à jour un *Vade-mecum sur la constitution d'une maison médicale*.

DMG

Voir **Dossier médical global**.

DMG+

En 2011-2012, les maisons médicales travaillant au **forfait** obtiennent qu'un volet prévention (le DMG+) soit inclus dans le forfait des personnes entre 45 et 75 ans. Ce module comprend : le dépistage de différents cancers et du risque cardiovasculaire global ; des conseils relatifs à l'alimentation et à des assuétudes (au tabac, à l'alcool) ; un bilan vaccination, etc. Cette extension du forfait n'est remboursée intégralement par l'**INAMI** que si 70 % au moins des patients inscrits dans chaque maison médicale sont prêts à participer. La Fédération incite ses **membres** à mener campagne auprès de leur patientèle pour obtenir ce supplément de financement. Des journées de formation sont proposées par l'association « **Promo santé & médecine générale** » (PSMG), partenariat entre la Fédération et la **Société scientifique de médecine générale**.

Dossier médical

Les maisons médicales ont joué un rôle important dans la généralisation du dossier médical. Dès le départ, celui-ci a été considéré par le **GERM** et les maisons médicales comme un outil facilitant une approche globale et continuée de la santé des patients. En 1983, le décret que le ministre de la Santé Robert Urbain a fait voter pour la

subsidiation des **centres de santé intégrés** prévoit qu'un des rôles de ceux-ci est la tenue d'un dossier médical permettant de mesurer à quel point le système du **forfait** et des soins globaux limite le nombre d'actes techniques inutiles.

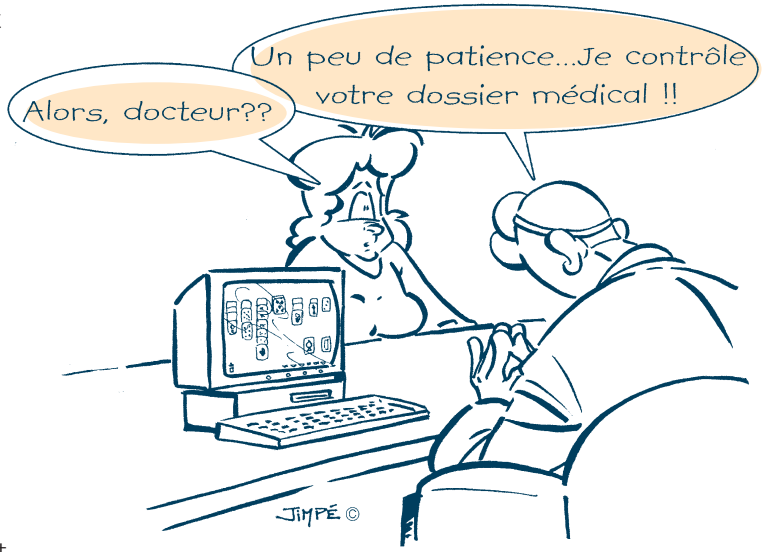
Voir **Dossier médical global (DMG)**, **Dossier santé informatisé (DSI)**, **droits du patient**, **grève des médecins**, **Ordre des médecins**.

Dossier médical global (DMG)

Le Dossier médical global est tenu à la demande du patient par le **médecin généraliste** de son choix pour y centraliser les données médicales. Le DMG a été instauré par l'accord médico-mutuelliste du 15 décembre 1998. Pour la Fédération, c'était une étape fondamentale dans l'**échelonnement** et la coordination des soins et un instrument engageant patients et médecins dans une relation plus stable. L'**ABSyM** craignait qu'il ne devienne un instrument de contrôle de l'**INAMI** qui servirait à stigmatiser des soi-disant surconsommations de soins. Fin 2003, 32 % des citoyens belges avaient déjà un DMG et 67,5 % en 2016.

Dossier santé informatisé (DSI) 11

Le Dossier santé informatisé (DSI) est le principal module du logiciel de gestion des maisons médicales mis au point par la Fédération dans les années 1988-1996 : **Pricare**. Son encodage se fait sur base de la nomenclature de la ***Classification internationale des soins de santé primaires (CISP)***. En 1998, 20 maisons médicales utilisent déjà le DSI. Il s'impose comme un des outils types du **centre de santé intégré** au même titre que le forfait, l'autogestion ou le travail en équipe transdisciplinaire. Il connait des améliorations régulières (avec par exemple l'élaboration de volets « infirmier » et « kinésithérapeute » à partir de 2007).
Au milieu des années 2010, la Fédération lance une campagne en faveur de l'harmonisation de l'enregistrement des données du DSI, que ce soit au sein d'une même équipe **pluridisciplinaire** ou entre maisons médicales, de façon à ce que chaque maison médicale puisse utiliser au mieux toutes les fonctionnalités du logiciel. Pour amener tous les travailleurs des différents secteurs à remplir davantage le DSI, des formations spécifiques sont organisées à leur intention.



Voir **e-Santé**, **informatique** et **tableau de bord**.

Droits du patient 9

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 reconnait 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.

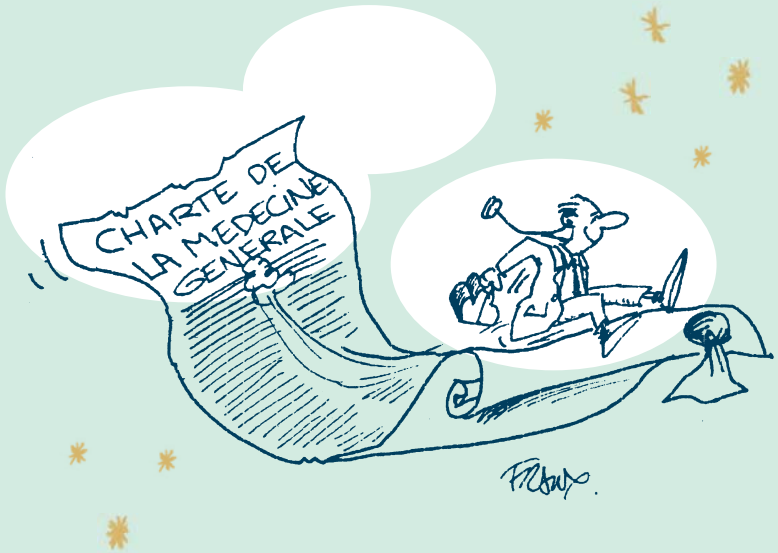
Voir **autonomie du patient**, **LUSS (Ligue des usagers des services de santé)**, **patient (participation du)**.

Échelonnement des soins

3, 15

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 XXIe 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 12 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 Vandenbroucke, Rudy Demotte…) ont mis à leur agenda un échelonnement plus marqué des soins notamment dans le but de réduire le déficit de l'INAMI.

Voir **hospitalocentrisme**.



École dispersée de santé

L'École dispersée de santé a été fondée en 1985 à Bruxelles à l'initiative notamment de la Fédération des maisons médicales, du Syndicat de médecine générale (français), du groupe Enicedem (Paris)… S'inspirant des écrits de Jean Carpentier (médecin généraliste français et communiste), ses disciples considèrent que la crise des politiques de santé est liée au réductionnisme technologique qui, en médecine, crée un clivage entre le social, le psychique et l'organique. L'École dispersée de santé publie en 1992, à Kos (Grèce), une déclaration de principes sur l'éthique du médecin de famille. Ce mouvement a conçu des outils didactiques et organisé des colloques internationaux, au moins jusqu'à la fin des années 1990.

Éducation (sanitaire, pour la santé)

» Voir **prévention**.

Éducation permanente, éducation populaire

5

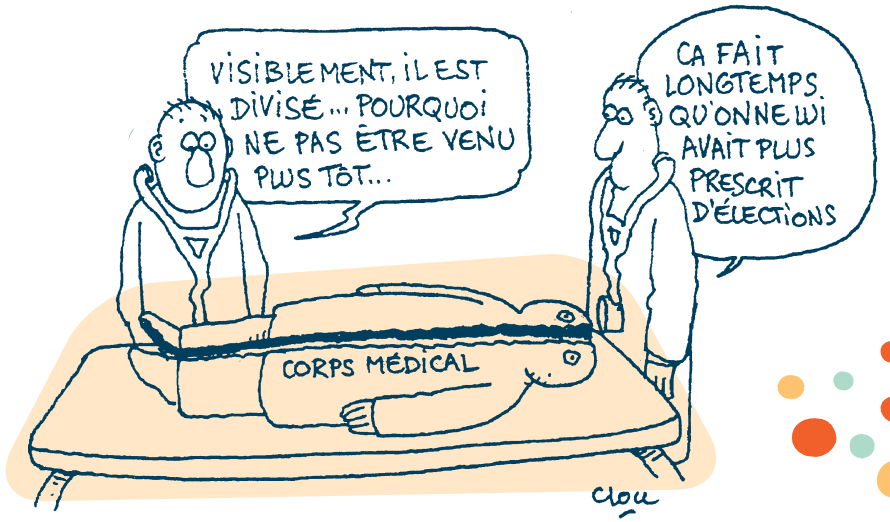
En 1994, la Fédération est reconnue à la suite du **GERM** comme organisme d'éducation permanente par la Communauté française. Elle obtient aussi que les maisons médicales puissent prétendre au remboursement d'une partie des frais générés par leurs activités d'éducation permanente. Depuis trente ans, 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 interpeller 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).

Égalité (salariale) 1

Dans les maisons médicales des années 1970 et 1980, le principe de l'**autogestion** a comme corollaire l'égalité salariale. Les formules appliquées sont diverses. Ici, les rémunérations sont fixées en fonction du nombre d'heures de travail prestées par chacun ; là, on demande à chaque travailleur de verser un pourcentage de ses rentrées au centre de santé pour couvrir les frais généraux (jusqu'à 33 %). L'égalité salariale est souvent tempérée d'une échelle reconnaissant plus ou moins le poids des charges familiales, l'ancienneté, la longueur des études, les responsabilités ou plus prosaïquement, la part que chacun rapporte en fonction des barèmes **INAMI**. Ces divergences sur le concept d'égalité salariale suscitent de nombreux débats dès les années 1980.

À partir de la fin des années 1990, on observe une tendance accrue à la salarisation des travailleurs, encouragée d'ailleurs par la Fédération. Cette évolution est stimulée par le développement du financement au **forfait** puis, dans les années 2000, par l'application aux maisons médicales des accords sur le **non marchand**. Il y a 41 % de travailleurs salariés en 1997, 60 % en 2011 et 71 % en 2019. Mais l'adoption de barèmes s'appliquant à un nombre croissant de travailleurs complique les négociations au sein des équipes sur l'égalité salariale – dont le principe même est d'ailleurs jugé par certains comme suranné.

Voir **Institut de classification de fonctions (IFIC)**.



Élections médico-mutuellistes

C'est la ministre des Affaires sociales Magda De Galan qui a mis sur pied les premières élections médico-mutuellistes en 1998. Jusque-là, c'est par consensus qu'étaient désignés les représentants du corps médical invités à négocier avec ceux des mutuelles les conditions de remboursement des soins de santé par l'**INAMI**. En préparation des élections, la Fédération a adhéré au **GBO** (Groupement belge des omnipraticiens), lui-même membre d'un **cartel** qui décroche quatre sièges sur six dans la chambre de médecine générale. Depuis, les élections ont lieu tous les quatre ans. Le poids du GBO et de ses alliés s'est renforcé en 2002 mais affaibli en 2006 et 2010. En 2014, un syndicat essentiellement flamand, l'AADM (Alliantie Artsenbelang - Domus Medica), s'impose comme le principal vainqueur avec trois sièges, le Cartel n'en remportant que deux et l'**ABSyM**, un. En 2018 enfin, un siège s'est déplacé de l'AADM à l'ABSyM, mettant celles-ci à égalité avec le Cartel (deux sièges sur six). Le taux de participation aux élections médicales baisse de scrutin en scrutin. Lors des premières élections, en 1998, 70,7 % des médecins se sont prononcés. En 2002, ce taux est descendu à 56,3 % ; en 2010, à 48,8 % ; et 28 % seulement en 2018 !

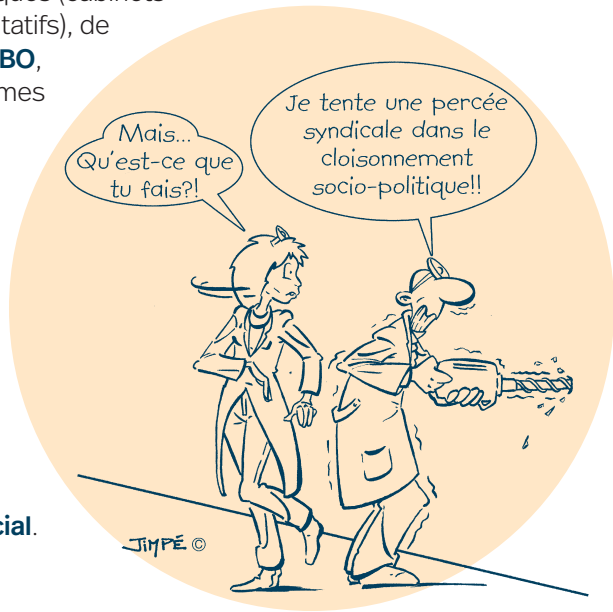
Engagement (politique et social) 4, 5, 8

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).

» Voir **entrisme**, **néolibéralisme**.

Entrisme

L'entrisme est une stratégie consistant à intégrer un système pour le faire évoluer. Dès son origine, la Fédération a tenté de trouver des relais politiques pour faire avancer son projet. Mais les résultats engrangés de cette façon étaient trop aléatoires. Créée en 1995, la cellule politique décide de pratiquer une stratégie différente consistant à disposer de représentants dans un maximum d'institutions scientifiques et d'enseignement (écoles publique de santé), de rouages politiques (cabinets ministériels, organes consultatifs), de syndicats professionnels (**GBO**, **AXXON**, **ACN**…), de plateformes d'associations, etc. Il s'agit de faire connaitre partout le modèle de maison médicale et de défendre une politique de soins reposant sur les valeurs du mouvement. Pour nombre de travailleurs en maisons médicales, leurs mandats dans ces divers lieux de proposition et de décision participent de leur **engagement politique et social**.



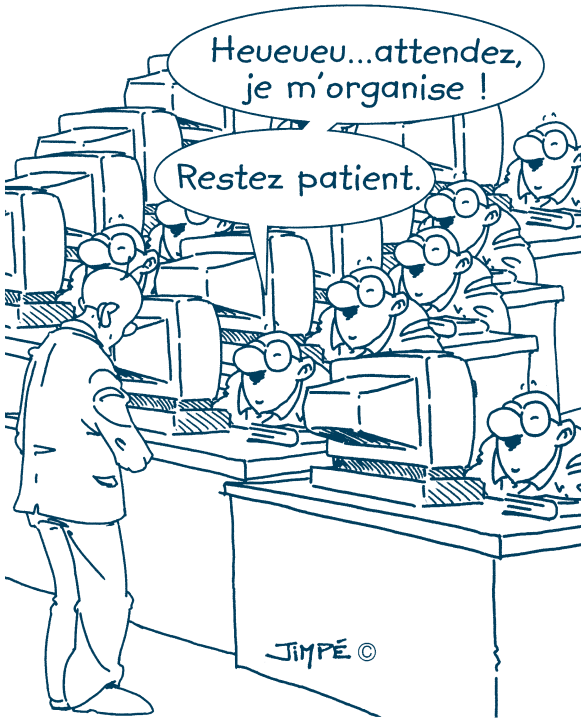
Équité

Pour la Fédération, chacun doit avoir **accès** aux soins que son état nécessite, chacun doit contribuer au financement du système selon ses capacités. L'équité se distingue donc de l'égalité linéaire : si les besoins de certaines populations sont plus aigus que d'autres, cette situation doit être compensée. C'est aussi vrai si l'on considère séparément les populations des différentes maisons médicales : les nouveaux modes de calcul du **forfait**, mis en place depuis 2013 et qui se perfectionnent encore aujourd'hui, essaient de tenir compte de ces disparités et de ce souci d'équité.

e-Santé

En 2012, les neuf ministères belges de la Santé lancent un plan d'action quinquennal dénommé « e-Santé » (ou *e-Health*), auquel la Fédération et les maisons médicales participent activement. À cette époque, 75 % des **médecins généralistes** belges utilisent un logiciel de gestion de **dossiers de patients**. L'informatisation de la médecine générale en Belgique s'est néanmoins développée dans une logique de silo. En dehors de certaines pratiques de groupe comme celle des maisons médicales, elle n'a donc guère contribué à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. L'idée des pouvoirs publics est de donner un coup de fouet au dossier de santé partagé grâce à la connexion des réseaux existant via une plateforme fédérale : *e-Health*. Cette plateforme doit contribuer à améliorer la **continuité** des soins de santé et la simplification des formalités administratives pour les acteurs du secteur, et ce dans le respect des droits du patient.
Le plan *e-Health* est prolongé pour la période 2019-2021 pour renforcer encore la coordination des initiatives en e-Santé. La Fédération met sur pied des formations pour ses membres, des séminaires *e-Health* ouverts à tous les travailleurs, de façon à préparer les maisons médicales à s'approprier ce projet fédéral. 53 équipes y participent. À terme, il est prévu que chacune mette au point sa propre façon de mettre en œuvre *e-Health* « *dans le respect des valeurs du mouvement des maisons médicales* ».

» Voir **continuité (des soins)**, **Dossier médical global**, **informatique**.



Éthique 17

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.

Études et recherche

Un groupe de travail « recherche » existe au sein de la Fédération à partir de 1982. Il s'organise en service au début des années 1990. Son objectif est de suivre l'état de santé de la population qui fréquente les maisons médicales (épidémiologie), d'aider le politique à prendre les bonnes décisions en matière de santé, d'alimenter d'arguments scientifiques le travail politique de la Fédération et son modèle de centres de santé… Tout cela en synergie avec d'autres acteurs. Le service « étude et recherche » (alias SERF) a notamment collaboré au projet « **Tableau de bord** » et au développement du logiciel « **Pricare** ». Il a aussi réalisé plusieurs « cadastres de l'emploi » en maison médicale.

Europe

» Voir **SEPSAC**, **Union européenne**, **European Forum for Primary Care**.

European Forum for Primary Care

Le Forum européen pour les soins primaires a été formé début 2005 par des associations de tous pays, dont la Fédération. Son objectif est d'améliorer la santé de la population en promouvant des soins primaires forts. Il le fait en publiant des données et par l'échange d'informations entre ses membres (notamment dans le cadre de congrès). Le Forum cherche à élargir le nombre de ses membres et à devenir ainsi une force majeure pour le renforcement des soins primaires en Europe.

FASS (Fédération des associations sociales et de santé)

En 1994, la Fédération crée cette asbl en collaboration avec différents autres employeurs du secteur extrahospitalier, de l'action sociale et de la santé. Les institutions qu'elle représente sont des associations exerçant un travail de proximité : centres de planning familial, de santé mentale, de service social, d'aide aux toxicomanes, de soins à domicile. La FASS jouera un rôle important dans la genèse de la législation du gouvernement bruxellois sur le **non marchand**. Elle est reconnue en 1998 comme association représentative d'employeurs, membre de la commission paritaire 305 (puis 330). À travers elle, la Fédération accède aux commissions paritaires et à la négociation des conventions collectives. En 2011, la FASS a rejoint l'UNIPSO (Union des entreprises à profit social) qui réunit l'ensemble du secteur non marchand francophone.

Fedemmcoop

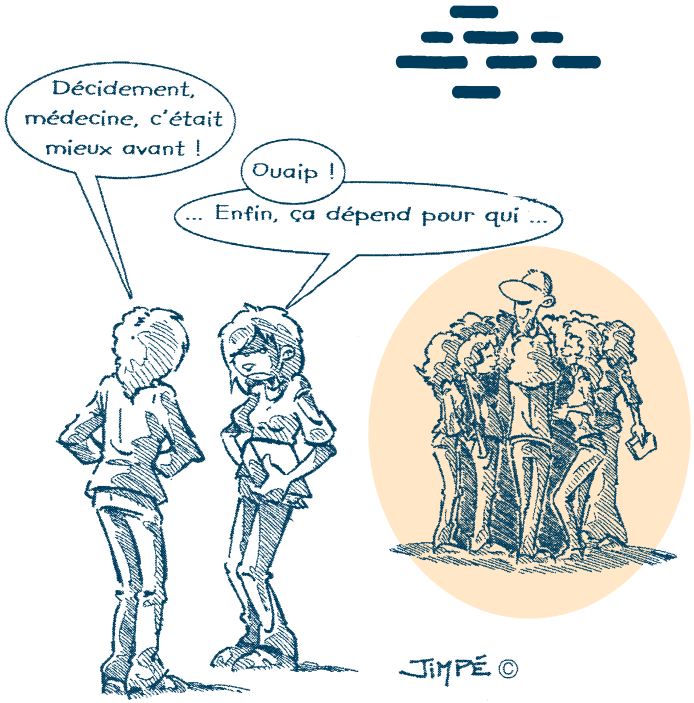
Cette coopérative a été créée par la Fédération en 2010 au bout de six années de réflexion, pour mutualiser les excédents de trésorerie de certaines maisons médicales de façon à donner un accès bon marché au crédit à celles qui manquent de fonds. Elle plaçait ces dépôts auprès d'organismes financiers partenaires et ces placements servaient de garantie pour des projets de création ou de développement de maison médicale. En 2016, Fedemmcoop a été dissoute et remplacée par un **Fonds de soutien aux maisons médicales**.

