

# MÉMO- randum

**2018  
2019**

Enjeux  
**LOCAUX**  
**RÉGIONAUX**  
**FÉDÉRAUX**  
**EUROPÉENS**



**10 RECOMMANDATIONS**  
**101 PROPOSITIONS**  
pour une autre politique  
de santé



**Je vote**  
**SANTÉ**



FÉDÉRATION  
**MAISONS  
MÉDICALES**  
santé et solidarité

# La Fédération des maisons médicales

La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, fédération majoritaire du secteur, regroupe plus de 110 maisons médicales implantées en Wallonie et à Bruxelles. Ce mouvement rassemble plus de 2.000 travailleurs et environ 275.000 patients.

Nos maisons médicales travaillent en équipes pluridisciplinaires depuis plus de 40 ans. Elles dispensent des soins de première ligne de qualité, accessibles, continus, globaux et intégrés, et s'adressent à l'ensemble de la population. Leur action vise une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physique, mais aussi psychique et sociale. Elles s'inscrivent dans une approche de promotion de la santé et intègrent les soins et la prévention. Les maisons médicales s'appuient sur une dynamique de participation communautaire pour favoriser une prise de conscience critique des citoyens vis-à-vis de mécanismes qui entravent leur santé.

Notre Fédération, pluraliste, a pour objectif de promouvoir une politique et un projet de société favorisant la santé pour tous. Notre mouvement défend pour ce faire un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La charte des maisons médicales de notre Fédération décline les valeurs que nous cultivons au quotidien au sein de nos structures, véritables laboratoires sociaux : la solidarité, la justice sociale, la citoyenneté, le respect de l'altérité et l'autonomie. Notre Fédération défend ces valeurs au travers du dialogue, des partenariats, de la participation aux débats avec divers acteurs du système de santé et de la société en général.

**PROMOUVOIR une  
politique et un projet  
de société favorisant LA  
SANTÉ POUR TOUS.**

Mémoire réalisé par la Fédération des maisons médicales  
et des collectifs de santé asbl

Éditeur responsable : Christophe Cocu, bd. du Midi 25/5,  
1000 Bruxelles

Illustrations : [www.freepik.com](http://www.freepik.com)  
Mise en page : Bérangère Jadin

© 2018 Fédération des maisons médicales  
[www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)  
[fmm@fmm.be](mailto:fmm@fmm.be)

# TABLE DES MATIÈRES

## Enjeux politiques en 2018

Des déterminants de la santé qui se dégradent	4
Une marchandisation du système de soins de santé	5
Des enjeux mal pris en compte	5
Et l'avenir ?	5

## 10 recommandations politiques

Soutenir une sécurité sociale fédérale forte et un système de soins cohérent	6
Agir sur les déterminants de la santé de manière transversale : la santé dans toutes les politiques	7
Rétablir et renforcer la concertation et la participation citoyenne dans le système de santé	8
Un système de soins de santé échelonné et organisé autour des besoins des patients	10
Une première ligne (ré)organisée	12
Revaloriser les métiers pour une première ligne plus attractive	14
Développer une politique du médicament efficiente	16
Soutenir la création et le développement des pratiques de groupe pluridisciplinaires de 1 <sup>ère</sup> ligne	18
Améliorer l'accessibilité financière notamment via le financement forfaitaire	20
Pour une informatisation raisonnée, au service de l'humain	22

	<b>Légende</b>	
	Commune	
	Province	
	Région	
	Communauté	
	Fédéral	
	Europe	
	Tous	

# MÉMORANDUM

## 2018-2019

**10 RECOMMANDATIONS**  
**101 PROPOSITIONS**  
pour une autre politique de santé

### Enjeux politiques en 2018

#### Des déterminants de la santé qui se dégradent

Augmentation des maladies chroniques, des maladies mentales, souffrances physiques et psychiques, etc. Dans les maisons médicales, les acteurs de première ligne sont témoins de la dégradation de l'état de santé d'une frange de la population qui s'enlise dans des problématiques de plus en plus complexes.

Si, en comparaison avec d'autres pays européens, la situation de la Belgique en termes d'inégalités sociales et de performance du système de santé est actuellement acceptable, on constate cependant une croissance du nombre de personnes proches du seuil de pauvreté, avec des disparités régionales importantes.

Les conditions socio-économiques influencent fortement la santé. Les écarts sont très marqués (en termes d'espérance de vie, de mortalité infantile, d'obésité, d'assuétudes, d'activité physique, de support social, etc.). Mais les « pauvres » ne sont pas les seuls concernés. Dégradation des conditions de travail, hyper responsabilisation des individus, crise du logement, délitement du lien social, etc. Les constats de détérioration des déterminants sociaux de la santé sont connus et pèsent sur la santé de nos concitoyens.

