

Rapport de recherche de l'IWEPS n°32 - Executive summary

Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires ?

Le Gouvernement wallon a adopté en septembre 2015 un Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté (PLCP) et a confié son évaluation à l'IWEPS. Dans ce cadre, l'IWEPS a réalisé une évaluation portant sur la mesure 5.1.2 du PLCP visant à développer les maisons médicales en Région wallonne.

Vous avez dit « maison médicale » ?

Le secteur des maisons médicales est hétérogène, différents critères peuvent être utilisés pour en définir les contours : le financement au forfait plutôt qu'à l'acte (voir encadré 1), l'agrément comme « association de santé intégrée » (ASI) de la Région wallonne (voir ci-dessous), ou encore l'affiliation à une fédération (la Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones (FMM), Médecine pour le Peuple (MPLP) ou encore la Fédération des Pratiques Forfaitaires (FEPRAF)).

Encadré - Les différents modes de financement du système de santé

Le paiement à l'acte

C'est le système de financement des pratiques de première ligne le plus répandu en Belgique. À chaque acte (consultation, visite, etc.) réalisé par le-la professionnel.le de santé, une attestation de soins est réalisée qui est prise en charge principalement par la mutuelle et en partie par le-la patient.e.

Le paiement au forfait

Le paiement au forfait pour les pratiques de première ligne (les pratiques de médecin généraliste et/ou de kinésithérapeute et/ou d'infirmier-ère) est apparu en Belgique en 1982. Ce système de paiement est basé sur un contrat tripartite : un-e patient-e s'inscrit dans une maison médicale ; la maison médicale lui prodigue des soins ; la mutuelle s'engage à payer le forfait à la maison médicale. Le forfait est donc payé à la maison médicale par la mutuelle pour chaque personne inscrite dans la maison médicale. Le-la patient.e ne paie donc plus la consultation en maison médicale, mais il n'est pas remboursé par la mutuelle lorsqu'il consulte d'autres médecins généralistes et/ou kinés et/ou infirmier-ères en dehors de la maison médicale (sauf exception).

Dans cette évaluation, nous considérons l'ensemble des pratiques forfaitaires (65 maisons médicales au 1/01/2018) et l'ensemble des ASI (78 maisons médicales au 1/01/2018) comme étant des maisons médicales. Il s'agit donc de 92 structures de soins de première ligne réparties sur l'ensemble de la Région wallonne, mais présentes de manière plus importante dans les communes urbaines et les communes défavorisées.

Une typologie exploratoire des maisons médicales les classe en trois groupes différents.

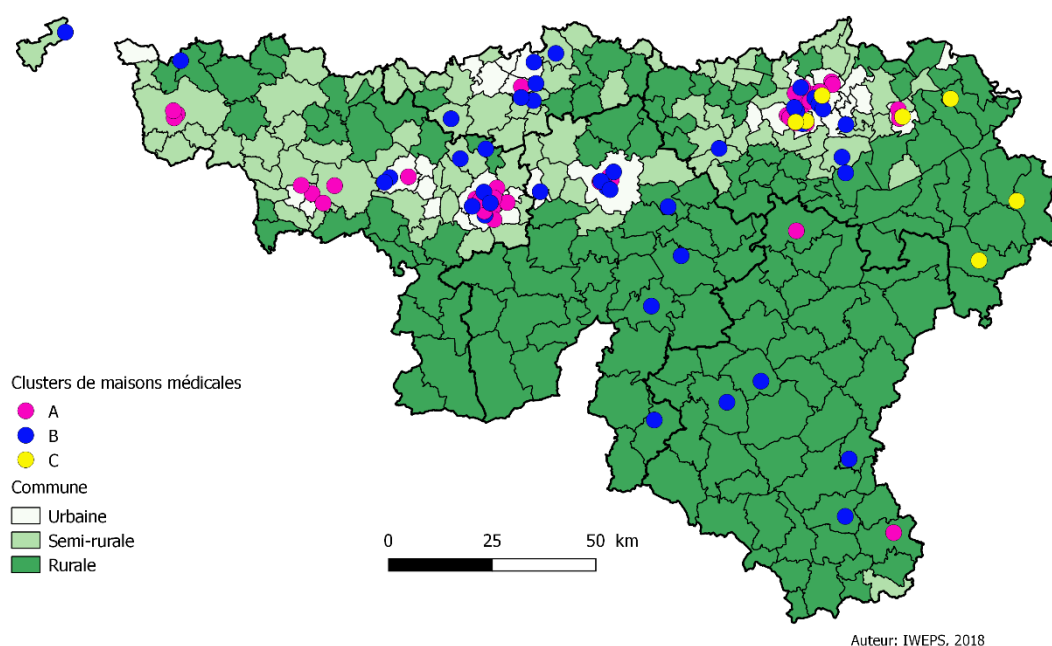
Un premier groupe (A), le plus important (45 maisons médicales et un peu plus de 100 000 patient.es), représente plutôt des structures plus âgées (créées en moyenne en 1991), au forfait, implantées dans des communes urbaines et défavorisées. Elles sont en majorité affiliées à la FMM (mais ce groupe

comporte aussi les quatre maisons médicales de MPLP), agréées par la Région wallonne et structurées en ASBL. Elles sont caractérisées par une proportion de patient·es bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)¹ très importante qui s'élève à 47% (pour 41% pour l'ensemble des maisons médicales).

Un deuxième groupe (B) comprenant 40 maisons médicales et 74 500 patient·es représente des structures plus jeunes (créées en moyenne en 2013), fonctionnant pour une majorité à l'acte et implantées dans des communes (semi)-rurales. Elles sont ASI, structurées en ASBL et ont proportionnellement moins de patient·es BIM.