Féminisation (des maisons médicales)

Dans un contexte de féminisation généralisée des secteurs social et santé, la proportion de femmes au sein des maisons médicales atteint 75 % en 2007. La féminisation touche toutes les fonctions, un peu moins celles de médecins généralistes et de kinésithérapeutes qui ne comptent « que » 55 % de femmes.
La féminisation augmente parallèlement à la salarisation des travailleurs.
La féminisation touche aussi les structures : une femme, Bénédicte Dubois, est pour la première fois élue à la présidence de la Fédération en 1995. Isabelle Heymans et Coralie Ladavid ont été les premières secrétaires politiques, à partir de 1995. Isabelle Heymans a aussi été la première femme secrétaire générale en 2009.

Feprafo (Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait)

Avec la Fédération des maisons médicales et la **Vereniging van Wijkgezondheidscentra**, la Feprafo (créée en 2013) est un des trois groupements représentant les pratiques forfaitaires à l'**INAMI**. Elle défend une médecine libérale et n'impose à ses membres ni la pratique de l'interdisciplinarité (des médecins travaillant en solo peuvent y adhérer), ni le statut d'asbl. Elle est néanmoins l'alliée de la Fédération des maisons médicales quand il s'agit de défendre la médecine de première ligne.



Fondation 1, 6

La Fédération a été officiellement constituée le 11 septembre 1980 au terme d'une assemblée générale tenue à La Marlagne, qui a validé les **statuts**. Le processus de fondation a néanmoins commencé fin 1979. Le 18 novembre 1979, une première assemblée réunit à Wépion une centaine de médecins, paramédicaux et usagers. Presque toutes les maisons médicales francophones existantes, une trentaine à l'époque, sont représentées. Cette réunion est sans doute liée aux menaces de **grève** de l'**ABSyM** (décembre 1979-janvier 1980). Il y est décidé de donner une personnalité juridique au mouvement. Deux textes sont publiés : une *Déclaration finale* qui donne une première définition du mouvement ; et un communiqué de presse condamnant la grève médicale.
L'élaboration des statuts de la Fédération va prendre près de dix mois. Habituellement, on cite cependant la date de 1981 comme date de création de la Fédération.

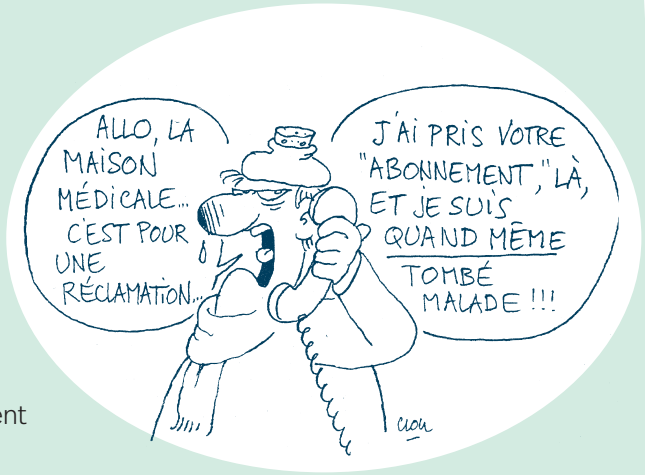
Fonds de soutien aux maisons médicales

Cette association créée en février 2016 par la Fédération a deux vocations : octroyer des prêts aux nouvelles maisons médicales pour soutenir leur démarrage et reprendre progressivement les missions de **Fedemmcoop** comme fonds de garantie pour les emprunts contractés par des maisons médicales auprès d'institutions financières.

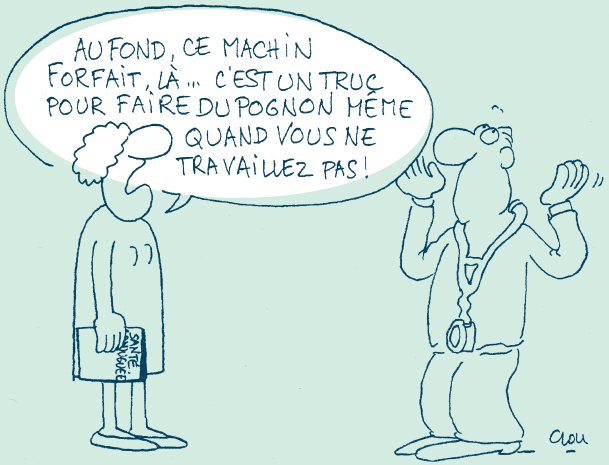
Forfait (financement au) 7, 8

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 (sinon 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 adopter 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 (voir **centres de santé intégrés)**. 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, propre à chaque maison médicale, 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'efficience 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.

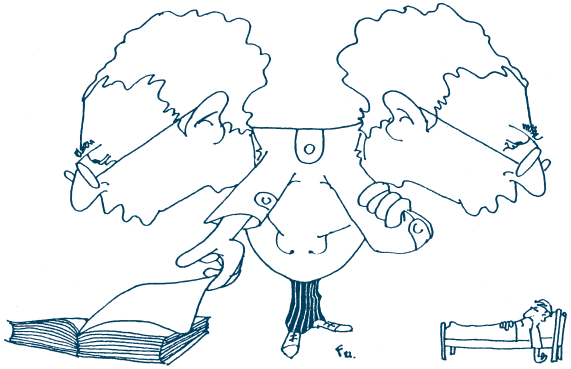
Ce système a demandé et demande encore des ajustements. Et la Fédération a proposé et étudié d'autres modes de calcul.

» Voir **acte**, **patientèle.**

Formation (des soignants)

Le **GERM** et après lui la Fédération ont dénoncé à de nombreuses reprises les faiblesses de la formation des soignants sur des matières comme l'épidémiologie, l'économie de la santé, les fondements éthiques de la profession, la prévention, la globalité des soins... Dès sa création, la Fédération s'est donné comme mission de pallier les carences dans la formation académique des soignants en organisant elle-même des sessions de formation continuée. Il s'agit par exemple de formations sur la relation patient-soignant, l'éducation à la santé, le travail pluridisciplinaire, le dossier médical, l'informatique... Des cycles spécifiques de formation sont prévus pour rencontrer les besoins de certains groupes sectoriels : accueillants, kinésithérapeutes ou infirmiers. D'autres sont lancés pour soutenir des **recherches-actions** ou vulgariser l'usage de nouveaux produits informatiques...

Par ailleurs, la Fédération a investi différents lieux où se discutent le contenu des cursus



académiques de soignants, comme le Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (constitué en 2009 par les trois facultés de médecine francophones et responsable de l'encadrement des futurs **médecins généralistes**) dans la perspective notamment de diversifier les sujets de stages et d'en améliorer les modalités.

» Voir **école dispersée de santé**, **éducation permanente**, **Université ouverte en santé**.

Front national pour une médecine au service du peuple

Avant même la création de la Fédération en 1980, différentes tentatives de regroupement des maisons médicales ont été tentées. La plus ambitieuse a été, en 1974, la constitution (éphémère) d'un Front national pour une médecine au service du peuple. Celui-ci défend déjà des valeurs comme l'**accès** pour tous aux soins de santé, l'**autonomie du patient**, la **globalité des soins**, la participation de la communauté aux orientations de la politique de santé. Il demande aussi un contrôle renforcé de l'industrie pharmaceutique, une plus grande liberté pour ce qui regarde l'avortement et la suppression de l'**Ordre des médecins**.

Front pour une médecine progressiste

En 1979, quelques mois avant la première assemblée de ce qui deviendra la Fédération des maisons médicales, une dizaine de centres de santé de la région de Charleroi créent un Front pour une médecine progressiste comprenant également deux collectifs d'usagers actifs en promotion de la santé et de la contraception.

GBO (Groupement belge des omnipraticiens)

Ce syndicat professionnel est créé en 1965 en réaction à la **grève de 1964**. Les **médecins généralistes** ont en effet le sentiment que les chambres syndicales avec lesquelles ils ont combattu jusque là ne prennent pas en compte les revendications spécifiques des généralistes. Considérés par **Wynen** et consorts comme des traîtres à l'unité du mouvement syndical, les affiliés du GBO vont aggraver leur cas en soutenant les maisons médicales lors de la **grève de 1979** et aussi dans leur combat pour la reconnaissance du **financement au forfait** par l'**INAMI** en 1981-1982. À partir de 1991, la Fédération encouragera l'affiliation des médecins des maisons médicales au GBO et cette alliance, qui ne sera plus remise en cause, aboutira notamment en 1998 à une victoire significative des médecins généralistes aux **élections médico-mutuellistes**. Cette alliance entre Fédération et GBO n'a pas cessé ensuite de se renforcer. C'est un bel exemple de la stratégie d'**entrisme** pratiqué par la Fédération, présente au conseil d'administration et au bureau du GBO.

Genre

Voir **féminisation**.

GERM 6, 8, 11
(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 **hospitalocentriste** 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 intégré** dont s'inspirent toujours les maisons médicales. Les permanents du GERM (Monique Van Dormael, Thierry Poucet ou Jean Van der Vennet) ont soutenu les **recherches-actions** de la Fédération entre sa création en 1980 et la dissolution du GERM en 1994. On peut dire que la Fédération reste aujourd'hui gardienne de l'héritage du GERM.

Gestionnaire coordinateur d'équipe

Depuis 2005 environ, un nombre croissant de maisons médicales engagent des gestionnaires coordinateurs. À l'origine de cette fonction, on trouve l'augmentation de la taille des équipes et la diversification des disciplines en leur sein, mais aussi l'augmentation des temps partiels.
Les gestionnaires coordinateurs assument des missions administratives, permettant aux soignants de se concentrer sur leur activité de soins. Ces missions sont entre autres la gestion des ressources humaines et financières, la gestion des bâtiments, la circulation de l'information au sein des équipes, la représentation de la maison médicale à l'extérieur, la coordination des tâches au sein de l'équipe. Le coordinateur n'est pas un PDG : il exécute des décisions prises en équipe. Il est aussi un trait d'union entre celle-ci et le conseil d'administration de la maison médicale.
La fonction requiert notamment une bonne connaissance de la législation (lois sur les asbl et les ASI, lois sociales) et une pratique des techniques d'animation.
Un groupe sectoriel spécifique pour les

gestionnaires coordinateurs d'équipes est créé en 2012 au sein de la Fédération : le GECO, composé de représentants des gestionnaires coordinateurs de chaque intergroupe. Il réalise des outils concrets pour soutenir les gestionnaires au quotidien (outil fonction de gestion, formations spécifiques, etc.).

Voir **autogestion**, **non-hiérarchie**.

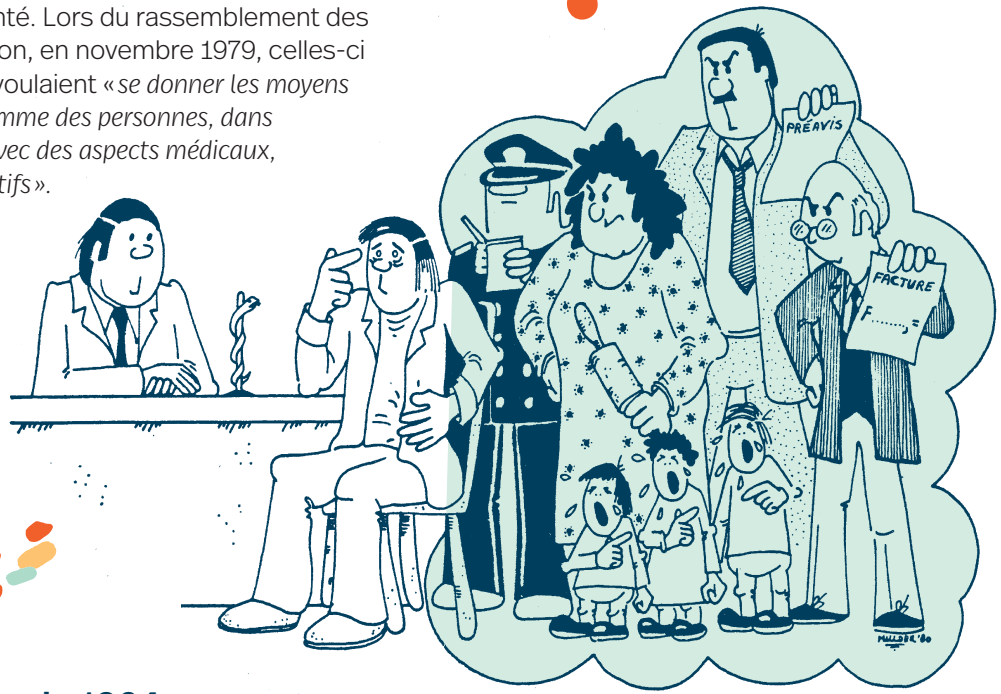
GICA (soins)

Cet acronyme inventé en 1971 par le GERM désigne des soins « globaux, intégrés, continus et accessibles », quatre concepts qui caractérisent des soins de santé primaire centrés sur le patient, non sur la maladie ou l'acte thérapeutique. Pour les maisons médicales, les concepts GICA servent à l'évaluation de la qualité des soins délivrés.

Voir **accès à la santé, continuité des soins, globalité des soins, soins intégrés.**

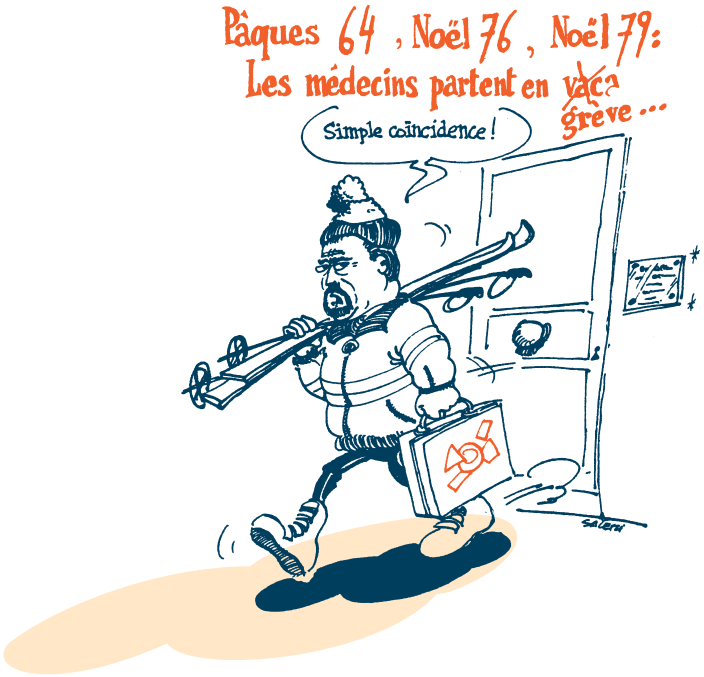
Globalité (des soins)

Une maladie n'est pas un phénomène strictement physiologique mais est aussi souvent l'expression d'un malaise social, familial, professionnel. C'est pour cela que les maisons médicales ont développé un modèle de travail **interdisciplinaire** permettant de prendre en compte les différentes facettes de l'individu et ses déterminants de santé. Lors du rassemblement des maisons médicales à Wépion, en novembre 1979, celles-ci soulignèrent déjà qu'elles voulaient « *se donner les moyens de considérer les patients comme des personnes, dans la globalisation de leur vie, avec des aspects médicaux, sociaux, relationnels et affectifs* ».



Grève des médecins de 1964

Le corps médical belge dans sa presque totalité a fait grève du 1er au 19 avril 1964 à l'appel des chambres syndicales (plus tard **ABSyM**). Il proteste ainsi contre la réforme de l'**assurance maladie-invalidité (AMI)** que le ministre Edmond Leburton a fait voter l'année précédente et qui prévoit entre autres une réglementation des honoraires des médecins, jusque là totalement libres, et la signature de conventions annuelles entre syndicats de médecins et mutuelles.
La grève des médecins aura des conséquences diverses comme la création du **GERM** et du **GBO** (Groupement belge des omnipraticiens).



Grève des médecins de 1979 1, 6, 10

En décembre 1979, l'**ABSyM** déclenche avec l'appui de l'Ordre des médecins une grève contre la réforme de l'**assurance maladie-invalidité (AMI)** désirée par le gouvernement Martens et qui prévoit l'inscription des patients auprès d'un médecin traitant, un plus strict **échelonnement des soins** et l'instauration d'un **dossier médical** qui suivrait le patient. Cependant, la grève est moins suivie qu'en 1964.
Des syndicats minoritaires comme le **GBO** constituent un comité national d'initiative pour la continuité des soins. Quelque 3000 médecins vont saboter la grève, soutenus notamment par les syndicats interprofessionnels, les mutuelles et les maisons médicales (une trentaine à l'époque). Quand la grève prend fin, le 17 janvier 1980, elle se solde par un échec relatif de l'ABSyM et une polarisation accrue de la profession médicale entre **généralistes** et spécialistes. La grève aura des conséquences inattendues comme l'***Appel des 300*** (remise en cause de l'Ordre). Elle cristallise le mouvement de fédération des maisons médicales et elle leur donne une oreille complaisante de la part des autorités publiques à l'égard de leur modèle et notamment du financement des soins au **forfait**.

Groupement belge des omnipraticiens

» Voir **GBO**.

Groupes sectoriels

» Voir **secteurs**.

Histoire 6

La Fédération s'est toujours montrée soucieuse de valoriser ses racines. Si elle se penche régulièrement sur son histoire, c'est pour assurer la pérennité des valeurs prônées par les fondateurs du mouvement et replacer cette histoire dans un contexte plus large. Elle propose régulièrement à ses membres de s'approprier ces valeurs, « *en sachant qu'appropriation veut aussi dire transformation* », de manière à les faire vivre dans un contexte politique, social et sociétal mouvant. C'est souvent à l'occasion d'anniversaire que cette démarche est relancée, la Fédération enregistre des témoignages, elle exhume des vidéos, donne à chacun l'occasion de se souvenir ou de découvrir. Et c'est dans cette volonté de tout mettre en perspective que sur son site Internet, la Fédération présente une ligne du temps toujours à actualiser.

Hôpitaux

» Voir **échelonnement, hospitalocentrisme, Psy 107.**

Hospitalocentrisme

Dans les années 1960, le développement anarchique des hôpitaux se fait sur base d'un culte inconditionnel à la technologie. Ce triomphe des deuxième et troisième lignes s'est construit sur les récentes victoires remportées par la médecine sur les maladies infectieuses et sur le développement de l'imagerie médicale. L'hospitalocentrisme a cependant des effets pervers, comme une déshumanisation des rapports entre patients et soignants et un émiettement des savoirs dû à une spécialisation à outrance.
L'hospitalocentrisme va notamment être remis en cause par le développement des maladies chroniques et de civilisation (du cancer à la dépression en passant par le diabète et l'hypertension). Le **médecin généraliste** a de nouveau un rôle à jouer dans ce champ d'action. La Fédération a joué un rôle important dans cette remise en question de l'hospitalocentrisme. La bataille n'est toutefois pas gagnée car l'hôpital a commencé, dans les années 2000, à investir des champs d'action qui pourtant pourraient être gérés par la première ligne : accouchement à domicile, suivi des maladies mentales extra-muros, etc.

Voir **Psy 107, échelonnement**.

I

FA (Interfédération ambulatoire)

Voir **Conseil bruxellois de coordination sociopolitique**.

IFIC

Voir **Institut de classification de fonctions**.

Immeubles

Le financement des locaux des maisons médicales est un problème récurrent. À plusieurs reprises, la Fédération a essayé d'aider ses **membres** à résoudre ce problème. En 1992, elle crée une coopérative immobilière « Immo-santé », dans le but de séparer juridiquement la gestion mobilière de l'activité médicale des centres de santé. Immo-santé réalisera deux projets à Saint-Gilles et à Charleroi puis s'enlisera dans les difficultés financières. La coopérative est dissoute en 2012. Ce demi-échec n'empêchera pas la Fédération d'imaginer d'autres formules de mutualisation des ressources financières avec la création de **Fedemmcoop** en 2010 puis du **Fonds de soutien aux maisons médicales** créé en 2016. À noter qu'en Flandre la construction des bâtiments des maisons médicales est soutenue par les pouvoirs publics !