Agir sur ces déterminants et lutter contre les inégalités sociales nécessitent une synergie entre « biomédecine » et promotion de la santé. Or, l'éclatement des compétences suite à la sixième réforme de l'Etat et le manque de structure de la première ligne nuisent fortement à l'évolution d'une politique de santé globale et cohérente.

**LES CONSTATS DE DÉTÉRIORATION des**  
**déterminants sociaux de la santé PÈSENT**  
**SUR LA SANTÉ DE NOS CONCITOYENS.**

## Une marchandisation du système de soins de santé

Les politiques en santé de ces dernières années, justifiées budgétairement, recouvrent en fait un projet de société où la marchandisation des soins est devenue la norme. En 2017, 900 millions d'euros d'économies ont été réalisées sur le budget des soins de santé. C'est le patient qui paie : diminution du remboursement de certains médicaments, réduction drastique des remboursements pour les personnes souffrant de fibromyalgie, moratoire sur le passage au forfait, mesures d'économies imposées aux hôpitaux compensées par des suppléments d'honoraires qui font s'envoler les primes d'assurance hospitalisation, augmentation du ticket modérateur chez les spécialistes, etc. L'accessibilité des soins est mise à mal. En 2018, une partie importante de la population belge reporte ou renonce à ses soins de base pour des raisons financières.

Le sous-financement des soins de santé, la privatisation et la marchandisation des soins mettent en danger notre système de soins de santé équitable et solidaire. Il risque d'être remplacé par un modèle d'assurances privées à visées lucratives avec sélection des risques, ce qui favoriserait l'éclosion d'une médecine à deux vitesses.

## Des enjeux mal pris en compte

Notre système de santé doit faire face aux enjeux de vieillissement de la population, qui va de pair avec le développement des maladies chroniques, dans un contexte de pénurie de soignants. De nouvelles politiques de santé sont lancées (plan maladies chroniques, psy 107, hospitalisation à domicile, etc.) ; elles visent à ramener les patients vers la première ligne de soins, mais manquent d'articulations et de cohérence territoriale. Elles sont également insuffisamment financées. Au lieu d'un soutien à la première ligne existante, on assiste à la création d'une première ligne bis, construite à partir des hôpitaux : c'est l'hospitalo-tentaculisme.

## Et l'avenir ?

Comme l'OMS, nous affirmons que seul un système de santé basé sur une première ligne efficiente et une pleine accessibilité - qu'elle soit financière, culturelle, temporelle ou géographique - pourra répondre à ces défis. La clé de voûte de ce système est la relation humaine, thérapeutique, entre des patients éclairés et des équipes de soignants de première ligne compétents et empathiques. Cela permettra de maintenir la qualité de notre système et de développer une réelle approche « globale » de la santé des citoyens. Le modèle développé par les maisons médicales permet d'apporter des réponses concrètes à ces nouveaux défis : une première ligne pluridisciplinaire, offrant des soins globaux, intégrés, continus et accessibles. Pour nous, ce n'est pas encore suffisant, nous souhaitons aller plus loin dans la pluridisciplinarité et l'innovation. Les maisons médicales doivent s'allier au reste de l'ambulatoire pour constituer, ensemble, une offre plus complète et plus intégrée au bénéfice de la population.

Christophe Cocu,  
Secrétaire général de la Fédération  
des maisons médicales

## RECOMMANDATION N°1



# Soutenir une **SÉCURITÉ SOCIALE** fédérale forte et un système de soins cohérent

Un système de Sécurité sociale est d'autant plus fort qu'il concerne une population importante. Cela permet de répartir davantage le risque. En diminuant son étendue et en la fractionnant, la sixième réforme de l'Etat affaiblit notre Sécurité sociale. Plus récemment, le Tax-shift a réduit son financement tandis que des projets, tels que les « contrats associatifs », lui soustraient toujours plus de revenus.

Le risque est réel qu'à plus ou moins brève échéance une nouvelle opération de détricotage de l'assurance maladie ait lieu, au nom de l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale paradoxalement mis en danger par les politiques pointées ci-dessus.

Par ailleurs, la sixième réforme de l'état a renforcé le morcellement des compétences en santé. La politique de santé, et en particulier l'organisation de la première ligne de soins, est du ressort des régions alors que le financement des soins et la politique des hôpitaux sont restés à l'étage fédéral. Cet éclatement entre les différents niveaux de pouvoir brise qui plus est le lien nécessaire entre préventif et curatif et empêche une vraie politique de santé.

Autre conséquence : la mise en place par les régions de politiques de solidarité, hors du cadre de la Sécurité sociale, qui cassent la logique de proportionnalité et de progressivité des impôts (pour l'assurance autonomie par exemple).