Immigré

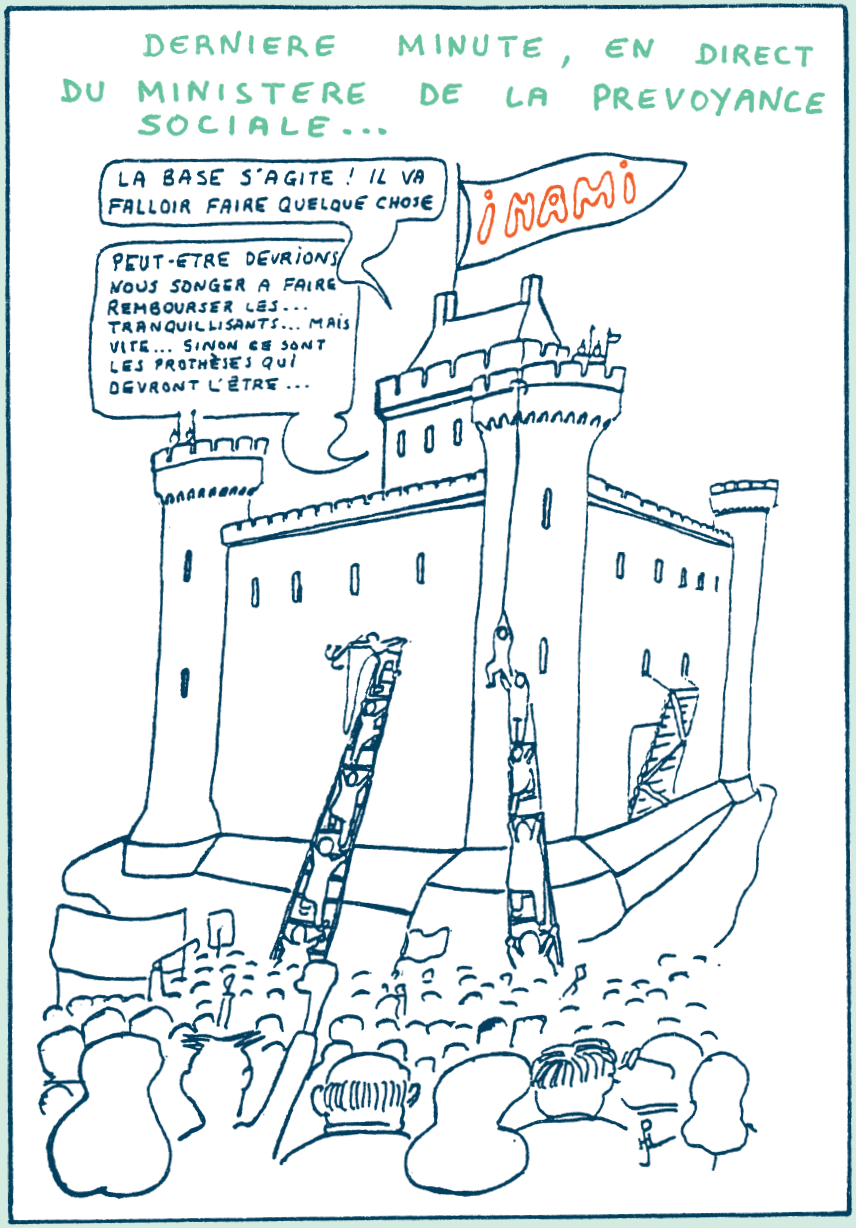
Voir **Cultures et Santé**.

Impulseo

Rudy Demotte, ministre fédéral de la Santé de 2003 à 2007, a lutté contre la désaffection pour la médecine générale en lançant les fonds Impulseo. À l'époque, il y a en Belgique plus de 22 000 **médecins généralistes** en âge de travailler mais moins de la moitié pratiquent effectivement la médecine générale. Celle-ci n'attire plus ! Il faut dire que le médecin de première ligne gagne un tiers de moins que son collègue spécialisé.
Le plan Impulseo I, qui démarre en 2006, tend à favoriser l'installation de généralistes dans les « déserts médicaux » – régions rurales et quartiers déshérités – par l'octroi d'une prime de 20 000 euros. Beaucoup de médecins qui commencent à travailler en maison médicale peuvent en bénéficier puisque celles-ci sont souvent installées dans des quartiers défavorisés. La Fédération est rapidement devenue structure d'appui reconnue par ce fonds.
Lancé peu de temps après, le fonds Impulseo II est destiné à favoriser le regroupement de généralistes en intervenant dans les frais de personnel induits par l'embauche d'un(e) assistant(e) de pratique. Pour Pierre Drielsma, cette décision va dans le bon sens : la médecine en solo n'est plus une formule tenable, le praticien généraliste doit pouvoir trouver du soutien auprès d'une équipe.
Impulseo II suscite l'ire de l'**ABSyM** qui dépose recours devant le Conseil d'État pour discrimination envers les médecins qui travaillent seuls. Il est décidé alors que tous les médecins généralistes pourront toucher des subsides couvrant en partie leurs frais administratifs. Ce sera l'objet d'Impulseo III, mis en route en 2012 et qui lui, suscitera la colère de la Fédération.
Les fonds Impulseo ont été régionalisés en janvier 2015 dans le cadre de la sixième réforme de l'État.

INAMI [3]
(Institut national d'assurance maladie-invalidité)

L'INAMI, institution publique qui gère l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, a été créé en 1964 dans le cadre d'une réforme majeure de l'assurance maladie-invalidité, pilotée par le ministre Edmond Leburton. Cette réforme introduit entre autres un système de négociations d'accords entre les mutualités et les prestataires de soins (accords médico-mutualistes). Cette réforme a été la cause de la **grève des médecins de 1964**.
Au sein du conseil général de l'INAMI, l'État agit en concertation avec les mutualités et les représentants des professionnels de la santé (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, hôpitaux, maisons de repos, etc.). Les **syndicats** et les employeurs ont voix consultative. L'INAMI élabore les règles pour le remboursement des prestations de santé et des médicaments et en détermine les tarifs. Il détermine aussi les conditions d'indemnisation en cas de maladie, accident, naissance, etc. Il contrôle enfin les mutualités et les professionnels de la santé.
L'assurance soins de santé couvre 99 % de la population en Belgique. Son budget dépasse à l'heure actuelle les 32 milliards d'euros. Si l'on y ajoute les indemnités versées aux malades et invalides, on arrive à plus de 43 milliards d'euros de budget pour l'INAMI.
La Fédération a des contacts avec le comité de gestion de l'INAMI dès 1980 dans le cadre de la reconnaissance du financement des soins au **forfait**. Cette démarche aboutit en juillet 1982 et une commission « forfait » est créée au sein de l'INAMI, chargée de passer des conventions avec les maisons médicales travaillant au forfait. La Fédération y reste encore aujourd'hui le principal interlocuteur. Un débat récurrent oppose les maisons médicales à l'INAMI : celui-ci ne finance que les prestations des médecins, kinésithérapeutes et infirmiers, niant ainsi le principe fondateur des maisons médicales de proposer une médecine globale. Par contre, l'INAMI reconnaît l'utilité sociale des maisons médicales pour les soins aux populations défavorisées.



Extrait du bulletin *Actualité Santé* publié par le GERM, septembre 1979. L'endettement de l'INAMI dépasse alors 35 milliards de francs et nombre de voix s'élèvent pour demander sa réforme.

Inégalités sociales en santé

2, 5, 14

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.

» Voir **crises**, **déterminants de la santé**, **patientèle**, **précarité**.

Infirmiers, infirmières

Les travailleurs en maisons médicales comptent quelque 12 % d'infirmiers. Très rapidement, ils se sont organisés : un groupe « infirmiers » est actif au sein de l'**intergroupe** de Charleroi depuis les années 1990. Au niveau de la Fédération, un groupe infirmier a existé dès 1985 ! Il a été réorganisé en 2005 et a pris en 2011 le nom de SIMM (Secteur infirmier maisons médicales). On lui doit notamment l'organisation d'un forum, la réalisation d'un cadastre des infirmiers travaillant en maisons médicales, le développement du volet infirmier du **Dossier santé informatisé** (programme **Pricare**). Une journée

«infirmières» a été organisée en 2009. Le SIMM œuvre à la reconnaissance des spécificités de la fonction d'infirmier, à l'amélioration de la formation et à une plus grande marge de manœuvre de l'infirmier en soins généraux.

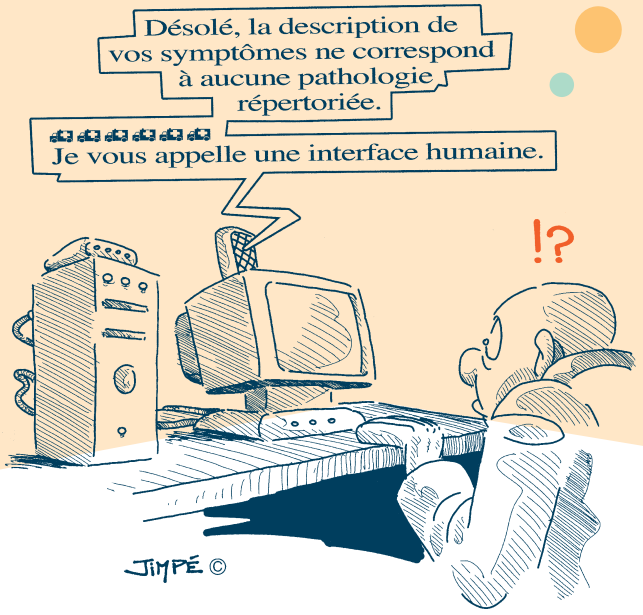
Instituant-institué 13

Dans les années 1990, les **associations de santé intégrées** et la Fédération comme organe représentatif des maisons médicales obtiennent un certain nombre de reconnaissances légales et leur corollaire financier : des subventions. Leur utilité sociale est reconnue, les idées qu'elles prônent se répandent vers d'autres professionnels de la santé, notamment via les centres universitaires de médecine générale. L'**alternative** originale qu'ils représentaient s'intègre désormais dans le système des soins de santé. Une évolution que le philosophe Luc Carton a résumée en 2001 en disant qu'avec leurs vingt ans d'expérience, les maisons médicales étaient passées du statut d'instituant à celui d'institué, qu'elles avaient conquis une niche et qu'il fallait veiller à ne pas se dissoudre dans le système.

» Voir **métissage identitaire**.

Informatique 11

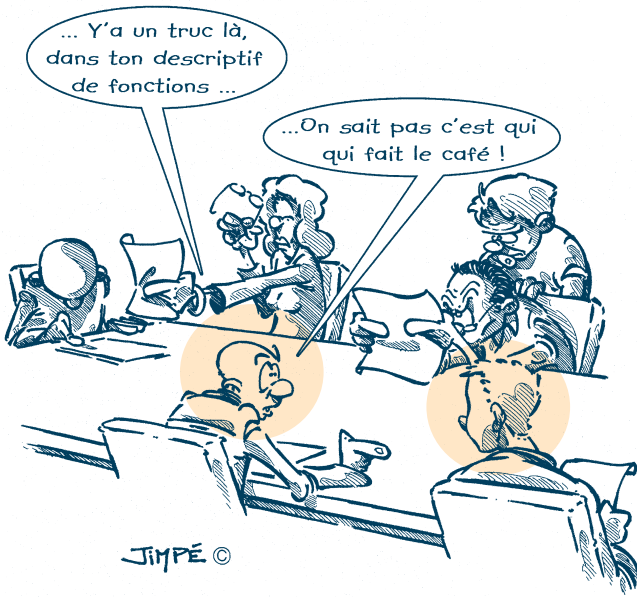
Dès 1983, un groupe de travail a été formé au sein de la Fédération pour développer un programme dédié à la gestion des centres de santé. Le passage des premières équipes au système de financement au forfait les a poussées à s'informatiser à partir de 1984 pour l'enregistrement de données à communiquer à l'INAMI. Un logiciel spécifique aux maisons médicales est créé entre 1988 et 1996 par la Fédération, qui prend le nom de **Pricare** en 1999. L'introduction du numérique dans les pratiques soignantes a suscité beaucoup d'enthousiasme au sein des maisons médicales. Elle a contribué à améliorer la qualité des soins. Mais elle a suscité aussi des craintes. Car l'informatique est envahissante : ordinateur sur le bureau du médecin, **Dossier santé informatisé**, applications sur smartphone, partage sur la plateforme **e-Santé**, programmes d'aide au diagnostic… Très tôt (1990 !), des voix se sont élevées au sein de la Fédération pour dénoncer les menaces que l'informatique fait peser sur la **relation soignant/patient** : déshumanisation des pratiques, fragilisation du secret médical, marchandisation de la médecine, peut-être même disparition de certaines fonctions. Il est nécessaire de bien connaitre l'outil (devenu indispensable) pour pouvoir l'utiliser à bon escient.



Institut de classification de fonctions (IFIC)

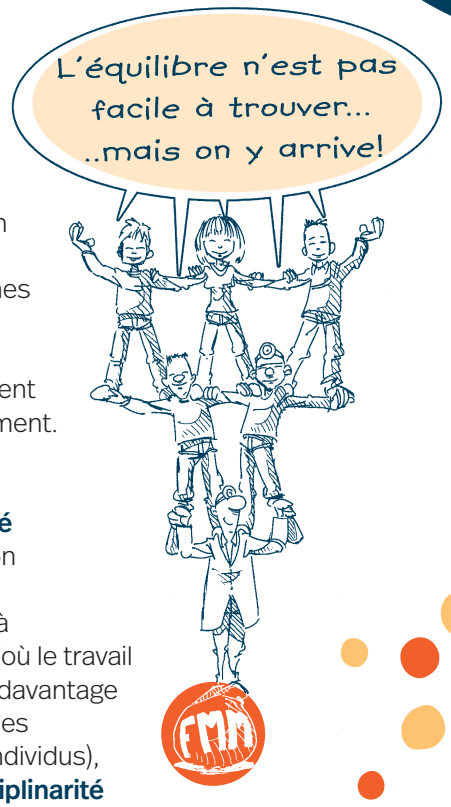
Cette asbl a été fondée en 2002 par les syndicats et employeurs du secteur santé pour redéfinir les fonctions des travailleurs relevant de la commission paritaire 330 et calculer de nouveaux barèmes. La Fédération collabore depuis le départ aux travaux de cette association et a intégré un groupe d'avis sur les descriptions de fonction. En 2017, ces descriptifs de fonctions et le nouveau modèle salarial mis au point par l'IFIC ont été reconnus par les accords du non marchand fédéral. Ils sont implémentés dès janvier 2018 en maison médicale.

» Voir **égalité salariale.**



Interdisciplinarité 4

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).



Le thème de l'interdisciplinarité sera encore approfondi en 2002 et 2003 aux colloques de Borzée et de La Marlagne. Les différentes initiatives de la Fédération pour renforcer la collaboration interdisciplinaire sont rassemblées en 2015 au sein d'un projet global (voir **PRIMM**). D'autre part, les différents secteurs se sont organisés dans les années 2000 au niveau des intergroupes ou au niveau de la Fédération pour mieux définir leurs fonctions au sein des maisons médicales mais aussi pour débattre de problèmes propres (formation, définition de fonction, syndicalisation).

Interfédération ambulatoire (IFA)

Voir **Conseil bruxellois de coordination sociopolitique.**

Intergroupes

Dès les années 1970, les maisons médicales de la région de Charleroi et du Pays de Liège ont des contacts entre elles au niveau régional. Ces particularismes restent vivaces après la formation de la Fédération et, en 1984, ils se concrétisent par la formation de trois intergroupes fédérant les maisons médicales de Liège, Bruxelles et Charleroi. Leur activité touche une large palette de matières : coordination d'activités en prévention, en **santé communautaire** et en **éducation permanente**, concertation entre travailleurs des différents **secteurs professionnels**, concertation avec d'autres organisations sociale et de santé, développement de formations, etc.
Dès 1992, l'intergroupe liégeois est constitué en asbl. Par la suite sont nés successivement les intergroupes rassemblant les maisons médicales hennuyères non carolorégiennes (1998), celles du Brabant wallon (2014), celles du Namurois (2016) et celles des bassins de la Semois, de l'Ourthe, de la Lesse et de la Lomme (2016). À partir de 1998, certains intergroupes disposent de permanents. La Fédération met à leur disposition des moyens financiers pour soutenir leurs activités à partir de 2002. En 2009, elle nomme des permanents qui ont pour mission spécifique la coordination des intergroupes. Ces coordinateurs organisent des réunions de groupes sectoriels, des rencontres thématiques, des moments d'échanges de pratiques avec le réseau local.

International Classification of Primary Care (ICPC)

Voir ***Classification internationale des soins de santé primaires* (CISP).**

IRISCARE

Cet organisme d'intérêt public en charge de la santé, de l'aide aux personnes et de la famille a été mis en place par la Région bruxelloise en 2017 pour la gestion des compétences transférées du fédéral vers la Cocom dans le cadre de la sixième réforme de l'État (**accords de la Sainte-Émilie** de 2013). Les organes de gestion sont composés paritairement de représentants du gouvernement bruxellois et de mandataires des organisations syndicales et patronales, des mutualités, des prestataires soins, des organisations familiales et des caisses d'allocations familiales.

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

Ce centre d'expertise indépendant a été crée en 2003 par le fédéral à l'initiative du ministre de la Santé Frank Vandenbroucke. Les études réalisées notamment en 2008 par le KCE ont mis en évidence certains avantages liés au système de financement au forfait et établi que les maisons médicales consomment moins en matière de **médicaments**, permettent d'éviter un grand nombre de recours aux spécialistes, aux services d'urgence, aux hôpitaux. En outre, elles sont performantes en matière de **prévention**.

Kinésithérapeutes

Les travailleurs en maisons médicales comptent quelque 10 % de kinésithérapeutes. Dès 1997, un premier groupe sectoriel est formé au sein de la Fédération pour réfléchir à la reconnaissance

du travail spécifique des kinésithérapeutes en maison médicale. Il est relancé au début des années 2010. Il existe aussi des groupes sectoriels régionaux. Comme les autres groupes sectoriels, les kinésithérapeutes réfléchissent notamment à leur formation continuée, à l'informatisation de leurs prestations, à la reconnaissance professionnelle et aux qualifications de leurs fonctions, à l'accueil des stagiaires, à l'amélioration des pratiques (démarche qualité menée notamment avec l'association Pro-Q-Kiné) et à l'affiliation à des groupements professionnels.

Label

Soulevée dès 2011, la question d'un label **«maison médicale»** devient une **recherche-action** entre 2013 et 2016. C'est que la pratique des **soins de santé primaires** en Belgique évolue : la **médecine de groupe** s'y développe mais ses pratiques se diversifient dans des voies qui ne sont pas nécessairement celles que défend la Fédération. Ainsi, les pratiques de groupe sont souvent unidisciplinaires et un nombre croissant de soignants adoptent la formule du **forfait** mais sans lui donner un contenu social particulier : ils sont poussés plutôt par des préoccupations financières. L'idéal serait que le législateur conditionne l'accès au système du forfait et prévoie un système d'évaluation des pratiques.

À défaut, la Fédération veut montrer la voie, renforcer l'identité des maisons médicales et se donner ses propres critères de qualité. Dans un premier temps, elle identifie les éléments qui constituent la spécificité d'une maison médicale. Elle élabore ensuite des indicateurs qui permettront l'autoévaluation de leurs pratiques par les équipes. Cet outil d'autoévaluation est testé par une dizaine de maisons médicales en 2015.
Ce projet, mené en collaboration avec la Fédération flamande des centres de santé, la **Vereniging van Wijkgezondheidscentra** (VWGC), a au départ deux objectifs : proposer un label « maison médicale » et soutenir le développement de la qualité. Dans la pratique, il s'avère difficile pour une maison médicale de rester impartiale dans son autoévaluation si l'enjeu est sa labélisation. Les deux objectifs ont donc été découplés. Le versant labélisation a été repris dans le chantier des critères de membres tandis que le volet autoévaluation a été poursuivi par le projet **DEQuaP**.

» Voir **membres**, **métissage identitaire**, **valeurs**.