## La Fédération propose de...

	Gérer toutes les compétences santé à un même niveau de pouvoir tout en conservant l'assurance maladie dans le cadre d'une Sécurité sociale fédérale et solidaire.	<input type="radio"/>
	Maintenir la Sécurité sociale au niveau fédéral, voire l'élargir au niveau européen.	<input type="radio"/>
	Construire une véritable position de négociation francophone afin d'éviter, comme en 2011, de devoir céder des morceaux de la sécurité sociale.	<input type="radio"/>
	Individualiser les droits sociaux. Dans de nombreux cas, le montant des allocations dépend de la situation familiale des bénéficiaires, ce qui les fragilise.	<input type="radio"/>
	Poser les jalons d'une Europe sociale avec une sécurité sociale commune.	<input type="radio"/>
	Développer une Europe de la santé, avec une couverture universelle pour tous les états membres.	<input type="radio"/>
	Chercher activement des solutions en comités interministériels santé plutôt que d'acter des désaccords.	<input type="radio"/>

## RECOMMANDATION N°2



# Agir sur les DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ de manière transversale

L'état de santé d'une population est influencé par des facteurs biologiques (patrimoine biologique et génétique), par les soins de santé qu'elle peut recevoir, 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 statut social, des réseaux dont bénéficie le patient, du niveau d'éducation et d'alphabetisme, de l'emploi et des conditions de travail, de l'environnement, des habitudes de santé, des capacités d'adaptation, du genre et de la culture.

Ces matières sont actuellement déconnectées des politiques de santé. Nous prôtons une plus grande transversalité et donc un décloisonnement des domaines politiques.

**La santé dans TOUTES  
LES POLITIQUES.**



### La Fédération propose de...



Instaurer un échevin de la santé.



Instaurer un député provincial de la santé.



Mettre sur pied une approche intersectorielle des politiques publiques afin d'analyser les conséquences sanitaires de chaque décision, dans une perspective de santé globale (Conformément aux recommandations de l'OMS).



Transférer les moyens dédiés aux soins vers d'autres matières permettant de meilleurs résultats sur la qualité de vie (ex : création de logements pour les patients psychiatriques qui sortent des hôpitaux, politiques d'accompagnement de ces patients, etc.).

### RECOMMANDATION N°3



## Rétablir et renforcer la **CONCERTATION** et la **PARTICIPATION CITOYENNE** dans le système de santé

La concertation est l'une des pierres angulaires du système démocratique belge. Force est de constater qu'elle s'est dégradée ces dernières années en bien des aspects.

Lors de cette législature, la concertation entre le Gouvernement fédéral et l'associatif s'est révélée désastreuse. Tant au nord qu'au sud du pays, les acteurs de terrain ont constaté la grande difficulté de rencontrer les cabinets. Les exemples de concertation remplacée par de la simple information sans possibilité d'influer sur la politique menée sont légion (loi réglementant la pratique de la psychothérapie, l'audit et le moratoire sur les pratiques forfaitaires, loi sur les asbl, révision de l'AMU, etc.).

Lorsque la concertation a été organisée, ce fût de manière déséquilibrée, avec une difficulté pour la première ligne d'assumer de réels rôles. Paradoxalement, nous constatons une multiplication incohérente de structures de concertation locales (psy 107, réforme de la pédopsychiatrie, maladies chroniques, retour précoce après accouchement, etc.), top/down, sans financement, qui épuise les secteurs et les détourne des problématiques méta et de leurs tâches premières.

Il faut entendre le terrain mais aussi les citoyens. Car un système de santé qui répond au mieux aux besoins de la population et qui propose des services adéquats requiert la participation citoyenne dans l'élaboration des politiques de santé. Valoriser les personnes en prenant en compte leur parole et leur vécu aura pour effet d'améliorer le bien-être de la population. Cette participation doit être organisée et encouragée à tous les niveaux du système : celui des services (comité de patients), des mutuelles, des OIP (organismes d'intérêt public) réceptacles des compétences transférées suite à la sixième réforme de l'Etat, des régions et du Fédéral.

**Il faut entendre le  
terrain mais **AUSSI**  
**LES CITOYENS.****





## La Fédération propose de...



Établir des liens entre les services/les usagers et les autorités communales.



Mettre sur pied des commissions consultatives en matière de santé.



Soutenir la mise en place de coordinations sociales communales.



Maintenir les organes de concertation qui fonctionnent comme le groupe de travail associations intégrées de santé (GT ASI) en Région wallonne, conseil consultatifs de la Cocof, etc.



Mettre en place le conseil de stratégie et de prospective de l'AVIQ et élargir le pouvoir des commissions de l'AVIQ.



Garantir la concertation entre les acteurs de santé (professionnels, mutuelles, etc.) et les usagers afin de mieux connaître les besoins de la population.



Défendre notre modèle de concertation paritaire, souvent pris en exemple à l'étranger.



Accueillir les lobbies citoyens en matière de santé pour contrebalancer la présence agressive des lobbies industriels.



Prévoir des structures qui permettent d'accueillir la participation des patients dans les différents niveaux de pouvoir (à défaut d'un système de santé plus centralisé).



Accorder une place privilégiée aux patients organisés en structures collectives comme des comités de patients ou la LUSS (Ligue des usagers de services de santé).



Veiller à ce que les initiatives des cabinets soient systématiquement concertées.



#### RECOMMANDATION N°4



## Un système de soins de santé **ÉCHELONNÉ** et **ORGANISÉ AUTOUR DES BESOINS DES PATIENTS**

L'efficacité d'un système de santé repose notamment sur le principe d'échelonnement des soins. Un échelonnement efficace nécessite une politique de santé qui se soucie mieux des besoins et met la priorité sur les soins de santé primaires. Les pratiques pluridisciplinaires de première ligne répondent à ces enjeux. Elles diminuent le recours à l'hôpital et favorisent le maintien à domicile. Mais, comme le reste de la première ligne, les maisons médicales sont débordées et manquent de moyens pour se développer.

Car la première ligne souffre ! Fortement sollicitée par le développement récent des alternatives à l'hospitalisation et des retours précoces à domicile, l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population, elle tente de répondre à la déferlante. Mais, le manque de moyens est criant car les économies réalisées en deuxième ligne ne sont pas injectées dans l'ambulatoire, ni concertées.

Certaines régions sont particulièrement démunies face à cet afflux de patients. La répartition des soignants sur notre territoire n'est en effet pas homogène. Des zones connaissent une pénurie inquiétante, mettant en péril la continuité des soins pour une partie de la population. L'installation des soignants ne se fait pas nécessairement en fonction de l'utilité sociale et des besoins de la population.

**UN ÉCHELONNEMENT EFFICACE**  
**nécessite une politique de**  
**santé qui SE SOUCIE MIEUX DES**  
**BESOINS et MET LA PRIORITÉ SUR**  
**LES SOINS de santé primaires.**



## La Fédération propose de...



Créer des logements pour étudiants et stagiaires dans les zones rurales et en pénurie.



Favoriser l'installation et la répartition des professionnels de première ligne par des mesures incitatives suffisantes.



Planifier l'installation des structures de première ligne en prenant en compte les besoins locaux en santé, l'activité réelle des soignants, spécifiquement des médecins généralistes.



Réduire de manière progressive et concertée les sous-quotas de spécialistes au bénéfice des sous-quotas de généralistes de façon à anticiper l'augmentation de travail en première ligne.



Favoriser la collaboration entre la prévention spécialisée (ONE, médecine scolaire, etc.) et les centres de santé de première ligne.



Mettre en œuvre les transferts des moyens de la deuxième ligne vers la première via des accords de coopération comme le prévoit la loi de financement.



Créer des mesures incitatives pour renforcer l'échelonnement, et décourager le recours direct à la deuxième ligne.



Élaborer une politique d'accès aux soignants commune pour éviter que la mobilité des soignants se fasse en fonction des intérêts économiques et au détriment de l'utilité sociale.

**Des zones connaissent une  
PÉNURIE INQUIÉTANTE.**

## RECOMMANDATION N°5



# Une **PREMIÈRE LIGNE** (ré)organisée

La première ligne est constituée d'une multitude d'acteurs fortement dispersés. Les maisons médicales font exception en regroupant dans leurs équipes pluridisciplinaires les principaux professionnels : médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, assistants sociaux et parfois psychologues (et d'autres fonctions pourraient encore y être intégrées, les dentistes ou les sages-femmes par exemple).

Pour faciliter la coordination des nombreux acteurs de première ligne, les pouvoirs publics ont mis sur pied, par couches successives depuis 30 ans, une série de dispositifs de coordination et de réseaux : centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD), service intégré de soins à domicile (SISD), réseaux multidisciplinaires locaux (RML), centres locaux de promotion de la santé (CLPS), réseaux assuétudes, plateformes de santé mentale, de soins palliatifs, projets maladies chroniques, etc. et plus récemment les réseaux santé mentale, puis les réseaux pédopsy. Un système complexe et incohérent, énergivore pour les acteurs de première ligne généraliste impliqués dans toutes les thématiques.

Depuis la sixième réforme de l'Etat, l'organisation de la première ligne est devenue une compétence régionale, c'est une chance à saisir pour simplifier le système de manière cohérente.