Législation sur les centres de santé

» Voir **association de santé intégrée, centre de santé intégré, maison médicale, législation (en matière de prévention et promotion pour la santé).**

Législation (en matière de prévention et promotion pour la santé) 13, 16

La deuxième réforme de l'État a attribué de larges compétences à la Communauté française pour ce qui regarde les matières personnalisables et notamment en matière de santé. En 1988, la Communauté prend un premier arrêté qui organise la prévention et l'éducation à la santé sur son territoire. Elle crée pour cela un centre de coordination communautaire, une cellule permanente d'éducation pour la santé, vingt services aux éducateurs et dix commissions locales de coordination territorialisées.
Ce premier texte est remplacé en 1997 par un décret « Promotion de la santé » (une évolution sémantique qui est une référence explicite à la Charte d'**Ottawa** de l'**OMS** et aux actions à prendre en **santé communautaire**).
Un programme quinquennal décliné en plans opérationnels dresse le cadre et les objectifs prioritaires des interventions financées dans le cadre de cette politique. Un **Conseil supérieur de promotion de la santé** est créé, espace de concertation et d'avis sur les programmes d'action et de recherche. Quatre services communautaires se partagent des compétences d'appui et dix **centres locaux de promotion de la santé (CLPS)** sont chargés de mettre le dispositif en œuvre sur le territoire.
À la suite de la sixième réforme de l'État (2012), les compétences « santé » des Régions wallonne et bruxelloise sont étendues. Les accords de la **Sainte-Émilie** leur transfèrent (partiellement) les compétences de la Communauté française (alias Fédération Wallonie-Bruxelles) en matière de

prévention et promotion de la santé (à l'exclusion de la promotion de la santé à l'école, de l'ONE alias Office de la naissance et de l'enfance, des hôpitaux universitaires et de l'académie de médecine).
À Bruxelles, un décret organisant la promotion de la santé est adopté par le Parlement francophone bruxellois en février 2016. Le décret prévoit un comité de pilotage, une structure d'accompagnement, des services de support et des programmes et projets d'action. Un plan de promotion de la sante doit fixer le cadre et les priorités et une nouvelle section du **conseil consultatif** est formée pour donner avis sur les textes législatifs et arrêtés de subvention.

LUSS (Ligue des usagers des services de santé) 9

La fin des années 1990 est marquée par une effervescence législative au sujet des **droits du patient**. C'est dans ce climat que naît la Ligue des usagers des services de santé (LUSS) en 1997. Sa porte-parole, Micky Fierens, a fait partie de l'association de patients « Forum Santé » créé à la maison médicale de Barvaux en 1984. En avril 1998, la LUSS regroupe déjà une trentaine d'associations et groupes d'entraide de patients. Les attentes de cette association concernent aussi bien l'amélioration de la relation du patient avec le médecin, qui ne peut être à sens unique, que la reconnaissance légale du droit des patients et la valorisation de la participation active des usagers aux politiques de santé. La Ligue sera constituée en asbl en 1999 et son rôle sera rapidement reconnu comme celui du porte-parole le plus autorisé des usagers des services de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Mai 68 6

Le bagage génétique des premières maisons médicales a été fort marqué par les évènements de Mai 68. Beaucoup de leurs fondateurs font leurs études de médecine à l'époque et participent à la contestation du système en général et du secteur de la médecine en particulier, avec la remise en cause des hiérarchies et des mandarins du secteur hospitalier. Ce rejet de l'**hospitalocentrisme** s'exprime dans des opinions politiques marquées à gauche mais variées (marxisme-léninisme, trotskysme, anarchisme, etc.). Mai 68, c'est aussi un idéal de type communautaire (qui va s'exprimer par la **médecine de groupe**). C'est aussi l'idée que tout est politique, que c'est la société qui rend les gens malades et que l'améliorer passe par des réformes à tous niveaux : mode de vie, habitat, conditions de travail. Les maisons médicales ne sont pas le seul mouvement qui apparaît dans les années 1970 en réaction au modèle de la société de consommation : il y a aussi les centres de planning familial, les boutiques de droit, les écoles de devoirs, les centres de santé mentale.

Le général de Gaulle caricaturé en « mandarin » de la médecine en Mai 68.

Maisons médicales (reconnaissance des) 1, 7, 13, 16

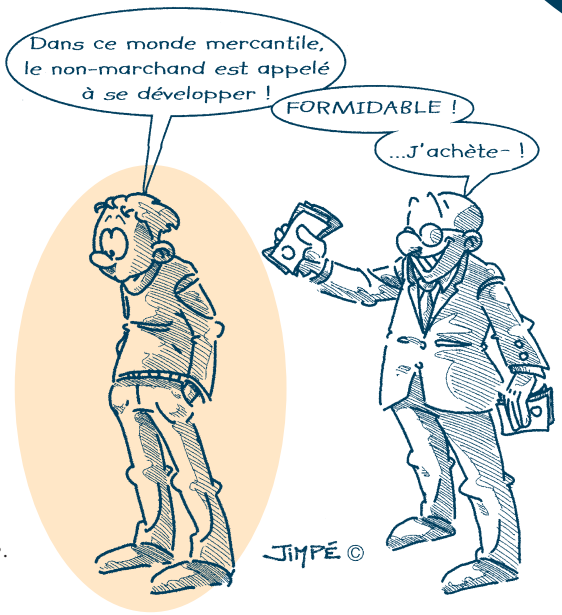
Nés spontanément et en dehors de toute législation spécifique, les centres de santé créés en Belgique dans les années 1970 portaient des appellations diverses : « maison médicale » mais aussi « collectif de santé », « centre de santé », « groupe santé », « groupe médical », « centre médical », « free clinic », etc. Au niveau fédéral, les maisons médicales n'ont jamais été reconnues comme un acteur spécifique de santé. La régionalisation complique désormais cette reconnaissance : depuis la sixième réforme de l'État, l'organisation des soins de première ligne dépend des Régions.

Au niveau régional, l'expression « maison médicale » n'est apparue que récemment dans la législation : entre 1983 et 1986, on parle de **centre de santé intégré** (CSI) et ensuite, d'**association de santé intégrée** ou ASI.
En 2009, toutefois, le décret de la Région bruxelloise sur *L'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé* évoque explicitement les maisons médicales. Ce décret regroupe en un seul texte des législations relatives à l'ensemble des acteurs de l'action sociale, de la santé et de la famille : centres de santé mentale, d'aide aux toxicomanes ou de planning familial, services de médiation des dettes ou aide aux justiciables, réseaux de soins et de services à domicile, services de soins palliatifs et continués, etc. Cette coordination de législations disparates doit susciter plus de cohérence et de synergies entre les différents services.
Le décret de 2009 ne modifie pas fondamentalement les conditions d'agrément et la subvention des maisons médicales. Cependant, il est demandé que chacune d'entre elles désigne en son sein une personne chargée de la coordination du service, de la gestion journalière de l'équipe et de son information, d'une fonction de représentation extérieure et du respect des conditions, normes et dispositions du décret. Chaque service agréé devra développer une démarche d'évaluation qualitative en vue d'améliorer le service proposé à la population. Cette démarche est un processus d'auto-évaluation permanent : les services devront choisir un ou plusieurs thèmes de travail dans une liste propre à chaque secteur. Un projet pour trois ans sera remis et devra contenir : le choix motivé du ou des thèmes ; une analyse de l'environnement du service en relation avec le thème ; les modalités de mise en œuvre de ces objectifs ; et les modalités d'évaluation.
Contrairement à la législation de la Région bruxelloise, celle de la Région wallonne ne protège pas l'appellation « maison médicale ».
Dans les années 2010, un nombre croissant de centres de santé fonctionnant au forfait voient le jour et prennent le nom de maisons médicales sans s'affilier à la Fédération : le système du forfait présente pour elles un attrait. Il n'y a cependant aucune garantie quant au type ni à la qualité de services offerts à la population. La Fédération a demandé que l'accès au forfait soit réservé aux équipes qui répondent à certains critères, notamment la pluridisciplinarité.

» Voir **label**, **membres (de la Fédération)**, **métissage identitaire**.

Marchandisation de la santé

La lutte contre la marchandisation de la santé sous-tend tout le mouvement des maisons médicales.
Mais cet objectif a été plus fortement exprimé que jamais dans la note d'orientation de 2017 où l'on parle de « *traquer la marchandisation de la santé dans nos pratiques comme dans l'ensemble du système, et nous mobiliser pour qu'elle n'avance pas* ».



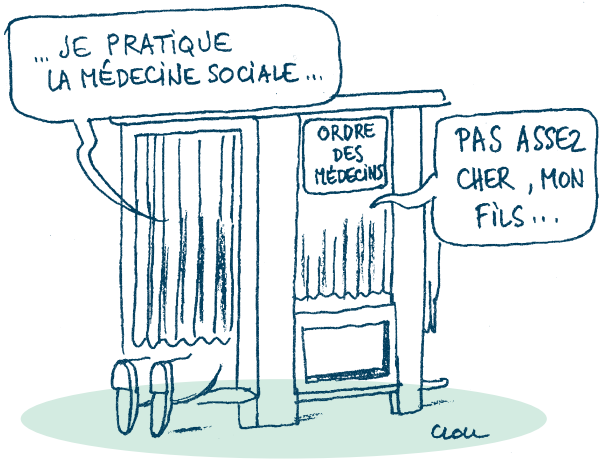
» Voir **crise**, **engagement politique et social, équité, inégalités sociales en santé**, **néolibéralisme**, **non marchand**, **Plateforme d'action santé et solidarité**.

Médecin généraliste

Les médecins représentent quelque 27 % des travailleurs en maison médicale. Un groupe sectoriel « médecins » a été constitué au sein de la Fédération en 2016.

» Voir **cartel**, ***Classification internationale des soins de santé primaires***, **échelonnement des soins**, **GBO**, **formation**, **Impulseo**, **prévention**, **Promo santé & médecine générale**, **Société scientifique de médecine générale (SSMG)**, **WONCA**.

Médecine pour le peuple



C'est une des trois fédérations de maisons médicales existant aujourd'hui à Bruxelles et en Wallonie.
Ses racines remontent à 1971. Cette année-là, les docteurs Kris Merckx et Michel Leyers installent un cabinet dans la commune ouvrière de Hoboken, près d'Anvers. Ils délivrent des soins (sans exiger de ticket modérateur) et s'intègrent à la communauté ouvrière dont ils partagent les luttes politiques et sociales. Chris Merckx est d'ailleurs un des fondateurs en 1970 du parti maoïste AMADA (Alle macht aan de Arbeiders), devenu PTB (Parti des travailleurs de Belgique) en 1979. Malgré les foudres de l'**Ordre des médecins** qui intente plusieurs procès aux médecins de la maison médicale de Hoboken, celle-ci persiste dans sa pratique d'une médecine entièrement gratuite. Plusieurs autres maisons médicales sont ouvertes sur le même modèle par AMADA à Zelzate, Genk, Lommel, Deurne et Herstal, regroupées sous la bannière de Médecine pour le Peuple. En 2002, les onze maisons affiliées au mouvement adoptent le financement au **forfait**. Certaines maisons médicales de Médecine pour le peuple situées en Wallonie et à Bruxelles sont également membres adhérents de la Fédération des maisons médicales. Leurs liens avec le PTB restent vivaces. Le lien étroit entre Médecine pour le peuple et le PTB a parfois été instrumentalisé pour ranger l'ensemble du mouvement des maisons médicales à l'extrême gauche du paysage politique.

Membres 12
(de la Fédération des maisons médicales)

Ce sont les **maisons médicales** elles-mêmes qui sont membres de la Fédération, non leurs **travailleurs**. Le nombre de maisons médicales affiliées passe d'une trentaine en 1980 à 44 en 1990, 45 en 1997, 57 en 2000, 90 en 2012, 128 aujourd'hui. Les critères d'agrément ont fait l'objet de plusieurs chantiers de révision successifs dont le dernier en 2018-1019. Ils sont de deux types : adhésion à des **valeurs** ; et principes organisationnels (constitution en asbl, assemblée générale majoritairement composée des travailleurs mais ouverte à au moins une personne extérieure à l'équipe).

» Voir **label**, **maisons médicales (reconnaissance des)**, **patientèle**.

Médecine de groupe

Les pratiques de groupe sont apparues en 1960 quand des équipes de plusieurs médecins se sont formées pour collaborer. Ces équipes sont déjà critiques par rapport au système **hospitalocentriste** et à la médecine libérale mais les premières maisons médicales s'en différencieront par leur pratique **pluridisciplinaire**, leurs préoccupations sociales et leur volonté de changer le système de financement.

Médicaments

Pour soulager le budget de leurs patients, les maisons médicales prescrivent autant que possible des génériques. En 2006, une étude des mutualités socialistes a montré que la part de ceux-ci dans le total des prescriptions en maisons médicales atteignait 30 % contre 20 % en moyenne en Belgique.

» Voir **surmédicalisation**.

Métissage identitaire 12

Après que, dans les années 1980-1990, la Fédération a été secouée par des **conflits** internes de tendance, un autre souci se fait jour au tournant des XXe et XXIe siècles : la crainte d'un métissage identitaire, qui serait la rançon de sa réussite et une condition pour que le modèle se répande. Pour éviter une dilution de ses **valeurs** dans le paysage sanitaire belge, la Fédération réagit en relançant le processus de rédaction de sa **charte** (2003-2006). Lors des **congrès** de 2006 et 2011, elle élabore des pistes d'action pour rester un modèle original, une **alternative** à un modèle dominant. De même, les *Notes d'orientation* de 2009, 2012 et 2017 qui balisent le développement de la Fédération respectivement pour les périodes 2010-2012, 2013-2017 et 2018-2023 défendent l'idée que la Fédération doit continuer à porter un projet politique et donc une capacité d'indignation vis-à-vis de l'évolution économique et sociale.

Voir **instituant-institué**.

Militantisme

Voir **citoyenneté, éducation permanente, engagement politique et social, entrisme**, **Mai 68**.

Moratoire (de 2016)

En octobre 2016, la ministre fédérale Maggie De Block, sans prendre en compte aucune étude antérieure, commande un audit des maisons médicales fonctionnant au **forfait** auprès du consultant privé KPMG. Cette médecine sociale de proximité inquiète manifestement la ministre. La croissance du secteur, son attractivité pour les patients et pour les professionnels de la santé, sont perçues comme des menaces pour la médecine libérale. En attendant les résultats de l'enquête, la ministre impose un moratoire à la création de nouvelles maisons médicales au forfait. Si la fédération **Médecine pour le peuple** veut d'abord boycotter l'audit, la Fédération décide de jouer le jeu et d'y collaborer mais en défendant sans compromis sa vision du modèle. Elle lance une campagne d'information et

de protestation auprès de ses patients, des médias et de la population. Elle y dénonce l'impact que le moratoire aura sur les populations les plus vulnérables. Des études menées parallèlement à l'audit de KPMG (dont les résultats seront publiés en janvier 2018) montreront que si le coût des soins de première ligne est plus élevé pour un patient inscrit dans une maison médicale au forfait, ce surcoût est compensé, et au-delà, par les économies réalisées en **médicaments**, hospitalisations, prises en charge institutionalisées. Du reste, les maisons médicales s'installent souvent dans des **zones** où il y a pénurie de **médecins généralistes**. L'attitude de la ministre De Block est pointée du doigt par de nombreux acteurs du secteur social et par les partis de l'opposition, choqués par le manque d'**équité** des mesures d'économie linéaires prises. Le moratoire est levé en janvier 2018.

Mosaïque

En 1981, le conseil d'administration de la Fédération cherche à dégager les spécificités des maisons médicales et à identifier son propre rôle au sein du mouvement. Une enquête est réalisée auprès des équipes, intitulée *Cliché de mosaïque*. Les pratiques des maisons médicales sont-elles homogènes ou diverses ? Quelles sont leurs attentes par rapport à leur Fédération ? Quels sont leurs modes d'échange d'informations entre membres de l'équipe ? Nouent-elles des contacts avec des « groupes extérieurs » dans le cadre de leurs activités de terrain ? Sur les vingt-huit équipes questionnées, quinze répondent à l'enquête. Il en ressort que la majorité des groupes sont préoccupés avant tout de leur propre sort (problèmes de viabilité, de fonctionnement interne) ; que la Fédération est à ce titre un investissement annexe dont ils espèrent ou dont ils doutent. Au total, « *la Fédération est bien une mosaïque* » et, de surcroît, il y a « *un clivage entre le noyau* [la Fédération] *et la périphérie* ». Pour améliorer la cohésion du mouvement, la Fédération lance un premier périodique (le *Courrier*) et prend contact en 1982-1983 avec chaque groupe, de façon à appréhender les problèmes rencontrés et à mieux faire connaitre la Fédération.

Voir **conflits**.

Multidisciplinarité

Voir **interdisciplinarité**.

Mutualités/Mutuelles

Lors de la **grève des médecins de 1979**, les maisons médicales se sont positionnées aux côtés des mutuelles pour lutter contre les prétentions exorbitantes de l'**ABSyM**. C'est aussi avec le concours des mutuelles que la Fédération va trouver une oreille attentive du gouvernement pour la mise en place du **financement des soins au forfait**. Mais dans les années 1990, la Fédération considère avec une certaine suspicion le pouvoir financier des mutuelles et l'opacité de leur gestion. Les Mutualités chrétiennes sont à la fois des coopératives de patients consommateurs en soins de santé et des sociétés privées qui gèrent d'importantes structures hospitalières : leurs prises de position vis-à-vis de la privatisation larvée du secteur de santé sont parfois équivoques, surtout quand elles développent un système d'assurance complémentaire qui finalement affaiblit le principe de solidarité. Les Mutualités socialistes sont plutôt sur la défensive. Le politique mène d'ailleurs une stratégie d'affaiblissement des mutuelles similaire à celle pratiquée à l'encontre des syndicats.

Néolibéralisme

Le néolibéralisme est perceptible dès les années 1980 avec l'avènement du gouvernement Martens-Gol (1981-1988) et son cortège de mesures d'économie prises avec le recours aux pouvoirs spéciaux. Même lors du retour du parti socialiste au pouvoir, les principes de privatisation et de dérégulation de l'économie continuent à prévaloir (notamment dans la perspective de la constitution de l'Union européenne). Le système de santé belge a subi directement le contre-coup de ce courant toujours d'actualité : suppression du système du tiers-payant, hausse du ticket modérateur,

réduction des budgets **INAMI** et financement du secteur par enveloppes fermées… Plus globalement, on constate la détérioration du tissu social : caractère endémique d'un chômage élevé, paupérisation de couches toujours plus larges de la population, **précarité** d'un grand nombre, désarticulation des modes de solidarité, etc. Cette évolution a des effets pervers sur la santé comme l'augmentation du stress, un nombre accru de dépressions, une surconsommation de **médicaments** et l'éclosion d'addictions comme la malbouffe, l'alcoolisme, la toxicomanie.

Non-hiérarchie

1, 10

La pratique de médecine de groupe théorisée par le **GERM** dès 1971 repose sur un travail collectif et la mise en commun des connaissances, des moyens techniques et du personnel ainsi que sur une solidarité de tous les travailleurs de l'équipe sur les plans professionnel et moral. « *Entre ceux qui ont des qualifications diverses, il ne peut y avoir de hiérarchie mais bien une coordination* ». En outre, le coordinateur ne doit pas nécessairement être le plus qualifié. Les membres de l'équipe prennent part à toutes les décisions concernant le fonctionnement du centre de santé, qu'il s'agisse de fixer les objectifs, de mener une action ou de l'évaluer. La non-hiérarchie suppose une rémunération similaire entre tous les travailleurs, un objectif qui est évidemment incompatible avec le financement à l'**acte**.
Fort marquées par les idées égalitaires prônées par **Mai 68**, les premières maisons médicales ont cherché comment mettre en œuvre ce principe de non-hiérarchie. Dans la pratique,

cela s'est avéré laborieux, certains membres des équipes prenant naturellement l'ascendant sur les autres : les plus anciens sur les nouveaux, les médecins sur les autres soignants… Les réunions périodiques entre travailleurs, les **« parlotes »**, se multiplient et permettent d'aplanir les plus grosses difficultés. La Fédération a encouragé ses **membres** dans la voie de la non-hiérarchie et de l'**autogestion**.
Elle l'a encore rappelé dans ses *Notes d'orientation*, avec une précision importante : « *la hiérarchie entre professionnels imposée comme un fait immuable, au nom de leurs diplômes, est refusée, sans empêcher une délégation de certaines tâches et responsabilités, choisie en équipe* ».
Une étude menée en 2010 au sein de la Fédération a dégagé quatre modèles organisationnels des maisons médicales. Il y a les « abeilles », où le travail de gestion est identifié et confié à une ou quelques personnes ; les « goélands », où le travail de gestion n'est pas identifié ni structuré ; les « castors », chez qui le travail de gestion est identifié et géré par la collectivité ; et enfin les « grenouilles », des équipes dont les membres travaillent en grande autonomie. Dans la foulée, la Fédération valorise le rôle de **gestionnaire coordinateur** des maisons médicales.

Non marchand

10, 19

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.

Observatoires de la santé

Une fonction d'observatoire de la santé est dévolue à chaque maison médicale. Dès l'origine, le **GERM** a considéré que les **centres de santé intégrés** (et la médecine de première ligne en général) devaient jouer un rôle crucial dans la synthèse des informations sur la santé, au niveau communautaire. Les maisons médicales ont ambitionné dès l'origine d'être des centres d'informations épidémiologiques. Cette fonction a été d'ailleurs sanctionnée par la loi, notamment le décret de la Communauté française de 1993 sur les **associations de santé intégrées**. Pour remplir cet objectif, les maisons médicales mettent en œuvre des outils comme le **tableau de bord**.
Les maisons médicales collaborent aussi avec les observatoires de la santé mis en place par les provinces et Régions qui récoltent des données de santé, identifient les problèmes de santé publique prioritaires, jouent le rôle de relais auprès des pouvoirs publics et mènent des actions de promotion de la santé en partenariat notamment avec les **centres locaux de promotion de la santé**. C'est par exemple le cas à Bruxelles, où l'Observatoire de la santé a été mis en place en 1992 à l'initiative du ministre Jean-Louis Thys. À cette occasion, les maisons médicales bruxelloises ont été pressenties pour apporter leur expertise et participer au projet. Elles utilisaient déjà communément la ***Classification internationale des soins de santé primaires* (CISP)**, reconnue comme le modèle d'analyse de l'activité de médecine générale au niveau de la Région. En juillet 2001, les missions de l'Observatoire ont été étendues au social (les facteurs socio-économiques ont une grande influence sur la santé). Son nom devient d'ailleurs « Observatoire de la santé et du social ». Il réalise chaque année un rapport sur l'état de la pauvreté de la Région de Bruxelles-Capitale.
Sur le plan européen, signalons que le **SEPSAC** a initié en 2004 un observatoire transnational des pratiques de **santé communautaire**.

OMS (Organisation mondiale de la santé)

L'OMS est l'agence de l'ONU spécialisée en santé publique. Créée en 1948, elle est basée à Genève. Il existe un bureau régional de l'OMS pour l'Europe. La Fédération des maisons médicales a eu des contacts avec l'OMS dès mars 1982 à propos de sa participation à un programme européen d'évaluation en soins primaires.
Des rencontres périodiques ont lieu avec des dirigeants de l'OMS : en 1987, son directeur pour l'Europe, le docteur Ulbricht, visite les maisons médicales de Forest, Linkebeek et Gilly et constate que la Belgique est un cas unique de pays où le développement du concept de soins de santé primaires est spontané, non soutenu par les pouvoirs publics. L'OMS exerce une influence considérable sur la politique de santé des États, avec des textes fondateurs comme la Déclaration d'**Alma-Ata** (1978) et la Charte d'**Ottawa** (1986).

Ordre des médecins 6

Il a été créé juste avant la Seconde Guerre mondiale mais du fait de la guerre n'est mis en place qu'en 1947. À leur création, les maisons médicales et leur Fédération ont eu des relations houleuses avec l'Ordre, dont les prises de position sur la liberté thérapeutique, l'indépendance professionnelle et la protection du secret médical servaient souvent de paravent à une politique corporatiste, proche de celle du syndicat **ABSyM**.
De son côté, l'Ordre des médecins a lancé à plusieurs reprises des mises en garde proches de l'excommunication contre les pratiques de maisons médicales comme le partage des

Extrait du bulletin *Actualité Santé* publié par le GERM, 1983.
L'Ordre y est dénoncé pour son caractère antidémocratique.

honoraires, le partage du **dossier médical**, le partage de responsabilités entre membres des équipes pluridisciplinaires. Certains médecins travaillant en maisons médicales ont été jusqu'à boycotter l'Ordre en adhérant à l'***Appel des 300***. Les relations actuelles de la Fédération avec l'Ordre se sont tout à fait apaisées.

» Voir **Balint (groupe)**, **Médecine pour le peuple**, **toxicomanie**.

Ottawa (Charte d')

La Charte d'Ottawa de l'**OMS** (Organisation mondiale de la santé) a été adoptée en 1986 avec comme sous-titre *Vers une nouvelle santé publique*. La promotion de la santé est selon elle le processus qui donne aux communautés les moyens d'avoir plus de pouvoir, de contrôle sur leur santé. Celle-ci est considérée comme «*la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être*». Si la promotion de la santé repose sur la capacité à changer la situation sociale, environnementale et économique, il faut que les individus puissent mieux maîtriser ces **déterminants** et améliorer ainsi leur santé. «*La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé*».
La Fédération base son action en matière de **santé communautaire** sur ce texte fondateur. Il a aussi inspiré la création du **SEPSAC** (Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire) en 1987.

Couverture du bulletin *Actualité Santé* publié par le GERM, 1986. La Charte d'Ottawa fixait comme objectif la santé pour tous en 2000.

Pandémie

En mars 2020, la Belgique a pris des mesures de confinement drastiques pour lutter contre la propagation du coronavirus. De nombreuses institutions du secteur social-santé ont été obligées de travailler en effectif réduit, voire de fermer leurs portes. Les personnes déjà fragiles, mal logées, isolées et **précarisées** se sont retrouvées dans un état de plus grande vulnérabilité. Les mesures restrictives ont exacerbé des problématiques déjà existantes et privé certaines catégories de personnes des rares espaces de ressourcement à l'extérieur de chez elles. C'est le cas des personnes qui fréquentaient les centres thérapeutiques de jour, des personnes précaires qui se rendaient dans les restaurants sociaux, mais aussi des enfants et des femmes victimes de violences domestiques, enfermés avec leurs bourreaux. Certaines personnes se sont retrouvées privées de revenus pour une durée indéterminée. Tout ceci a et aura un impact sur la santé globale de la population tout entière.
Comme tout le secteur **ambulatoire** et les autres services social-santé, les maisons médicales ont été prises au dépourvu devant l'annonce d'un premier confinement, qui a nécessité une importante réorganisation des activités de soins et de **prévention**. Le modèle des maisons médicales a été menacé par ces nouvelles politiques et cette gestion de crise très pyramidale, autoritaire, non nuancée, biologico-centrée, qui n'a pas suffisamment tenu compte du vécu des gens, des différences et des déterminants de santé. Le ton utilisé par les autorités reste désespérément le même depuis plus d'un an : menace, peur, culpabilisation, stigmatisation, infantilisation, punition, privation.
La pandémie aura néanmoins démontré à quel point l'investissement dans la promotion et la prévention de la santé dans la première ligne de soins permettrait une gestion plus efficace et efficiente du système de santé ; et que le modèle de maison médicale résiste mieux à de tels chocs que celui du médecin solo, obligé de gérer cette crise seul dans son cabinet.

Parlote

L'**ABSyM** a parfois écrit des maisons médicales qu'elles demandaient des subsides pour « *rémunérer leurs parlotes* ». Une façon peu aimable de stigmatiser les principes d'**autogestion** et de **non-hiérarchie** chers aux maisons médicales.

PASS

Voir **Plateforme d'action santé et solidarité**.

Patientèle (des maisons médicales)

2,7

La population desservie par les maisons médicales affiliées à la Fédération est d'environ 120 000 personnes en 2001, 240 000 en 2014 et 270 000 en 2020 (ce qui, à cette époque, représente une moyenne de quelque 2 250 patients par maison médicale). La part de la population inscrite dans une maison médicale en Belgique francophone est de 2 % en 2004 et de 3,4 % en 2006. En 2013, 5,5 % de la population wallonne est soignée en maisons médicales et près de 10 % en Région bruxelloise. Mais il y a d'importantes disparités géographiques, avec un nombre plus élevé d'inscrits dans les provinces de Hainaut et de Liège par exemple.

L'**INAMI** octroie un remboursement préférentiel à certaines catégories de personnes, soit qu'elles disposent de revenus inférieurs à un plafond donné, soit qu'elles appartiennent à certaines catégories sociales : veuve, orphelin, invalide, pensionné, handicapé, chômeur... Ce sont les anciens bénéficiaires des statuts de « Vipo », « Vipomex », « minimexé », aujourd'hui dénommés globalement « BIM » (bénéficiaires de l'intervention majorée). De longue date, les maisons médicales – surtout celles fonctionnant au **forfait** – attirent un pourcentage élevé de patients **précarisés**, qui cumulent des difficultés médicales, psychologiques et socio-économiques.

Dès les années 1980, certains les stigmatisent comme des « *dispensaires pour les pauvres* ». En 1992, l'INAMI établit que les personnes non protégées par l'assurance obligatoire, qui sont pour la plupart des bas revenus et qui n'ont pas droit au chômage, sont 5,7 fois plus nombreuses dans les maisons médicales au forfait que dans la population générale.

Deux enquêtes de 2009 et 2015 établissent que les maisons médicales drainent 2,5 fois plus de BIM que la moyenne nationale. En 2015, 43 patients sur 100 inscrits en maisons médicales sont des BIM. La Fédération déplore cette évolution qui tend à ancrer l'idée que les maisons médicales ne s'adressent qu'aux populations défavorisées. On risque d'évoluer vers un système de soins à deux vitesses. La fréquentation d'une maison médicale pourrait devenir stigmatisante.

Voir **crises**, **maisons médicales, précarité**, **sans-papier**.

Patients (participation des) 9

Dès les années 1970, les maisons médicales se sont montrées convaincues de l'intérêt d'associer leurs patients sinon à leur gestion, du moins à l'organisation de nombreuses activités en **prévention**. Par la suite, les **statuts**, les **chartes** successives et les *Notes d'orientation* de la Fédération ont toutes repris ce principe de la participation des patients. « *Depuis le colloque singulier jusqu'au débat politique, il faut tendre à ce qu'ils deviennent des acteurs déterminants du système, y compris au sein des structures de la Fédération* ». Aujourd'hui, même la loi évolue pour leur faire jouer un rôle.

Voir **LUSS**, **relations soignant-patient**.

Pauvreté

Voir **crises**, **patientèle**, **précarité**.

Permanence (des soins)

Ce concept, qui ne doit pas être confondu avec celui de **continuité** des soins, évoque avant tout la disponibilité du soignant, les permanences et gardes qu'il assure pour qu'un patient puisse toujours trouver à qui parler. Pour les maisons médicales, cela s'est traduit par des heures d'ouverture très larges et la possibilité pour les patients de téléphoner 24h/24 à un numéro unique. Dans les années 2000, les gardes médicales ont été remises en question. Cela tient en partie à la raréfaction du nombre de **médecins généralistes**, spécialement en zones rurales ; à la féminisation de la profession ; au souhait des médecins de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les hôpitaux menacent de supplanter dans certaines régions les généralistes en matière de garde.

Permanents (de la Fédération)

Faute de fonds, la Fédération n'a pu au départ engager des permanents. Certes, une première salariée, Colette Swaelens, est engagée vers juin 1982... mais elle ne preste qu'un cinquième temps, soit huit heures par semaine... et elle est remerciée, faute de fonds, dès mai 1984. En 1989, Marc Hombergen, qui travaille comme bénévole pour la Fédération depuis 1985 pour s'occuper entre autres du bulletin, est nommé secrétaire à temps partiel. Il assurera une permanence tous les matins, assurant notamment la comptabilité, la rédaction des ordres du jour et procès-verbaux de réunions... Le secrétariat s'étoffe à la même époque de premiers salariés. Ce sont Marie-Paule Declercq, Geneviève Delbecque puis Joëlle Lengelé et, un peu plus tard, Corinne Nicaise. Avec le démarrage de programmes soutenus par la Communauté française (**éducation permanente**, **prévention** et **promotion de la santé**), le nombre de chargés de mission rémunérés par la Fédération augmente : en formation, on trouve Béatrice de Coene, pour les activités d'éducation à la santé Jean Laperche, Yves Gosselain (engagé vers 1995) et Marianne Prévost (engagée vers 1997), pour les matières informatiques Michel Roland et Bernard Dendeau,

etc. L'équipe des permanents de la Fédération se renforce lentement. Elle comprend une vingtaine de collaborateurs en 2006 et une cinquantaine en 2020 (représentant 14 et 33 équivalents temps plein, respectivement). La moitié d'entre eux sont des travailleurs de maisons médicales qui consacrent une partie de leur temps à la Fédération (entre deux heures par semaine et un mi-temps).

Plainte

En 1991, la Fédération célèbre ses dix ans par un congrès sur le thème *La plainte et la réponse à la plainte*. Toute une école médicale se développe en effet dans le dernier quart du XXe siècle pour reconnaître la parole du **patient** détenteur d'une partie au moins de la vérité sur sa santé. On réhabilite ce qui auparavant était considéré comme trivial : les plaintes jugées autrefois banales du point de vue biomédical constituent désormais des défis intellectuels et professionnels, à la frontière entre science et culture, qualifiable et quantifiable. Le congrès est une première en Belgique : c'est la première fois que des travailleurs de la santé se posent une question aussi strictement anthropologique.

Plateforme d'action santé et solidarité (PASS)

Lors du Forum social de Belgique en décembre 2006, des représentants de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif, d'ONG et des universités ont décidé de coordonner leurs efforts pour promouvoir des politiques de santé progressistes et solidaires. En rupture avec les politiques **néolibérales** de l'heure, une Plateforme est constituée en juin 2007 pour défendre le droit à la santé (qui reste en bonne partie un vœu pieux) et dénoncer les **inégalités sociales en santé** en Belgique et, plus généralement, dans le monde. En 2008, elle organise un forum intitulé *Santé, pour tous ?!* et fait le point sur les objectifs fixés trente ans plus tôt à Alma-Ata. En 2014, un dossier de ***Santé conjuguée*** a été réalisé en collaboration avec la PASS sur la **marchandisation de la santé**. Dans le cadre de la **pandémie** actuelle, par exemple, elle réclame de lever les brevets qui protègent les vaccins. La Fédération est membre fondateur de la Plateforme. À travers la PASS, elle est reliée au Réseau européen de lutte contre la commercialisation de la santé et de la protection sociale.

Plateforme pour la Fédération des maisons médicales

En 1989, les **conflits** font rage entre différentes tendances au sein de la Fédération. Il s'agit notamment de définir plus ou moins strictement le modèle de **centre de santé intégré** tel que pourrait le reconnaître la Communauté française. Pour la Fédération, la nécessité d'un texte programmatique se fait cruellement sentir. Elle s'efforce de ramasser en une page sa conception de la politique de santé et les **valeurs** fondamentales qui doivent y présider. Elle liste aussi dans ce texte les fonctions que doit assumer l'équipe **pluridisciplinaire** d'un centre de santé intégré. Ce texte ne se veut pas un modèle rigide, mais doit permettre l'évaluation de chaque maison médicale par rapport à un idéal.

Voir **Charte**, **statuts**.

Plateforme de la première ligne en Wallonie (PPLW)

Cette asbl a été créée en 2018 par la Fédération et de nombreux autres groupements professionnels (de dentistes, kinésithérapeutes, médecins, pharmaciens et infirmiers) pour faire du lobbying en matière de soins de première ligne au niveau de la Région wallonne. La PPLW sera entre autres un acteur en matière de formation en **e-Santé** des professionnels wallons.

Politique

« *Historiquement, ce qui fait la spécificité, la force et la cohésion du mouvement des maisons médicales, c'est de lier conception des soins de santé et projet politique* » (rapport de la Fédération pour 2017).

Voir **citoyenneté, éducation permanente, engagement politique et social, entrisme, législation, Mai 68.**

Pluridisciplinarité

Voir **interdisciplinarité**.

Précarité

2, 5, 7

À leur création, les premières maisons médicales se sont souvent implantées dans des quartiers défavorisés. Pour faciliter l'**accès** des moins nantis aux maisons médicales, certains soignants n'hésitaient pas à donner des soins gratuitement ou du moins à ne pas encaisser le ticket modérateur. Une pomme de discorde d'ailleurs avec l'**Ordre des médecins** qui y voit une forme de concurrence déloyale.
La volonté de la Fédération de trouver un système de financement des soins de santé différent du paiement à l'**acte** repose, entre autres raisons, sur la constatation que de nombreux patients renoncent à se faire soigner parce qu'ils n'ont pas l'argent à avancer pour la consultation.
La Fédération luttera d'ailleurs également contre les majorations du ticket modérateur, comme en 1982, et contre la suppression

du tiers-payant pour les soins **ambulatoires** en 1986 (gouvernement Martens-Gol). En 1995, l'intergroupe bruxellois de la Fédération participe avec différentes ONG et associations à la publication d'un *Cahier de revendications pour l'accès aux soins des plus démunis*, rappelant entre autres que les minimexés, faibles revenus, clandestins ou réfugiés sont particulièrement vulnérables à la **crise** qui perdure. Des accords informels de coopération entre maisons médicales et réseaux locaux contribuent à permettre à un grand nombre de personnes précarisées d'accéder aux soins primaires.

Voir **déterminants de la santé**, **patientèle**, **inégalités sociales en santé**, **néolibéralisme**, **sans-papier**.

Première ligne

Voir **soins primaires**, **échelonnement des soins**.

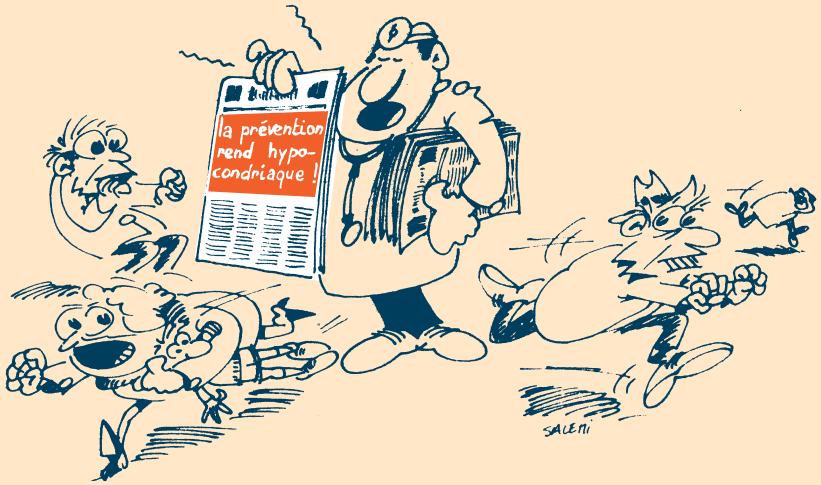
Prévention

Dans les années 1960, la formation des **médecins généralistes** est orientée dans une optique curative, détachée de toutes formes de prévention. Il est vrai que celle-ci est un art difficile : souvent, le malade n'est pas demandeur. Puis, les résultats d'une action de prévention ne sont pas souvent sensibles. Enfin, nombre de mesures préventives n'ont d'effet que si elles atteignent un grand nombre d'individus, ce qui pose des problèmes d'organisation.
Pour le **GERM** ou la Fédération, le **centre de santé intégré** (CSI) idéal doit réconcilier la médecine générale avec la prévention et la promotion de la santé : surveillance des individus à risques, campagnes de dépistage ou de vaccination, encouragements à une meilleure hygiène du milieu, une meilleure hygiène individuelle. La responsabilité du CSI dépasse donc le malade qui le consulte et s'étend à l'ensemble de la communauté.
Les premières maisons médicales multiplient dès les années 1970 des initiatives de prévention et d'éducation à la santé au niveau local : groupes d'obèses, éradication des poux en milieu scolaire, auto-examen du sein, etc. En 1980, un des deux premiers groupes de travail organisés au sein de la Fédération procède à un premier relevé de ces initiatives… une préfiguration du projet **Cat@losanté** !
À partir de 1981, certains projets en prévention obtiennent des subsides ponctuels de la Communauté française mais il faudra attendre 1988 pour que des moyens plus structurels soient accordés. La Fédération a interrogé sa politique de prévention lors de ses colloques de

1990 et 1991. Elle y a mis en garde les soignants contre les effets pervers potentiels de campagnes de prévention, celles par exemple construites sur la culpabilisation du patient et qui font l'économie de remettre en cause la responsabilité des pouvoirs publics pour faire porter le poids de la maladie sur le seul individu. C'est également avec le soutien de la Communauté française que la Fédération lance une **recherche-action** intitulée d'abord *Éducation en prévention* puis ***Agir ensemble en prévention*** (1991-2013). Celle-ci mobilise plus de vingt maisons médicales sur les objectifs, les méthodes et les actions en promotion de la santé avec des critères comme la **participation des patients**, la reproductibilité de certaines démarches, etc.

Les études du **KCE** (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et l'analyse des statistiques de l'**INAMI** permettent d'apprécier le travail des maisons médicales travaillant au **forfait** en matière de prévention : ainsi, le pourcentage des patients de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe est plus élevé en maison médicale (28 % de plus). On y trouve aussi 5 % de patients en plus qui ont bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, 15 % en plus pour le dépistage du cancer du sein, etc.

» Voir **législation en matière de prévention et de promotion de la santé, Question Santé**.



Prévention quaternaire

Ce concept a été élaboré par Marc Jamoulle à partir de 1985 : « *On avait lu Illich et Foucault et j'avais été fort influencé par McWinney, un médecin canadien qui avait lancé 'le soin centré sur le patient' et aussi Engel, un médecin américain, qui avait écrit des choses merveilleuses sur la* ***relation médecin-malade*** *et sur l'approche bio-psycho-sociale. C'est probablement tout cela qui a fait soupe* ».