**SIMPLIFIER** le système de  
manière cohérente.



## La Fédération propose de...



Soutenir la territorialisation en créant des initiatives supra communales de « carrefours santé » regroupant les dispositifs de coordination (plateformes, RML, SISD, CCSSD, maladies chroniques, psy 107, etc.).



Réaliser un rapprochement entre la santé publique et le terrain pour adapter l'offre de soins aux besoins réels de la population. Les compétences existent actuellement dans les observatoires de la santé.



Refondre complètement l'organisation de la première ligne sur une base territoriale sous régionale, avec pour objectif de rendre le système plus accessible, plus lisible et mieux coordonné, à la fois pour les usagers et les professionnels.



Définir des « zones de soins » de première ligne cohérentes, d'environ 100 000 habitants (modèle « Together we change »), basées sur l'utilisation réelle des citoyens.



Refondre l'ensemble des structures de coordination (plateformes, RML, SISD, CCSSD, etc.) dans un ensemble cohérent.



Homogénéiser les territoires de projets ou institutions existants (psy107, projets maladies chroniques, hôpitaux, etc.) afin de favoriser le travail entre partenaires travaillant sur un même territoire, tout en garantissant la liberté de choix des prestataires.

Depuis la sixième réforme de l'état, **L'ORGANISATION DE LA PREMIÈRE LIGNE EST DEVENUE UNE COMPÉTENCE RÉGIONALE.**

## RECOMMANDATION N°6



# Revaloriser les **MÉTIER**S pour une première ligne plus attractive

Le travail en première ligne est exigeant, pour l'ensemble des fonctions. Il est souvent réalisé avec engagement. Un engagement bien nécessaire lorsqu'on voit à quel point ces métiers sont dévalorisés. L'avenir est à la première ligne et aux pratiques de groupe pluridisciplinaires. Il faut pouvoir y attirer des travailleurs. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : rien que pour les médecins généralistes 119 communes wallonnes connaissent une pénurie. En Région bruxelloise, dans dix ans, la moitié des médecins généralistes aura atteint l'âge de la retraite. Les infirmiers sont aussi en pénurie et le passage à quatre années d'études ne va pas améliorer la situation à court terme.

Certains efforts financiers ont déjà été réalisés, en proposant une grille barémique plus intéressante pour les salariés (cf. institut de classification de fonctions - IFIC). Un déséquilibre important subsiste toutefois entre spécialités et métiers de première ligne, quelle que soit la fonction.

Au-delà de la revalorisation financière indispensable des métiers de première ligne, il reste encore beaucoup à faire, et tout n'est pas question d'argent. Nous déplorons par exemple le peu de place pour les formations à ces métiers au niveau académique et la survalorisation symbolique des spécialités au détriment des fonctions généralistes. A ces constats, s'ajoutent les conditions de travail difficiles en première ligne : manque de moyens investis pour la concertation intra et extramuros, horaires inconfortables, tâches de plus en plus complexes, délaissées par la deuxième ligne mais non rémunérées en première ligne, surcharge administrative ou encore flexibilité à outrance, etc. Rendre la première ligne plus attractive passe aussi par la prise en compte de ces enjeux.

**Rendre la première ligne  
PLUS ATTRACTIVE.**



## La Fédération propose de...



Soutenir la création d'une première ligne à l'identité forte, la reconnaissance des métiers de première ligne généraliste et leur valorisation.



Créer des filières spécifiques d'études généralistes quelles que soient les études en santé entamées.



Mettre en place des formations décloisonnées, créer un tronc commun dans des études au sein de réelles « écoles de la santé ».



Intensifier la recherche en soins de santé primaires, afin de permettre :

- l'académisation de la médecine générale avec pour objectif 40 % de médecins généralistes (enseignants et chercheurs) ;
- d'améliorer leur qualité et de valoriser leur rôle au sein du système de santé ;
- d'améliorer l'identification des besoins des usagers et des professionnels ;
- de nourrir les organes de concertation pour permettre une meilleure planification et organisation des soins de santé de première ligne.



Financer à 100 % les nouveaux barèmes adoptés par la commission paritaire dans le cadre de l'IFIC.



Réduire les écarts d'honoraires entre médecins spécialistes et généralistes.



Réduire les écarts d'honoraires entre médecins et autres professionnels de la santé.



Redéfinir clairement les métiers de première ligne, avec une répartition claire des rôles selon le principe de subsidiarité.



Octroyer la reconnaissance de la fonction généraliste pour tous les soignants de première ligne (psychologue, kiné, infirmier, etc.).



Promouvoir les pratiques de groupe interdisciplinaires, l'interdisciplinarité avec possibilité de délégation de tâches (notamment administratives) ou de partage de tâches (en complémentarité avec d'autres professions de première ligne notamment infirmiers).



Promouvoir le salariat (sécurité, confort, simplification administrative, horaires cadrés).