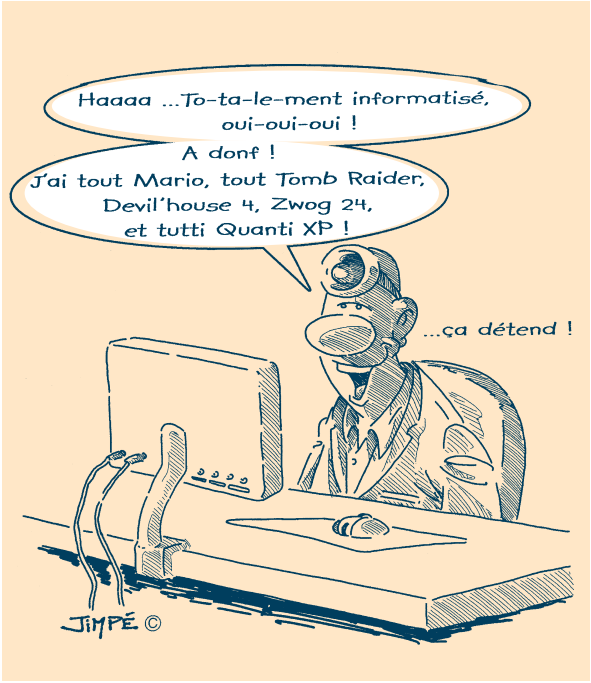
La prévention quaternaire est entrée en 2003 dans le dictionnaire de la **WONCA** : c'est « *une action menée pour identifier un patient ou une population à risque de* ***surmédicalisation****, le protéger d'interventions médicales invasives et lui proposer des procédures de soins* ***éthiquement*** *et médicalement acceptables* ».

Il arrive en effet qu'un patient se sente mal, se plaigne… sans que le docteur ne trouve rien. C'est le cas par exemple des hypocondriaques. Face à ce problème de « *non disease disease* », le médecin peut être tenté de surmédicaliser le patient (par exemple en procédant à des batteries de tests inutiles) ou de hausser les épaules (avec pour effet fréquent que le patient se tourne vers quelqu'un d'autre ou pratique l'automédication). C'est dans ce contexte que la relation soignant-patient doit se recentrer sur le récit du patient, le respect de l'intime, de la symbolique, de la culture. La démarche du médecin devient **psychocentriste**.

Le **médecin généraliste** joue un rôle crucial en prévention quaternaire. Il a le temps d'attendre. Ses deux outils sont la relation dans le temps (soins continus) et la confiance.

Pricare 11

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 Jamoulle et à la collaboration de l'informaticien Bernard Dendeau. Ils ont l'intuition – et bientôt la conviction – de ce 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.

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

Les différentes initiatives de la Fédération pour renforcer la collaboration **interdisciplinaire** sont rassemblées en 2015 au sein d'un projet global, le projet PRIMM. Une étude qualitative est menée au sein de quelques maisons médicales pour évaluer comment l'interdisciplinarité y est mise en œuvre. Il en ressort que la collaboration au sein des équipes est un apprentissage progressif et continu. Elle nécessite une vision commune orientée vers la satisfaction des patients et l'efficience du travail (par exemple l'aménagement des horaires et des locaux de façon à permettre les échanges entre les différentes professions). Les patients ont été également interrogés sur ce qu'ils percevaient de la collaboration entre soignants. L'interdisciplinarité reste aujourd'hui un thème cher à la Fédération.

Promotion (de la santé)

La promotion de la santé est définie par la Charte d'**Ottawa** (1986) comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Ce processus repose sur la reconnaissance, la prise en compte de l'importance des **déterminants** sociaux de la santé et des **inégalités sociales en santé** qui existent partout de par le monde. Une politique en promotion de la santé doit se baser sur un renforcement de la capacité des individus et des collectivités à agir sur leur destin par le développement de l'estime de soi, de la solidarité et d'un regard critique sur les inégalités sociales et les rouages du pouvoir. Le concept de promotion de la santé est lié à plusieurs autres : **autonomie du patient**, **santé communautaire**, **globalité des soins**, **prévention**, etc.

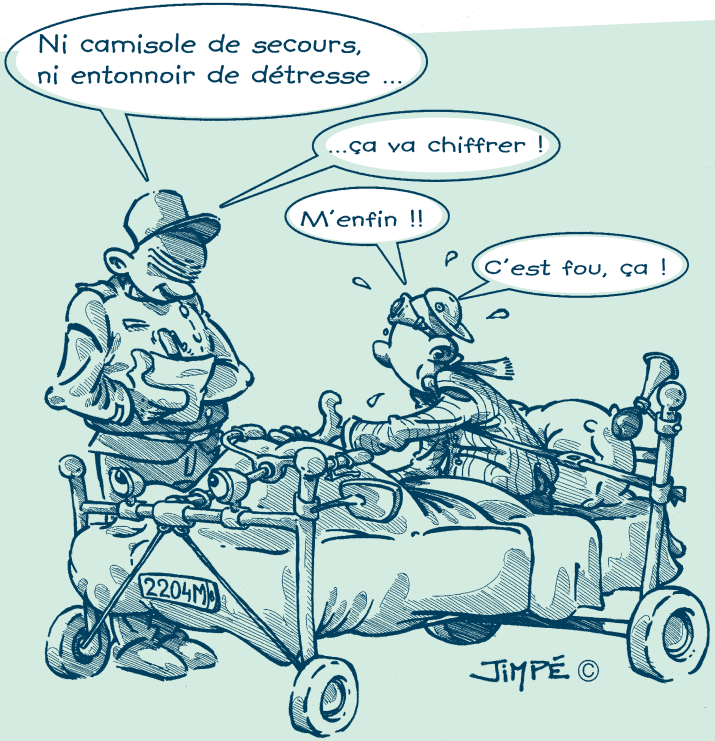
» Voir **législation en matière de prévention et de promotion de la santé**, **Promo santé & médecine générale (PSMG)**, **Promotion santé et qualité (service)**.

Promo santé & médecine générale (PSMG)

Cette association créée en 2005 par la Fédération et la **Société scientifique de médecine générale** veut coupler démarches de prévention et de promotion de la santé et éviter que celles-ci soient abordées suivant une approche verticale et sectorielle (par pathologie) : elles doivent être intégrées dans la pratique au jour le jour des **médecins généralistes**. PSMG a mené auprès de ceux-ci des actions de promotion pour le dépistage de certains risques (cardio-vasculaires, oncologiques, etc.).

Promotion santé et qualité (service)

Dans les années 2000, l'espace puis le service « promotion santé et qualité » est animé par Daniel Burdet, Yves Gosselain, Valérie Hubens, Jean Laperche, Marianne Prévost, Michel Roland. Subsidié par la Communauté française, il vise à développer dans les maisons médicales des pratiques intégrant soins préventifs et curatifs, dans l'esprit de la Charte d'**Ottawa**. Les activités du service comprennent l'organisation de temps d'échanges, des formations, un soutien aux projets des maisons médicales, l'élaboration d'outils d'évaluation, la recherche de collaborations extérieures et la diffusion des approches en dehors des maisons médicales. Par exemple, en 2007, il organise une formation innovante pour savoir comment aborder un public défavorisé, les personnes particulièrement **précarisées**. En prévention des maladies, les priorités abordées sont, au fil des ans : le tabagisme, les maladies cardio-vasculaires, la grippe, le cancer du sein, le diabète… Un des grands projets du service a été la recherche-action ***Agir ensemble en prévention***. Il contribue également aux projets **tableau de bord** et **label**.



Psy 107

Ce projet de réforme lancé en 2014 par la ministre Laurette Onkelinx et le département « santé mentale » du service public fédéral Santé publique veut permettre aux personnes hospitalisées pour des raisons psychiatriques de renouer avec une vie dans la cité. Pour Olivier Mariage, ce **virage ambulatoire** « *colle avec notre philosophie de travail. Mais le financement prévu reste aux hôpitaux… Ce qui veut dire que les équipes mobiles à domicile sont constituées de personnel hospitalier et restent largement sous la tutelle des hôpitaux* ». Dans ce cas de figure (comme dans d'autres), les maisons médicales souffrent de ne pas être reconnues comme organisations spécifiques : « *la législation reconnait des institutions de soins telles que les hôpitaux, les maisons de repos, les habitations protégées et les professions de santé* [mais aux yeux de la loi] *les maisons médicales ne sont rien de plus que des regroupements informels de médecins et de paramédicaux* ». Or, que constate-t-on ? Que c'est vers les maisons médicales que les patients « libérés » des hôpitaux psychiatriques convergent massivement, parce qu'elles sont pluridisciplinaires et parce qu'elles ont pour principe de ne pas faire de discrimination par pathologie. En d'autres mots, les moyens financiers restent entre les mains des hôpitaux, mais les patients se retrouvent dans les maisons médicales ! La Fédération a lancé un programme psychosocial en 2015 pour mettre en œuvre la réforme. En 2021, le ministre Frank Vandenbroucke a lancé une réforme pour un meilleur remboursement des soins psychologiques de première ligne dont la coordination s'opère via le réseau Psy 107.

Psychocentrisme

Dans les années 1980 et 1990, deux tendances s'affrontent au sein de la Fédération. Certains ont des préoccupations surtout d'ordre éthique (légitimité de l'action, importance de la communication avec le patient) ; d'autres, plus pragmatiques, mettent l'accent sur l'importance de l'organisation (informatisation, relations avec le politique et avec la population). Les premiers, de tendance psychocentriste, développent une réflexion sur la nature de la médecine, de la maladie, des **relations soignant-soigné**. Les seconds, avec une approche plus politique ou technocratique, souhaitent avant tout faire progresser le modèle de maison médicale et en particulier le modèle du forfait.

Pour les soignants de tendance psychocentriste, l'**autonomisation** du patient demande qu'on recoure aux compétences des thérapeutes mais aussi à celles du patient : « *la maladie, le symptôme sont à respecter et à décoder car le patient en sait plus long sur sa maladie qu'il ne croit au départ* » (*Courrier* de la Fédération, 1988). La relation patient/soignant doit s'orienter vers une relative égalité. On souligne aussi l'importance de l'équipe dans le processus d'autonomisation du patient par le décodage qu'il fait de son symptôme à chacun des thérapeutes. Cela permet deux choses : d'une part, de pouvoir exploiter un puzzle d'informations ; d'autre part, de relativiser le point de vue de tel ou tel soignant remis en cause par le regard des autres membres de l'équipe.

» Voir **Balint (groupes)**, **conflits**, **plainte**, **prévention quaternaire**, **relations soignant/patient**.

Psychologues

La population des travailleurs en maisons médicales compte quelque 5 % de psychologues. Dès les années 1960, le **GERM** avait préconisé une collaboration active entre soignants et psychologues qui peuvent apporter une dimension supplémentaire aux soins biomédicaux prodigués par les médecins, les **infirmières** ou **kinésithérapeutes**. Le médecin de famille des temps jadis ne faisait-il pas du curatif, du psychologique et du social ? En pratique cependant, les psychologues travaillant en maisons médicales sont relativement

peu nombreux au départ car il n'y a pas de remboursement **INAMI** pour les soins qu'ils prodiguent. Il y a aussi le fait que la fonction « psy » est susceptible d'être assumée par tous les soignants de la maison médicale, contrairement aux approches spécifiques des autres disciplines. D'aucuns considèrent même que le premier rôle du psychologue en maison médicale est de soutenir la fonction « psy » assurée par les autres soignants.

Question Santé asbl

Spécialisée en prévention, l'association Question Santé a été fondée fin 1980 (la même année que la Fédération des maisons médicales) par cinq maisons médicales bruxelloises : La Perche, Forest, Le Noyer, Norman Béthune et le Collectif Santé d'Ixelles. Celles-ci voulaient donner une approche positive de la prévention, basée non plus sur des interdits que le patient doit assumer seul mais sur le partage de l'information et de la réflexion : « *aucun message à faire passer. C'est aux gens de décider, selon ce qu'ils sentent leur faire du bien* ». Ainsi, la première campagne de Question Santé, qui porte sur la surconsommation de **médicaments**, ne repose pas sur des interdits ni même des mises en garde mais sur une interpellation incitant à la réflexion : « *les médicaments, laissez-en pour les autres* ». Question Santé ne fait pas partie de la Fédération, sa démarche en santé communautaire se veut indépendante mais des relations étroites les lient d'emblée, ne serait-ce que parce que la moitié de ses travailleurs font au départ partie de maisons médicales. Les idéaux sont les mêmes : responsabilisation et **autonomisation** du patient, démarche progressiste socialisante. Les deux associations se rencontrent sur de nombreux terrains, notamment au sein de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé ou du Centre bruxellois de coordination sociopolitique. Question Santé a été reconnue en éducation permanente dès 1981. En 1989 et 1997, dans le cadre de nouvelles réglementations en éducation pour la santé, la direction générale de la Santé du ministère de la Communauté française agrée Question Santé pour des missions d'éducation pour la santé. Elle est chargée plus spécifiquement de missions en matière de communication. À travers sa revue *Bruxelles Santé*, des colloques et d'autres supports médiatiques, elle mène des campagnes d'information sur des thèmes comme le SIDA, le tabagisme, l'hygiène dentaire, l'alimentation, le stress, les poux à l'école, l'ostéoporose, la prévention des mélanomes, le dépistage du cancer du sein, les menus et les toilettes à l'école, la vaccination…

Recherche-action

Dite aussi recherche-expérimentation, cette démarche vise à mener parallèlement l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions de terrain. Elle se développe juste après la Seconde Guerre mondiale, théorisée pour la première fois par Kurt Lewin puis par Robert Rapoport. Elle vise à répondre à la fois à des problèmes pratiques que rencontrent des personnes placées dans une situation concrète et à une amélioration du système (en l'occurrence du système de soins). Le processus de la recherche-action est cyclique : après l'identification d'un problème (diagnostic) on élabore (choisit, planifie) puis exécute une action, avant d'en évaluer les conséquences. Cette évaluation récapitule la nature des besoins, la pertinence des demandes et l'efficience des actions menées. Les conclusions tirées permettront ensuite de démarrer un nouveau cycle diagnostic-planification-action-évaluation. Cette méthode de travail permet de tenir compte au plus près de l'évolution d'une situation. Elle est basée sur une étroite collaboration entre chercheurs et acteurs. Elle est dynamique : en mettant sur pied et en évaluant des actions basées sur une théorie et des actions antérieures, elle réévalue et reformule sans cesse ses

hypothèses de départ. Les recherches-actions sont en général des travaux de longue haleine, où les chercheurs sont engagés et où la dimension sociale et comportementale est prépondérante.
C'est le **GERM** qui a acclimaté cette méthode dans le mouvement des maisons médicales. Parmi les recherches-actions les plus importantes menées par la Fédération et ses **membres**, citons celles sur le rôle des **centres de santé intégrés** dans un réseau de **santé communautaire** (1989-1992), l'éducation et l'action en **prévention** (1991-2003), le **label** maison médicale (2013), etc.

Reconnaissance (des maisons médicales)

13, 16

Voir **association de santé intégrée**, **centre de santé intégré**, **législation en matière de prévention et promotion pour la santé**, **maison médicale**.

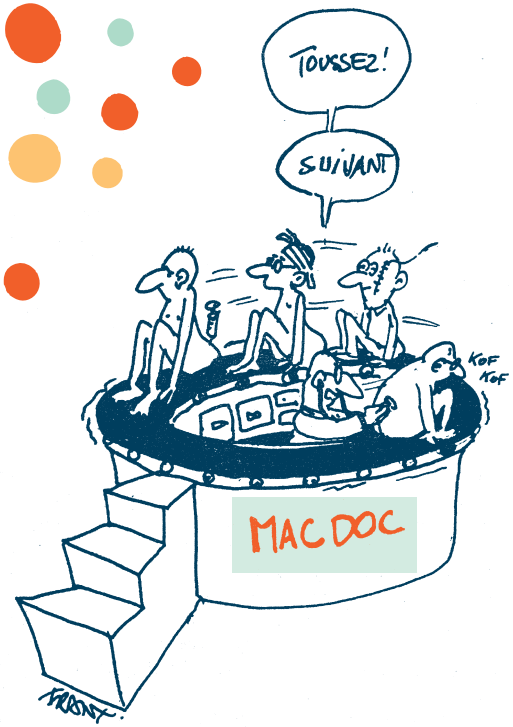
Régionalisation de la santé

Les révisions successives de la Constitution ont rendu le paysage belge de la santé de plus en plus complexe. En 1970, la première réforme de l'État consacre l'existence de trois communautés culturelles. En 1980, la deuxième crée deux Régions : Wallonie et Flandre. La Région bruxelloise nait en 1989-1990. Ces différentes réformes conduiront à une décentralisation progressive des politiques de santé.

Relation soignant-soigné

Dans les années 1960, une médecine basée sur la spécialisation et la segmentation des soins réduit souvent le malade à sa maladie, à un organe, à un numéro de chambre. Ce n'est pas seulement une question organisationnelle, c'est aussi un modèle culturel et normatif où le patient n'a rien à dire. Dès 1971, le **GERM** demande que l'éducation médicale forme des médecins « *capables d'abandonner cette attitude autoritaire très confortable, de partager le pouvoir de prendre des décisions en matière de santé, d'éviter un jargon trop technique et d'abandonner les privilèges du rang. Ils doivent apprendre à considérer les individus comme des êtres humains à part entière et à les écouter* ». Et en 2006, le philosophe Luc Carton constatait encore qu'en dépit de l'introduire de notions élémentaires de médecine générale dans les

Voir **législation en matière de prévention**.



programmes des universités, « *les formations initiales des travailleurs de santé fabriquent de l'ignorance* [...]. *Bien sûr, en sortant ils connaissent beaucoup de choses, beaucoup de techniques. Ils possèdent des connaissances sur une quantité importante d'objets scientifiques* [...] *mais ils restent ignorants de l'essentiel : ils ne savent rien de ce que sont la santé, la souffrance, l'humanité, le corps, le désir, le plaisir* ». Les déterminants d'ordre socioculturel sont aussi du côté des **usagers** qui nourrissent souvent une foi démesurée dans la science et la technique médicales ainsi que dans un médecin omniscient.
Les maisons médicales ont voulu offrir une **alternative** à la médecine traditionnelle. De fait, elles se sont rapidement fait apprécier pour la simplicité des soignants, l'**accueil** inconditionnel de tous (étrangers, familles nombreuses,

sans-papier, faibles revenus…), la convivialité, la création de liens sociaux. Au fil des décennies cependant, les relations entre patients et les soignants ont pâti de la surcharge de travail qui pèse de plus en plus sur ces derniers. « *Leur travail s'est modifié. La charge de travail est plus pesante, les procédures exigées se multiplient. Une certaine 'industrialisation des soins', caractéristique de la médecine hospitalière et spécialisée, toucherait désormais les centres de santé intégrés* » (Marinette Mormont, 2017). Parfois aussi, c'est l'**informatisation** tous azimuts qui fait perdre de vue aux maisons médicales qu'elles ont été créées pour pratiquer une médecine humaine, relationnelle, sociale. La vidéo-consultation médicale, qui apparait parfois au politique comme une solution pour améliorer la continuité des soins dans les zones rurales, est une menace sérieuse pour l'humanité des relations soignant/patient.

Voir **Balint (groupes)**, **prévention**, **prévention quaternaire**, **psychocentrisme**, **surmédicalisation**.

Sacopar (Santé, communauté, participation)

C'est une association spécialisée en **santé communautaire** créée en 1998 par la Fédération et les associations Question Santé, Éduca-Santé et Edéco. Elle regroupe des experts en santé publique, développement local, santé communautaire et communication.

Ses initiatives sont soutenues financièrement par la Communauté française et l'Union européenne. Ses interventions se répartissent en trois axes : constitution de réseaux pour un partage de pratiques en santé communautaire ; développement de programmes de promotion de santé au niveau local ; et mise en valeur des compétences et des pratiques relatives à cette démarche. Elle a travaillé pour l'ONE (Office de la naissance et de l'enfance), la Fondation Roi Baudouin, le **SEPSAC**, des communes, les **Centres locaux de promotion de la santé** ou CLPS…
En 2008, Sacopar a été un des grands artisans du troisième congrès international des programmes locaux et régionaux de santé organisé à Mons sur le thème *Des territoires en action pour la santé de tous*. La Fédération et Sacopar ont publié en 2013 la brochure *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique*. Ce manuel récapitule la méthodologie élaborée par le SEPSAC et fournit une boîte à outils avec la liste des bonnes questions à se poser qui permettent de préciser l'aspect spécifiquement communautaire d'une action en santé.

Voir **santé communautaire**.

Sainte-Émilie (accords de la)

Après la sixième réforme de l'État (2012), la Communauté française et les Régions bruxelloise et wallonne ont convenu lors des accords politiques dits de la Sainte-Émilie (septembre 2013) qu'en matière d'assurance maladie-invalidité, les matières nouvellement défédéralisées seraient attribuées aux Régions. De même, les compétences exercées jusque-là par la Communauté française en matière de prévention et de promotion de la santé leur ont également été transférées. En vue de ce transfert des compétences, tous les acteurs de terrain concernés se regroupent en 2014 en plateformes puis, en 2016, en associations : les Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé.