Soutenir l'amélioration des conditions de travail : organiser la continuité des soins (gardes, etc.), financer, soutenir les pratiques de groupe.



Définir la fonction psychosociale de première ligne en concertation avec les secteurs et financer la fonction dans les équipes pluridisciplinaires.

## RECOMMANDATION N°7



# Développer une **POLITIQUE DU MÉDICAMENT** efficiente

Le médicament coûte de plus en plus à la collectivité, comme au patient. Certains médicaments, sont devenus tellement chers que les pouvoirs publics refusent leur remboursement.

Le secteur du médicament est presque complètement privatisé et « marchandisé », de la recherche à la pharmacie. Et cette industrie est l'une de celles qui verse le plus de dividendes aux actionnaires. Une partie de la recherche est réalisée par les universités. La commercialisation se fait au sein de startups très vite rachetées par les entreprises pharmaceutiques. L'Etat paye donc deux fois ses médicaments : en finançant les universités et en remboursant les médicaments via la Sécurité sociale.

Le coût du médicament n'est pas directement lié à ses coûts de productions. Le prix est fixé sur base de ce que l'Etat (et le citoyen) est prêt à payer.

Tout ceci a des conséquences majeures pour la santé publique :

- La recherche est orientée profit plutôt que santé publique : des budgets colossaux sont consacrés à la mise au point de nouveaux médicaments pour lesquels un marché existe, mais qui n'apportent aucune plus-value en terme de santé. Des armées de délégués médicaux proposent ces nouveaux produits aux soignants sous couvert de formation continue. Les échantillons conditionnent les patients à utiliser ces médicaments plutôt que les génériques. En parallèle, des recherches sont abandonnées: elles concernent des maladies qui touchent des populations trop peu solvables (ex: la Malaria en Afrique) ou des maladies rares.
- La logique des brevets prive des populations entières de traitement vital alors que la production coûte très peu.
- La publicité toujours plus agressive a des conséquences désastreuses, notamment en ce qui concerne la consommation d'antidouleurs dont on a retiré pour certains l'obligation de prescription.
- Les conditionnements sont souvent inadaptés aux besoins réels du patient et induisent de nombreux gaspillages

L'Etat est absent de ces enjeux car les entreprises pharmaceutiques représentent plus de 50 000 emplois à haute valeur ajoutée en Belgique, qu'elles pourraient décider de délocaliser.

**L'ETAT PAYE DEUX FOIS  
ses médicaments.**



## La Fédération propose de...



Favoriser l'esprit critique des (futurs) prescripteurs.



Renforcer les systèmes d'information indépendants pour les médecins comme Farmaka.



Mettre en œuvre des systèmes de marchés publics de type « kiwi » pour les molécules les plus courantes.



Donner la possibilité de prescription à l'unité.



Encourager la prescription en DCI (le nom de la molécule chimique).



Enregistrer tous les médicaments délivrés, y compris OTC (en délivrance libre).



Instaurer un forfait médicaments.



Permettre la création de pharmacies intégrées aux maisons médicales (comme pour les hôpitaux).



Favoriser la poursuite d'objectifs de santé publique (vs objectifs purement lucratifs) en rendant l'État copropriétaire des sociétés pharmaceutiques.



Délier recherche et commercialisation des produits pharmaceutiques.



Négocier de manière collective les prix des médicaments et non par marché national.



Mettre sur pied un institut de recherche financé directement par les Etats, qui aurait pour mission principale d'organiser la recherche et la mise au point de médicaments dans les domaines délaissés par le privé. Ces nouvelles molécules ne feraient pas l'objet de brevets.



Interdire toute forme de publicité pour les médicaments, vers le public comme vers les médecins.



Faire entrer les pouvoirs publics dans les comités de choix de recherches.



Une solution d'influence publique sur la production, distribution, et fixation des prix des médicaments.

## RECOMMANDATION N°8



# Soutenir la **CRÉATION** et le **DÉVELOPPEMENT** des pratiques de groupe pluridisciplinaires de 1<sup>ère</sup> ligne

Le secteur des maisons médicales connaît depuis plusieurs années une croissance importante. Cela témoigne du souhait d'une part croissante de la population de se faire soigner en maison médicale et de l'envie des prestataires de soins de première ligne de travailler dans de telles structures.

Le modèle maison médicale semble constituer une partie de la solution au problème de pénurie de soignants de première ligne, en milieu rural notamment.

Les associations de santé intégrée (ASI en Région wallonne) et les maisons médicales (Bruxelles) sont aujourd'hui reconnues au niveau régional via un agrément. Cette reconnaissance est assortie de critères qui garantissent et encouragent la qualité et l'accessibilité pour tous. Elle ancre les maisons médicales dans un cadre d'institutions privées d'intérêt public soumises à l'inspection et au contrôle, ce qui permet de distinguer les pratiques de qualité.

Cette croissance et ce développement doivent être compris comme un processus de changement social et sociétal dans les soins de santé. Cette transition peut s'opérer à partir de la base (bottom-up) et avec un soutien des pouvoirs publics régionaux (top-down). Elle se réalise sans contrainte ni sur les soignants, ni sur les citoyens ce qui garantit une évolution démocratique.

**Un processus de  
CHANGEMENT social et  
sociétal dans les SOINS DE  
SANTÉ.**



## La Fédération propose de...



Soutenir la création de centres de première ligne intégrés : mise à disposition de locaux pour équipes pluridisciplinaires, baux emphytéotiques sur des bâtiments communaux, intégration dans les réseaux communaux, etc.



Octroyer aux ASI en gestation une bourse afin de faire face aux frais de consultance nécessaires (comptable, notaire, juriste, architecte, fiscaliste, etc.).



Favoriser les dynamiques spécifiques locales des maisons médicales en soutenant les intergroupes de la Fédération.



Renforcer le soutien régional à la création et au développement des maisons médicales qui rencontrent les critères d'agrément.



Planifier rationnellement les lieux d'implantation de nouvelles structures.



Appliquer les recommandations du groupe de travail sur la réforme des pratiques forfaitaires remises à la ministre De Block en avril 2018 (commission mixte comité de l'assurance et commission forfait de l'INAMI).



Octroyer une reconnaissance des pratiques de groupe à l'acte via un numéro INAMI spécifique.



Favoriser l'extension du modèle centre de santé intégré en Europe et la portabilité des dossiers médicaux des patients au sein de l'Europe.



Réaliser une cartographie européenne des soins de santé primaires.



## RECOMMANDATION N°9



# Améliorer l'**ACCESSIBILITÉ** financière notamment via le **FINANCEMENT FORFAITAIRE**

L'accessibilité au système de soins est fondamentale d'une façon générale, et pour les soins de première ligne en particulier. Le ticket modérateur ne modère pas la consommation des patients qui en ont les moyens mais exclut plutôt les personnes précarisées. À l'heure actuelle, plus de 25% des ménages postposent leurs soins pour des raisons financières.

Soucieuse de garantir l'accessibilité aux soins, la majorité des maisons médicales a choisi un financement au forfait et les maisons médicales à l'acte pratiquent largement le tiers-payant.

Le calcul du forfait a été réformé en 2013 pour correspondre davantage aux besoins de la population. Cependant, il est loin d'être parfait et il est primordial de poursuivre son amélioration. Il faut développer des critères qui régissent l'accès à ce mode de financement afin de mieux garantir la qualité des soins pour tous dans une logique non lucrative. Des propositions sont analysées au cabinet de la ministre fédérale de la Santé, mais, vu l'éclatement des compétences, il faut que l'on se mobilise à tous les échelons politiques.

Les sources de financement doivent se diversifier. Les structures ne peuvent plus compter seulement sur l'apport du Fédéral. En effet, les maisons médicales appréhendent la santé de façon plus large que ce que couvre théoriquement le forfait. Notre approche prend aussi en compte le suivi social, la santé mentale, l'aide aux personnes. Nous espérons une réelle impulsion pour soutenir ces démarches qui augmentent la palette de services afin de prendre en charge la santé des patients dans toutes ses dimensions.

**Plus de 25% des ménages  
postposent leurs soins pour  
des RAISONS FINANCIÈRES.**



## La Fédération propose de...



Rédiger un plan santé.



Mettre en place ou financer des services de support pour plusieurs maisons médicales (métastructures).



Revoir les critères d'attribution des primes de type FEADER pour toucher plus de structures de soins.



Améliorer le financement lié à l'agrément, qui ne couvre que partiellement les besoins des équipes.



Améliorer l'enseignement dans les universités sur les déterminants non-médicaux de la santé et les moyens.



Former les soignants à l'économie de la santé.



Instaurer des critères d'accès au forfait plus stricts :

- pratiques sous une forme juridique non lucrative ;
- reconnaissance des maisons médicales comme des institutions de soins rassemblant un optimum de professions de santé sous le même toit ; au minimum pour les disciplines qui travaillent au forfait ( actuellement médecin, kinésithérapeute, infirmier).



Étendre le forfait à d'autres disciplines (dentistes, aides-soignantes, sages-femmes, psychologues, etc.) et penser dès le départ le financement sous forme forfaitaire plutôt que des coûts dérivés des calculs des consommations à l'acte.



Interdire la sélection de patients autre que sur une base géographique.



Basculer d'un forfait rétrospectif vers un calcul prospectif, basé sur les pathologies au moment-même où on les diagnostique (soins palliatifs, handicaps moteurs lourds, etc.).