Voir **AViQ**, **Iriscare et législation en matière de prévention**

Sans-papier

En 2014, une étude du Service bruxellois de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale met en évidence que dans certains quartiers, les personnes sans papier représentent de 10 à 15 % de la patientèle des maisons médicales. Même constat dans quelques grandes villes wallonnes. Certaines maisons médicales

sont saturées sur le plan administratif à cause de la complexité des démarches liées aux soins aux personnes en séjour illégal ou précaires.

Voir **patientèle**, **précarité**.

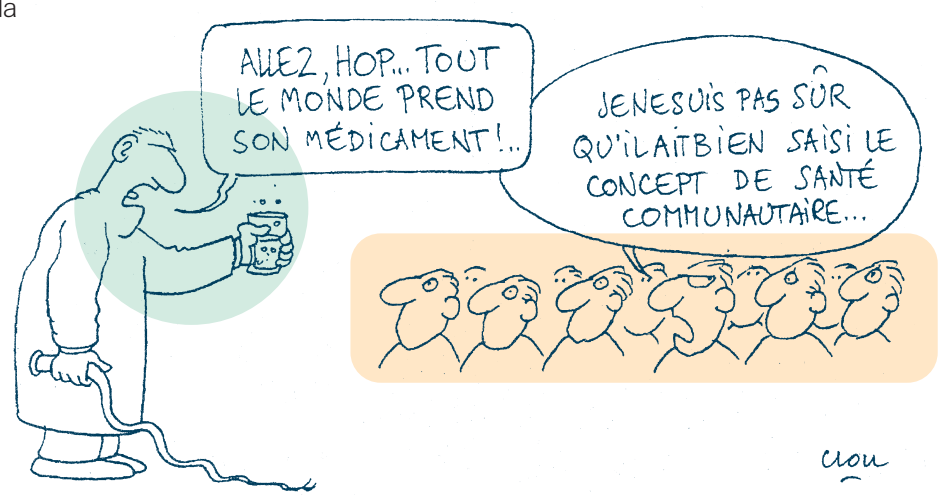
Santé communautaire

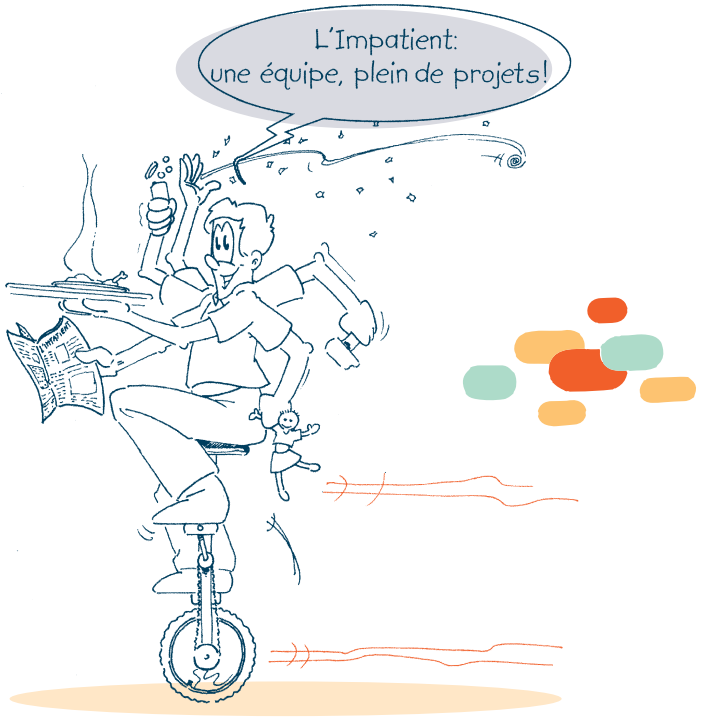
3, 16

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





L'association L'Impatient, attachée à la maison médicale La Passerelle, est l'archétype des initiatives prises par le mouvement en matière de santé communautaire. Pour mobiliser les usagers, elle crée un périodique, un réseau d'entraide, une banque de médicaments, une halte accueil pour les enfants en bas-âge, un guichet logement, un café social…

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 l'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* ».

Voir **association de santé intégrée, éducation permanente, engagement politique et social, Ottawa (charte d'), Sacopar, SEPSAC (Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire).**

Santé conjuguée

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 conjuguée est entièrement en ligne, mine d'informations organisée autour de centaines de mots-clés.

Secret partagé 4

Le secret professionnel, c'est une histoire qui date... d'il y a au moins 2500 ans. Formalisé dans un serment par un certain Hippocrate, il a fallu du temps pour que le législateur le consacre : le Code Napoléon en 1810 et le Code pénal belge en 1867 dans son article 458. Si cet article ne précise pas quels professionnels y sont tenus, il stipule en revanche qu'ils s'exposent à des peines d'amende et d'emprisonnement s'ils révèlent des secrets en dehors des cas où la loi les y autorise ou les y oblige. Notons que le 4 mai 2017, une loi modifiant cet article 458 a été votée en Belgique instaurant la levée du secret professionnel des travailleurs sociaux dans le cadre d'enquêtes terroristes. Avant d'être un droit, le secret professionnel est donc un devoir. Le secret professionnel – et son corolaire le secret professionnel partagé – est à la fois le terreau de la relation thérapeutique et le fondement de l'aide sociale. Car, sans la garantie de ce silence d'un côté, il n'est pas de parole de l'autre.

Voir aussi **dossier médical**, **droit du patient**, **participation du patient**, **relation soignant-soigné**.

Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

Voir **SEPSAC**.

Secteurs

Ce terme est utilisé communément au sein de la Fédération pour désigner les métiers exercés en maison médicale. Ils s'organisent en « groupes sectoriels ». Ceux organisés en 2021 regroupent les **accueillants**, **infirmiers**, **médecins**, **kinésithérapeutes**, **gestionnaires coordinateurs d'équipe**. Les groupes sectoriels s'occupent de la reconnaissance des métiers (en collaboration notamment avec **l'IFIC ou Institut de classification des fonctions**), de la définition des fonctions en maison médicale, du recrutement, de l'accueil de stagiaires, de la formation continuée, de la représentation syndicale, des barèmes en vigueur.

Sécurité sociale 20

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 à l'envi dans les mémorandums adressés par la Fédération au monde politique lors de chaque élection.

» Voir **crises**.

SEPSAC
(Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire)

Le SEPSAC, après un temps de gestation de plusieurs années, est né officiellement à Paris en octobre 1987 mais ses bases ont été jetées lors du **congrès** de la Fédération du printemps 1986. Le nom de l'association est une référence explicite à la récente Charte d'**Ottawa** de l'**OMS** (Organisation mondiale de la santé) qui a mis en exergue le principe de **santé communautaire**. Le but du SEPSAC est de promouvoir les pratiques en santé communautaire à travers les pays membres, essentiellement la Belgique (francophone et néerlandophone), la France et l'Espagne. Le SEPSAC organise régulièrement des colloques (le premier à Bruxelles en 1988) à travers toute l'Europe. En 1996, un colloque est organisé à Gand sur le thème de la **participation de l'usager**. Cette rencontre aboutit à la publication d'une charte sur les centres de santé communautaire. En 2008, le SEPSAC, **Sacopar** et la Fédération copilotent les huitièmes rencontres internationales sur les politiques régionales de santé, qui se déroulent à Mons (parrainées par l'OMS et les ministres belges de la Santé).

Société scientifique de médecine générale (SSMG)

La SSMG a été créée en 1968 par des **médecins généralistes** francophones soucieux d'aider les omnipraticiens à dispenser des soins de qualité. Elle a des groupes de travail dans de nombreux domaines (alcool, échographie, nutrition, **médicaments**, santé mentale, tabac, sexualité…). Elle propose des formations, des aides à la consultation et publie la *Revue de médecine générale*. La SSMG a collaboré à plusieurs reprises avec la Fédération, notamment pour une étude commandée en 2002 par la ministre Nicole Maréchal sur le repositionnement du généraliste dans le champ de la **prévention**. En 2005, la Fédération et la SSMG créent ensemble dans le même but l'association **Promo santé & médecine générale** (PSMG). Celle-ci a pour mission d'accompagner les généralistes dans une démarche de prévention, en partenariat avec les usagers, les professionnels et les décideurs.

Soins à domicile

Dès sa phase de formation en novembre 1979, la Fédération se propose de développer les soins à domicile. En 1983, suite à la publication par le ministre Jean-Luc Dehaene de son programme baptisé *Une nouvelle orientation de la politique de santé en Belgique*, elle forme un groupe de travail ad hoc et plusieurs maisons médicales mènent des expériences d'hospitalisation à domicile. À la fin des années 1980, la Fédération est confrontée à la naissance de services spécialisés comme les centrales de service à domicile (CSD) qui ne sont pas dans une logique pluridisciplinaire. Les maisons médicales collaboreront régulièrement avec ces centrales. Un débat a d'ailleurs lieu dans les années 2000 sur l'intérêt pour les maisons médicales de sous-traiter certaines tâches à des CSD ou à des associations de **soins à domicile** (ASD).

Voir **syndicats de travailleurs**.

Soins intégrés

La nécessité pour la première ligne de soins de dispenser des soins de façon intégrée a été soulignée par le **GERM**, par exemple dans son manifeste de 1971 : « *pour chaque individu, seront coordonnées au sein d'une seule unité toutes les étapes de l'action sanitaire : soins préventifs, curatifs, surveillance et réhabilitation* ». La Fédération embraie sur ce thème et dans ses statuts s'engage à défendre une médecine « *intégrant soins curatifs – notamment l'hospitalisation à domicile, soins préventifs, éducation à la santé et service social* ».

Voir **association de santé intégrée**, **centre de santé intégré**, **prévention**, **soins à domicile**.

Soins de santé primaires

Voir **échelonnement des soins**, **médecin généraliste**.

SSMG

Voir **société Scientifique de médecine générale**.

Statuts (de la Fédération) 1, 12

Les statuts primitifs de la Fédération ont été négociés tout au long de l'année 1980, approuvés en assemblée générale le 11 septembre et publiés au *Moniteur Belge* le 19 décembre. Ils évoquaient des valeurs qui restent d'actualité : la promotion d'une médecine de base accessible à tous ; d'une médecine intégrant soins curatifs, soins préventifs, éducation à la santé et service social ; d'une médecine favorisant l'**autonomie du patient**, ancrée dans les quartiers et qui collabore avec les services à la population ; d'une médecine prenant en considération tous les **déterminants de la santé** (habitat, travail, environnement, alimentation, niveau culturel…) ; d'une médecine enfin où les patients participent à l'organisation des soins.

Les statuts de 1980 définissaient aussi les conditions d'agréation des maisons médicales et collectifs de santé par la Fédération. Bien que partiellement reformulés depuis, les critères sont globalement restés les mêmes. On a notamment ajouté le principe de l'autonomie de l'équipe soignante quant à ses choix idéologiques et à la détermination de ses objectifs.

Statuts (des maisons médicales)

Pour être reconnue par la Fédération, une maison médicale doit avoir le statut d'asbl. Ses statuts doivent être conformes au Code des sociétés et des associations et intégrer les valeurs du mouvement. La Fédération met à disposition des équipes un modèle de statuts.

Surmédicalisation

Dans les années 1960, le modèle médical dominant, basé sur la technicisation, la spécialisation et la segmentation des soins, génère des dérives comme le surdéveloppement d'examens diagnostiques ou la surmédicalisation. Dès sa création, le **GERM** constate que nombre de traitements, programmes, techniques ou institutions se sont développés sans que leur utilité soit réellement prouvée. Soucieuses de favoriser l'**autonomie du patient**, les maisons médicales et leur Fédération ont toujours eu à cœur de lutter contre la surmédicalisation (qu'elle soit induite par l'**hospitalocentrisme**, par les pressions du lobby médico-industriel, par une conception exclusivement positiviste de la médecine, par la crainte du médecin de « *rater quelque chose* » ou plus benoitement par les craintes du patient).

Une des premières expressions de la lutte menée par les maisons médicales pour « libérer » le patient a été leur combat contre la consommation excessive de **médicaments**. On rappellera par exemple que le jour de l'ouverture de la maison médicale Bautista Van Schowen, à Seraing (1972), ses fondateurs ont invité les patients à brûler leurs médicaments !

Pourtant, la surmédicalisation augmente, comme en témoigne par exemple l'évolution du nombre de naissances par césarienne : entre 2000 et 2014, il est passé de 148 à 231 pour mille naissances en Wallonie et de 156 à 211 à Bruxelles. Dans les années 2000, les enquêtes du **KCE** (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) sur la santé des Belges épinglent notamment des surconsommations en matière de diagnostic (laboratoire, imagerie), de dépistage (test sanguin pour le cancer de la prostate) et de médicaments : antidépresseurs, antibiotiques ou neuroleptiques (dans les maisons de repos et de soins). C'est ainsi que 40 % des Belges prennent des antibiotiques une fois par an ou davantage ; que près de 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans prennent cinq médicaments (et plus) par jour ; que 20 % de la population passe au moins un scanner par an.

Dans un monde obsédé par la question de la santé et la tentation du « faire » (pour beaucoup de médecins, une prescription doit nécessairement clôturer une consultation), la Fédération considère qu'il est plus nécessaire que jamais d'évaluer la pertinence des actes médicaux. L'acharnement thérapeutique reste une réalité : 63 % des patients en phase terminale d'un cancer meurent à l'hôpital et 10 % prennent une chimio dans les deux dernières semaines de leur vie ! Il ne faut pas remplacer l'aliénation que génère la maladie par une autre dépendance. La lutte contre la surmédicalisation passe par l'éducation à la santé, la responsabilisation du citoyen et son information.

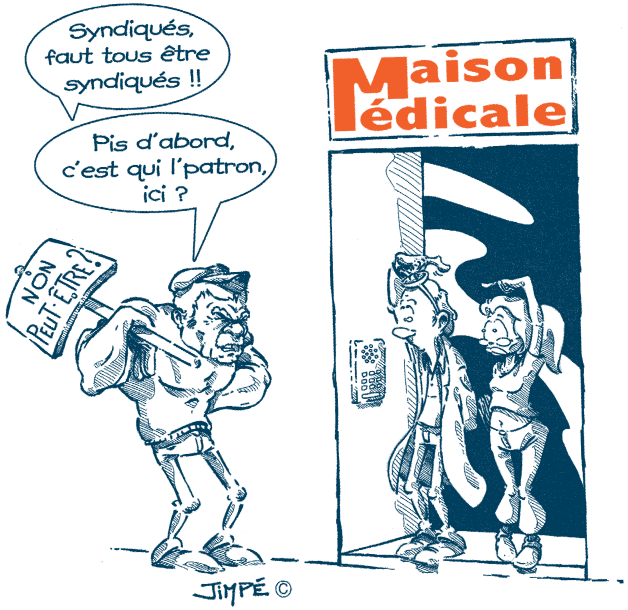
» Voir **hospitalocentrisme**, **prévention quaternaire**.

Syndicats de travailleurs

10, 19

Les relations entre la Fédération et les syndicats de travailleurs (FGTB/SETCa, CSC/CNE) ont été riches et complexes. 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



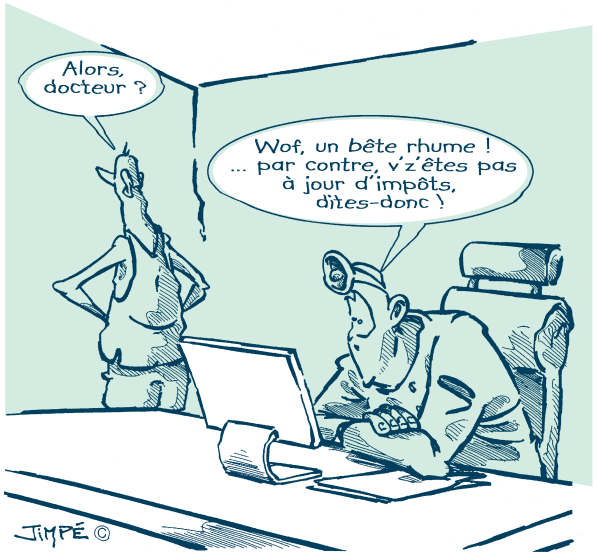
ligne en équipes pluridisciplinaires était moins attrayant que d'autres formules naissantes, comme les centrales de service à domicile (CSD), dans lesquelles le corps médical n'était pas intégré. De l'aveu même d'un syndicaliste, le mode de fonctionnements des maisons médicales (pluridisciplinaires et 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…

Système de santé

» Voir **échelonnement des soins, inégalités sociales en santé, sécurité sociale.**

Tableau de bord

Imaginé dès 1994, le projet « Tableau de bord » a démarré en 2003 à Bruxelles et en 2006 en Wallonie sous la houlette des services « **Étude et recherche** » et « **Espace promotion santé** ». Il est coordonné par Marie Marganne. Il propose une méthode simple, standardisée et reproductible qui permet de suivre les données socio-démographiques et médicales des patients des maisons médicales à partir des données figurant dans leurs **dossiers de santé informatisés (DSI)**. Il subira de nombreux ajustements au fil du temps, jusqu'à comprendre vingt-trois variables qui permettent notamment de mieux connaitre la populations de chaque maison médicale et ses problèmes de santé, de quantifier la charge de travail et de poser des choix quant aux actions de **promotion de la santé** à mener. Les données extraites grâce à cet outil (reporting) permettent aussi à la Fédération de défendre son modèle ou des demandes d'amélioration du système de soins de santé (en enrichissant les études réalisées par d'autres structures comme les **Observatoires de la santé**, **KCE**, universités…).
Les **associations de santé intégrées** constituent un bon poste d'observation pour les populations fragilisées, et peuvent donc, avec d'autres, remplir une mission utile à la décision politique en matière de santé.
Une charte du tableau de bord a été adoptée en 2007 avec les engagements de la Fédération et



des équipes pour garantir au patient le respect de ses **droits** à chaque niveau du traitement des données et pour assurer que les données recueillies sont de qualité.

Taille (des maisons médicales)

Appelées à desservir des **zones** géographiques limitées et à fonctionner en **autogestion**, les maisons médicales ont besoin de conserver des dimensions humaines. S'il n'y a pas de règle en la matière, une tendance actuelle se vérifie pour les jeunes maisons médicales de limiter la taille des équipes à un maximum de quinze personnes. Depuis 2019, la chaire Be. Hive dont la Fédération est partenaire étudie l'impact de la taille des centres de santé pluridisciplinaires sur la qualité de soins. Aujourd'hui, toutes les maisons médicales ne sont plus à même d'inscrire de nouveaux patients. Ceci pour garantir la qualité de l'offre proposée en fonction du nombre de soignants et des contraintes des bâtiments.

Toxicomanie

La maison médicale La Perche (à Saint-Gilles) a joué un rôle pionnier dans l'accueil et le suivi des toxicomanes. En 1982, alors que des poursuites judiciaires sont intentées contre le psychiatre Jacques Baudour pour avoir prescrit de la méthadone à des héroïnomanes, elle décide d'utiliser ce produit de substitution pour aider les toxicomanes. Elle réussit de cette façon à éviter de nombreux décès par overdose. Cette pratique est condamnée par l'**Ordre des médecins**. Claire Rémy, médecin de La Perche, s'emploie alors à réaliser un protocole d'évaluation du traitement à la méthadone. Ce document servira pendant des années de Code de bonne pratique pour les médecins qui délivrent de telles prescriptions. La maison médicale La Perche est aussi parmi les fondateurs du Groupe de réflexion pour une action en toxicomanie (GRAT), qui s'emploie à diffuser le recours aux traitements de substitution.

D'autres maisons médicales empruntent bientôt la voie tracée par La Perche et le GRAT : celles de Tournai, qui créent en 1989 l'association « Citadelle » ; puis celle de Gilly (1992). Elles considèrent que la toxicomanie est le symptôme d'une détresse, d'un désarroi psychosocial induit par une société marchande qui n'offre aucun avenir à un nombre croissant d'individus. En considérant les toxicomanes comme des malades et non plus comme des délinquants, ces maisons médicales leur offrent une possibilité de réinsertion sociale. Mais les soins aux toxicomanes sont un combat épuisant et souvent décourageant.

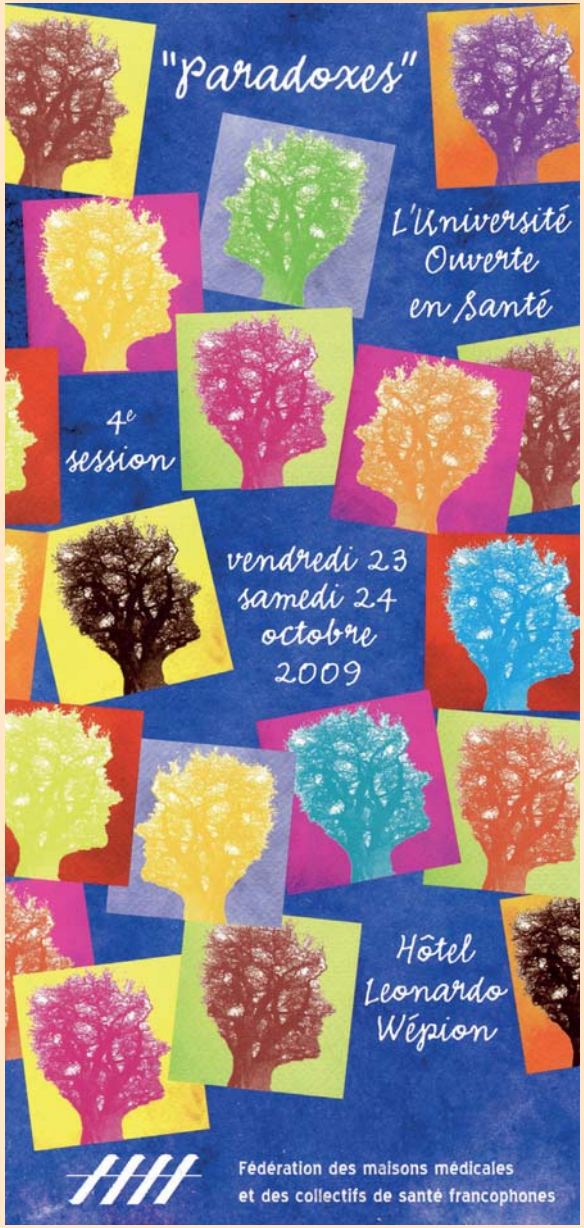
Transdisciplinarité

» Voir **interdisciplinarité**.

Travailleurs (en maisons médicales)

Leur nombre est évalué à quelque 220 personnes en 1988 (dont une centaine de médecins) ; 450 en 1997 ; 1500 en 2014 ; et 2200 environ aujourd'hui. Nombre d'entre eux travaillent à temps partiel : 19 % prestent moins d'un mi-temps en 1997, 45 % en 2019. On observe aussi une tendance à la salarisation, encouragée par la Fédération et stimulée à partir des années 2000 par les nouveaux barèmes fixés par les accords du non marchand : il y a 41 % de travailleurs salariés en 1997, 60 % en 2011 et 71 % en 2019.

» Voir **accueil**, **assistant social**, **féminisation**, **infirmier**, **kinésithérapeute**, **médecin**, **psychologue**.



Université ouverte en santé (UOS)

Ce projet d'éducation permanente ou populaire en santé, basé sur l'expérience des maisons médicales, a été lancé en 2006 par la Fédération comme un complément de ses activités en **santé communautaire**. Il est piloté par Christian Legrève et s'inscrit dans la tradition des mouvements d'émancipation sociale : il a comme objectif une construction critique du savoir et au-delà, la modification des rapports de force au sein de la société. Il s'agit donc de quelque chose de plus que l'acquisition de complément de connaissances : une remise en cause des formations initiales et des systèmes.
La première session de l'UOS a lieu en octobre 2006. Elle offre une mise en perspective historique des expériences d'**éducation populaire** et cerne les enjeux d'une université ouverte. Elle comprend aussi un module de formation politique des cadres de la Fédération. Quatre sessions sont organisées en quatre ans. En 2010, c'est l'heure des bilans. L'objectif qui avait été fixé n'est pas atteint : la Fédération n'est pas parvenue à mettre en œuvre « *une FOPES (Faculté ouverte de politique économique et sociale) de la santé* ». L'investissement des travailleurs dans le projet est resté insuffisant. Le service d'**éducation permanente** de la Fédération décide de se limiter désormais à valoriser les travaux réalisés au sein de l'UOS et d'en publier certains de façon à pouvoir organiser des formations ponctuelles.

Usagers

Voir **patients**, **LUSS (Ligue des usagers des services de santé)**.

Valeurs

Voir **accès, accueil, autonomie du patient, charte, citoyenneté, démocratie, engagement politique, équité, éthique, maison médicale, label, législation, métissage identitaire, militantisme, non-hiérarchie, statuts...** Ouf !

Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)

La Fédération des centres de santé flamands a pris la forme d'asbl en 1991. Si la traduction littérale de Wijkgezondheidscentra est « centre de santé de quartier », ils sont l'équivalent des maisons médicales à Bruxelles et en Wallonie. Les deux premiers Wijkgezondheidscentra ont été fondées en 1976, il y en a aujourd'hui une trentaine. Ils ont collaboré à de nombreuses reprises avec les maisons médicales et par exemple : lors de la **grève de 1979** et des négociations pour la reconnaissance du **financement au forfait** (1981-1982) ; dans le cadre des tractations continuelles avec l'**INAMI** ou des projets **Label** et **DEQuaP** qui tendent à fixer des critères de qualité des pratiques en maison médicale ; pour l'informatisation des maisons médicale, etc.
À partir de 2006-2007, la collaboration entre Fédérations francophone et flamande prend un tour plus systématique : des rencontres ont désormais lieu toutes les six semaines entre des permanents des deux groupements pour mettre en chantier des stratégies et des projets communs comme le colloque de Mons (colloque international des programmes locaux et régionaux de santé organisé par **Sacopar** en 2008 sur le thème *Des territoires en action pour la santé de tous*), la représentation à l'**IFIC**, les réflexions autour de la taille des **associations de santé intégrées**, l'informatisation, etc.

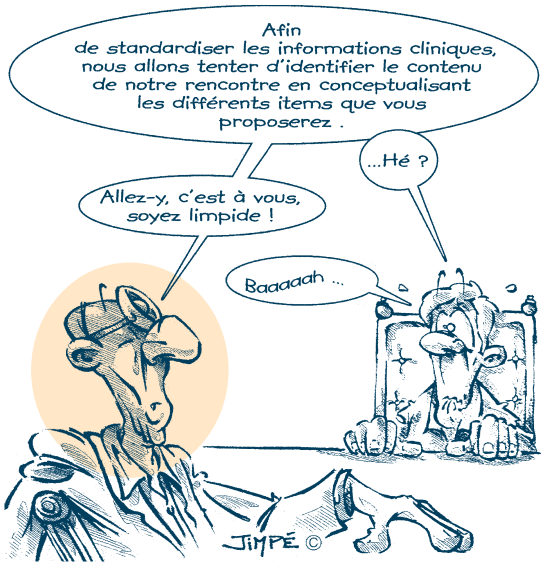
Virage ambulatoire

C'est le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système régi par les équipes de soins primaires autour d'eux. La Fédération prône depuis toujours ce concept et la réaffectation des budgets vers la première ligne de soins.

Voir **hospitalocentrisme**, **échelonnement des soins**, **Psy 107**.

Wijkgezondheidscentra

Voir **Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)**.



WONCA

La WONCA (acronyme pour World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians) est l'organisation scientifique mondiale des médecins généralistes/ médecins de famille. La Fédération a participé aux activités de la branche européenne du mouvement.

Voir ***Classification internationale des soins de santé primaires (CISP)***.

Zones (sanitaires)

Les maisons médicales sont avant tout des structures de proximité, accessibles à la population d'un quartier urbain ou d'une communauté rurale circonscrite. Elles peuvent ainsi assurer une **permanence** des soins plus efficace et en cas d'urgence, les soignants peuvent intervenir dans un délai raisonnable. Le système de santé de première ligne élaboré dans les travaux du **GERM** des années 1960 et 1970 repose sur la division du territoire en zones sanitaires regroupant chacune quelque 10 000 personnes et desservies chacune par un **centre de santé intégré** (CSI).
En mars 1993, le décret de la Communauté française sur les **associations de santé intégrées** (ou ASI) stipule que celles-ci doivent limiter leurs activités à une zone géographique de 5 ou 20 km de rayon autour du siège d'activités, suivant que l'on se trouve dans ou en dehors d'une zone urbaine. Ces normes restent d'application en Wallonie.

ANNEXE

Rêves de santé…
les podcasts du 40e anniversaire de la Fédération des maisons médicales

Dans le courant de l'année 2021, **Matthieu Cornélis**, « portraitiste sonore », a réalisé vingt podcasts pour la Fédération des maisons médicales en interrogeant celles et ceux qui ont fait et font le mouvement. Ces enregistrements sont disponibles sur le site de la Fédération. Le dictionnaire renvoie abondamment à ces podcasts.

Épisode 1 : Natacha Carrion a exercé la médecine générale durant presque toute sa carrière à la maison médicale Bautista Van Schowen, à Seraing. Elle raconte les débuts du mouvement des maisons médicales en Belgique, le contexte dans lequel est née la Fédération au début des années 1980. Comme elle figure parmi les personnes qui ont élaboré les critères pour être membre de la Fédération, elle parle d'autogestion, de pluridisciplinarité et d'égalité salariale.

Épisode 2 : Rudy Pirard est assistant social à Liège et s'implique depuis quinze ans dans le secteur des maisons médicales. Il a d'abord accueilli les patients puis a porté des projets de santé communautaire. Aujourd'hui, il est revenu à son métier de cœur, un métier de contact : assistant social. Il a présidé l'intergroupe liégeois des maisons médicales et est aujourd'hui à la tête du conseil d'administration de la Fédération. Avec lui, on parle d'un mot qu'il n'aime pas : empowerment, mais aussi d'inégalités sociales, de travail communautaire, de la place du patient et d'autogestion.

Épisode 3 : Hélène Dispas est une jeune médecin généraliste qui a fait ses débuts en maison médicale durant son assistanat à Liège. Puis elle a manifesté des envies d'ailleurs : un cursus en médecine tropicale à Anvers, un autre en santé internationale à l'OMS à Genève. Aujourd'hui, elle travaille à la maison médicale Potager à Saint-Josse, récemment créée. Matthieu Cornélis la fait parler d'interdisciplinarité et de politique de santé. Car notre témoin a un pied en maison médicale et l'autre… au Parlement fédéral !

Épisode 4 : Ri De Ridder connaît bien le système belge des soins de santé. Il compte parmi les pionniers des maisons médicales en Flandre, où il a travaillé plus de vingt ans. Il a ensuite dirigé l'INAMI, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Aujourd'hui, en pleine crise sanitaire, il conseille le ministre fédéral de la Santé publique. Avec lui, on parle des débuts des maisons médicales en Flandre, des idées qui les ont fait naître et des relations qu'elles entretiennent avec les politiques. On parle aussi du système belge de santé, qu'il estime vétuste. Et des idées pour le dépoussiérer.

Épisode 5 : Coralie Ladavid est tournaisienne. Son premier job (avant l'an 2000) : assistante sociale à la maison médicale Le Gué. Elle s'est ensuite impliquée à la Fédération des maisons médicales pour y rédiger notamment des notes politiques. Et puisque la politique, elle aime ça, elle a décidé de mouiller sa chemise : elle assume aujourd'hui la charge de première échevine à la ville de Tournai. Dans son interview, elle parle d'inégalités sociales mais aussi d'éducation permanente, de l'importance du terrain et de la Fédération des maisons médicales.

Épisode 6 : Jacques Morel a été le premier secrétaire général de la Fédération des maisons médicales. Il s'y est impliqué durant une trentaine d'années tout en pratiquant la médecine générale à Forest. Avec lui, on remonte le temps. On parle du contexte dans lequel sont nées les maisons médicales. Aussi des conflits, parfois durs, entre l'Ordre des médecins et les adeptes d'une médecine sociale. Enfin, on évoque la naissance de la Fédération qui fête cette année ses quarante ans.

Épisode 7 : Clarisse Van Tichelen n'est pas une soignante mais une femme de chiffres. En 2019, elle a réalisé une étude pour le compte de l'IWRPS, l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Une recherche pour comprendre comment et pourquoi le modèle des maisons médicales favorise l'accès aux soins des personnes précaires.

Épisode 8 : Pierre Drielsma est un pionnier du secteur. Il est médecin généraliste, il est liégeois, vingt-cinq idées le traversent à la seconde et surtout, il a participé à la conquête du paiement au forfait. Il raconte cette épopée et explique les avantages des pratiques forfaitaires.

Épisode 9 : Micky Fierens a animé pendant de longues années la LUSS ou Ligue des usagers des services de santé et se définit elle-même comme une patiente professionnelle. Il n'y a pas que les soignants qui sont experts en santé : les patients, qu'ils soient soignés en maison médicale ou non, sont les premiers acteurs de leur santé. Où peuvent-ils donner leur avis ? Veulent-ils tous le faire ? Sont-ils entendus ?

Épisode 10 : Jean-Marie Léonard, syndicaliste, évoque le rôle important des syndicats dans la construction du mouvement des maisons médicales. Dès la première heure, il a milité pour des soins de santé primaires et accompagné des initiatives naissantes de maisons médicales. Pourquoi a-t-il été sensible au mouvement ? Qu'a fait son syndicat pour le soutenir ? Il évoque aussi le sujet épineux, pour un syndicaliste, de l'autogestion.

Épisode 11 : Aude Garelly. Il y a quelques années, la Fédération des maisons médicales 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 Aude Garelly. Elle est consultante et elle s'est immergée dans le mouvement des maisons médicales. Elle nous explique ce qu'elle retient de cette expérience.

Épisode 12 : Michel Roland a été un pionnier du mouvement des maisons médicales, à la fin des années 1970. Il évoque l'ouverture d'une des premières maisons médicales de Bruxelles, l'influence des théories du Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) et l'implication des patients et des bénévoles. On parle aussi de l'outil informatique avec cet amoureux des sciences dures. Il nous apprend comment et pourquoi des logiciels ont été développés au sein même du mouvement des maisons médicales.

Épisode 13 : Brigitte Bouton est inspectrice générale du département « santé » de l'AViQ, l'Agence (wallonne) pour une vie de qualité. Offrir des soins de première ligne à la population ne s'improvise pas. Les maisons médicales doivent respecter des règles, entrer dans un cadre et avant tout, obtenir un agrément avant d'ouvrir leurs portes aux patients. En Région wallonne, selon le vocabulaire consacré, les maisons médicales sont des ASI ou associations de santé intégrées. Elles relèvent de l'AViQ, qui définit le cadre et les règles à suivre.

Épisode 14 : Bernard Vercruysse a travaillé quarante ans dans le quartier Nord, à Schaerbeek. Sa pratique a nécessité un stéthoscope, bien sûr, mais aussi de bonnes oreilles. Surnommé docteur 'sakal' (docteur barbu, en turc) par sa patientèle, il parle de l'écoute et de la compréhension des patients. Et puisque la maison médicale du Nord a connu le paiement à l'acte avant de passer au forfait, il évoque aussi ce sujet.

Épisode 15 : Isabelle Heymans s'est investie longtemps à la Fédération des maisons médicales. Elle y a assumé plusieurs fonctions jusqu'à être la première femme nommée secrétaire générale du mouvement. Elle raconte la découverte, durant ses stages, d'une médecine proche des gens ; la prise en main de la fonction de secrétaire générale ; quelques-uns des enjeux qui ont traversé la Fédération durant son mandat ; et les enjeux du projet qualité « DEQuaP ».

Épisode 16 : Talbia Belhouari est chef du service « Santé » à l'administration bruxelloise des Affaires sociales et de la Santé. Elle évoque le cadre dans lequel agissent les associations de santé intégrées en Région Bruxelles-Capitale. Comment les maisons médicales sont-elles agréées ? Quelles sont leurs missions ? Quel soutien reçoivent-elles de la Cocof, la Commission communautaire française ? Elle parle aussi de santé communautaire, de ce que les maisons médicales bruxelloises font bien et de ce qu'elles pourraient améliorer.

Épisode 17 : Monique Boulad est médecin généraliste à La Docherie, un quartier difficile de Marchienne-au-Pont, dans la région de Charleroi. Elle évoque celles et ceux qui ont porté la maison médicale La Glaise : leur état d'esprit, leurs motivations et le regard que portaient sur eux les habitants du quartier. Elle évoque aussi le comité éthique de la Fédération des maisons médicales, qu'elle a longtemps présidé.

Épisode 18 : Isabelle Dechamps. Les maisons médicales sont des équipes pluridisciplinaires regroupant des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmières, des psychologues et des assistants sociaux… mais aussi des accueillants, un métier méconnu. Il est pourtant le premier contact du patient avec la maison médicale. L'accueillant se trouve en première ligne de la première ligne. Isabelle Dechamps explique ce que veut dire « accueillir désirablement », les difficultés de la fonction et évoque le GAF : le Groupe Accueil de la Fédération.

Épisode 19 : Brigitte Meire est infirmière et a été déléguée syndicale. Elle s'est battue bénévolement durant l'élaboration des accords du secteur non marchand. Elle a ensuite œuvré à la création d'une délégation syndicale pour les travailleurs du mouvement. Un mouvement autogestionnaire, ce qui a soulevé quelques questions. Avec elle, on découvre que les travailleurs en maison médicale ont aussi parfois besoin d'être défendus.

Épisode 20 : Fanny Dubois est la secrétaire générale de la Fédération. Une femme au parcours professionnel panaché. Elle parle de la Sécurité sociale, mise à mal par des logiques néolibérales, et des soins de santé en Belgique. Elle milite pour une première ligne de soins renforcée. Avec plus de prévention, plus de promotion de la santé, plus d'écoute, aussi, lorsque sont exprimés les besoins du terrain dans les lieux de concertation sociale.

DATES ET AUTEURS DES ILLUSTRATIONS

Clou : accès (1999), acte (financement à l') (1998), ambulatoires (soins) (1997), autonomie du patient (1997), communautaire (santé) (1998), convention médico-mutualistes (1998), droits du patient (1998), élections médico-mutualistes (1998), engagement politique (1998), forfait (1998, 2 illustrations), LUSS (1998), médecine pour le peuple (1998), médicaments (1998), non-hiérarchie (1998), participation des patients (1999), patientèle (1998), précarité (1999), régionalisation (1998), sans-papier (1999), secret partagé (1999), Sécurité sociale (1998), soins à domicile (1998), surmédicalisation (1997), usager (1998).

Franx : assistant social (2000), école dispersée de santé (2000), infirmiers (2000), relations soignant patient (1999).

Serdu : accueil (2005), GBO (2002)

Jimpé : abrévitions et sigles (2012), autogestion (2008), centre de santé intégré (2004), classification CISP (2008), communautaire (santé) (2003), congrès (tract) (2011), continuité (2003), DEQ (2012), développement et gestion (2013), DSI (dossier santé informatisé) (2003), échelonnement (2006), égalité salariale (2002), entrisme (2003), e-santé (2004), éthique (2010), FASS (2013), féminisation (2007), gestionnaire coordinateur (2011), grève de 1964 (2011), histoire (2011), hospitalocentrisme (2006), IFIC (2011), immeuble (2011), Impulseo (2008), inégalités sociales en santé (2008), informatique (2005), interdisciplinarité (2005), marchandisation (2006), médecin (2013), médecine pour le peuple (2013), non marchand (2002), parlote (2003), permanence (2003), prévention quaternaire (2011), Pricare (2006), psy 107 (2010), psychocentrisme (2003), psychologue (2002), recherche-action (2008), syndicats (2013), tableau de bord (2011), toxicomane (2009), université ouverte en santé (2009), WONCA (2008)

Deb : moratoire (2016), néolibéralisme (2014)

Archives de la Fédération : caravane (2017), colloque santé mentale (tract) (2014)

Fanny Alet (2021) : alternatif, assurance, bénévolat, citoyenneté, démocratie, éducation permanente, fondation, kinésithérapeute, militantisme, mosaïque, Pandémie, plainte, recherche, zone-sanitaire.

Divers et non identifiés : Absym (1995), *Appel des 300* (1980),association de santé intégrée (1995), autodérision (1985), Cultures et santé (1986), dossier médical (1978), formation du médecin (1982), GERM (1980), globalité des soins (1981), INAMI, Mai 68 (1968), Ordre des médecins (1983), Ottawa (Willy Wolsztajn , 1986), prévention (1981), relations soignant patient (1978)

Tout droit de reproduction, traduction et adaptation réservés.

Auteurs : Annette Hendrick et Jean-Louis Moreau (ORAM)
Mise en page : Véronique Lux et Ludovic Leruste

Impression : imprimerie Hayez

Éditeur responsable : Fanny Dubois

Une publication de la Fédération des maisons médicales
Boulevard du Midi, 25 à 1000 Bruxelles

Imprimé à Bruxelles en janvier 2022

La Fédération des maisons médicales fête ses 40 ans par la publication d'un dictionnaire historique et militant. Les jeunes générations y découvriront les principes qui animent le mouvement, les combats de la Fédération, ses compagnons de route, les grandes dates aussi qui ont marqué l'histoire du secteur de la santé depuis la grande grève des médecins en 1964 jusqu'à la pandémie d'aujourd'hui. Deux historiens, Annette Hendrick et Jean-Louis Moreau (ORAM), retracent cette histoire militante à travers quelque 200 mots-clés, en puisant dans les riches archives de la Fédération des maisons médicales récemment inventoriées.

Avec le soutien de

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Wallonie

Francophones Bruxelles

FÉDÉRATION MAISONS MÉDICALES santé et solidarité

ORAM

Éditeur responsable : Fanny Dubois, blvd du Midi, 25 à 1000 Bruxelles. Imprimé à Bruxelles en janvier 2022.