Pour les pratiques à l'acte :

- protéger le conventionnement ;
- supprimer le ticket modérateur.



Maintenir les appels à projet européens tels que le FEADER/FEDER.

## RECOMMANDATION N°10



# Pour une **INFORMATISATION** raisonnée, au service de l'humain

L'informatisation de la santé s'accélère. C'est une forme de progrès indéniable : meilleure continuité des soins, diminution des examens répétés et non nécessaires, amélioration de la communication entre les professionnels de santé, accessibilité des données pour les patients. Les nouvelles technologies sont porteuses d'avancées diagnostiques et thérapeutiques formidables et prometteuses.

Les bases de données constituent des outils d'analyse des enjeux de santé globaux. Elles permettent de croiser les données sociales et épidémiologiques afin de mieux cerner les déterminants de la santé sur lesquels agir et d'améliorer la qualité des soins.

Cependant, cette informatisation comporte des risques :

- Pour les patients : aggravation de la fracture numérique, multiplication des sources d'information et des applications santé sans contrôle de qualité, demandes de consentement pour le partage des données de santé sans explications ou avec explications insuffisantes, ce qui en fait un consentement passif.
- Pour les professionnels : altération de la relation thérapeutique liée au temps consacré à la gestion informatique, avec risque de bureaucratisation des professions.
- D'une manière générale : conservation incertaine des données, risques liés au secret professionnel et à la confidentialité des données (perte, vol, usage abusif).

Les prochaines années verront d'autres révolutions : développement de l'intelligence artificielle, robotisation de certaines tâches, assistance au diagnostic ou au traitement (notamment chirurgical). A l'heure actuelle, ni le cadre juridique, ni la formation des soignants, ni le financement ne sont adaptés à ces changements majeurs.

**PROGRÈS et  
RISQUES.**



## La Fédération propose de...



Promouvoir des initiatives visant à diminuer la fracture numérique au sein de la population : outils informatiques à disposition des citoyens et formations adaptées.



Promouvoir des initiatives visant à diminuer la fracture numérique au sein de la population : outils informatiques à disposition des citoyens et formations adaptées.



Soutenir les initiatives d'information qualitative et contrôlée à destination des patients (ex : le site « mon généraliste » de la SSMG), idem pour les applications.



Soutenir le développement de logiciels médicaux indépendants et d'intérêt public.



Soutenir les démarches d'amélioration de la qualité, par exemple, l'outil 'Tableau de bord' de la Fédération des maisons médicales, visant à réaliser un observatoire de la population des maisons médicales et à contribuer à l'amélioration des pratiques).



Conscientiser les professionnels et les citoyens aux enjeux éthiques liés à l'informatisation.



Soutenir les initiatives d'information qualitative et contrôlée à destination des patients (ex : le site « mon généraliste » de la SSMG), idem pour les applications.



Organiser le débat citoyen démocratique sur les enjeux de l'informatisation massive et le développement des nouvelles technologies.



Systèmes informatiques :

- garantir la concertation et la participation des professionnels de santé et des usagers à toutes les étapes de la mise en place des différentes applications de l'e-santé ;
- inciter les hôpitaux et tout prestataire de soins à s'inscrire dans le système e-health pour éviter la multiplication des sources et la confusion au sein de la première ligne.



Données :

- instaurer un cadre légal protecteur pour les patients, pénalisant l'accès et l'utilisation des données de santé pour les compagnies d'assurances ou toute personne non autorisée ;
- interdire la marchandisation des données des patients, même anonymes et agrégées.



Télé médecine :

- l'organiser au départ de la première ligne ;
- lui trouver un modèle économique au Conseil technique médical pour fixer le prix des actes.



Anticiper le cadre légal nécessaire au développement de l'intelligence artificielle dans les soins de santé.



Anticiper le cadre légal nécessaire au développement de l'intelligence artificielle dans les soins de santé.



# 10 RECOMMANDATIONS

- 1** Soutenir une sécurité sociale fédérale forte et un système de soins cohérent
- 2** Agir sur les déterminants de la santé de manière transversale : la santé dans toutes les politiques
- 3** Rétablir et renforcer la concertation et la participation citoyenne dans le système de santé
- 4** Un système de soins de santé échelonné et organisé autour des besoins des patients
- 5** Une première ligne (ré)organisée
- 6** Revaloriser les métiers pour une première ligne plus attractive
- 7** Développer une politique du médicament efficiente
- 8** Soutenir la création et le développement des pratiques de groupe pluridisciplinaires de 1<sup>ère</sup> ligne
- 9** Améliorer l'accessibilité financière notamment via le financement forfaitaire
- 10** Pour une informatisation raisonnée, au service de l'humain