Enfin, un dernier groupe (C), plus petit, comprend sept jeunes maisons médicales fonctionnant au forfait n'étant pas structurées en ASBL et dont la majorité est affiliée à la FEPRFAO.

La carte ci-dessous illustre l'implantation des différents clusters de maisons médicales en Région wallonne selon le caractère rural de la commune.



Les politiques de la Région wallonne visant à favoriser le développement des maisons médicales

La mesure 5.1.2. du PLCP visant à favoriser le développement des maisons médicales comprend trois mesures distinctes. Deux d'entre elles ont été conçues avant le PLCP :

- La politique d'agrément et de subside aux ASI a été mise en œuvre à partir de l'année 2000. Elle a poursuivi son cours de manière indépendante au PLCP entre 2015 et 2018.

Différents critères doivent être remplis afin qu'une structure de soins de première ligne puisse être agréée comme ASI et ainsi recevoir une subvention annuelle. Une ASI est une ASBL où les

¹ Les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) bénéficient d'une intervention plus importante de la part de leur mutuelle dans le remboursement de leurs soins de santé. Une série de personnes bénéficient de ce statut de manière automatique : personnes ayant bénéficié durant 3 mois ininterrompus du revenu d'intégration sociale ou aide équivalente ; personnes bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA) ; personnes bénéficiant d'une allocation aux personnes handicapées ; mineurs étrangers non accompagnés (MENA) ; enfants ayant un handicap physique ou mental d'au moins 66% ; enfants titulaires orphelins de père et de mère (et bénéficiaires d'allocations familiales majorées) et âgés de moins de 25 ans. Une série de personnes a le droit d'être BIM sur demande après une analyse de leurs conditions de revenu.

différentes disciplines (au minimum deux médecins généralistes, un·e kinésithérapeute, un·e infirmier·ère, et une fonction d'accueil) sont intégrées dans un travail d'équipe. L'ASI doit s'assurer la collaboration de psychothérapeutes et d'assistant·es sociaux. L'assemblée générale est composée principalement des membres de l'équipe. L'ASI assure des soins accessibles à toutes, de manière continue. Elle offre des fonctions de santé curatives et non curatives. Elle est connectée au réseau local et fonctionne à l'acte ou au forfait. Le subside annuel moyen est de 57 000€ par ASI.

- La mesure 7.2 du FEADER concernant l'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures de santé a été adoptée en juillet 2015 dans le Plan wallon de Développement Rural (PwDR), soit avant l'adoption du PLCP.

La mesure du FEADER vise à subsidier des investissements en biens immobiliers et/ou mobiliers que font les ASI. Les ASI éligibles doivent être situées en zone (semi)-rurale et avoir moins de 20 équivalents temps-plein. De plus, elles sont favorisées si elles se situent dans une commune où l'ISADF² est élevé, si elles sont situées en zone de pénurie de médecins généralistes (Impulseo³) et si ce sont des structures récentes. 19 projets ont été subsidiés pour un montant total de près de 4 millions d'euros.

La troisième mesure prévue dans le PLCP n'a jamais vu le jour en tant que telle. Il s'agissait d'un appel à projets pour la création de maisons médicales en zones économiquement défavorisées.

Notre analyse de la politique nous permet de conclure que le PLCP n'a pas eu d'impact sur le développement des maisons médicales entre 2015 et 2018.

Notre question d'évaluation

De par le fait que le PLCP n'a pas eu d'impacts sur le développement des maisons médicales reprenant deux politiques pré-existantes à ce dernier et de par le fait qu'il existe un décalage entre les objectifs de ces deux politiques d'une part et les objectifs qui leur sont assignés dans le PLCP, nous avons formulé la question d'évaluation principale comme suit :

« Dans quelle mesure les maisons médicales (et particulièrement, les ASI) améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires en Région Wallonne ? »

Il nous a paru pertinent de mieux connaître la situation des maisons médicales à l'acte, n'ayant pas encore fait l'objet d'analyse contrairement aux maisons médicales au forfait (KCE (2008), AIM (2017), KPMG (2018), BOUTSEN et al. (2017)). En effet, les maisons médicales à l'acte représentent un tiers des maisons médicales agréées par la Région wallonne. Or, mieux comprendre leur réalité permet aussi d'apporter un éclairage supplémentaire sur la spécificité des maisons médicales liée à leur mode de financement (à l'acte ou au forfait) ou liée à d'autres facteurs.

² Indicateur Synthétique d'Accès aux Droits Fondamentaux, développé par l'IWEPS. C'est un indicateur synthétique prenant en compte différentes dimensions liées à la cohésion sociale. Une commune plus favorisée que la moyenne aura un indice négatif tandis qu'une commune défavorisée par rapport à la moyenne aura un indice positif.

³ Les zones en pénuries sont définies par le dispositif Impulseo selon les critères suivants :

- une zone de médecine générale avec moins de 90 médecins généralistes pour 100.000 habitants, soit une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants/km² et moins de 120 médecins généralistes pour 100.000 habitants. Les critères de densité s'appliquent pour l'ensemble du territoire couvert par un cercle de médecins généralistes.
- Ou une zone délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes qui correspond à des critères de précarité.

Ensuite, nous avons voulu, de manière qualitative, ouvrir la « boîte noire » des maisons médicales en s'intéressant aux différents mécanismes que ces dernières mettent en place qui ont un impact sur l'accès aux soins.

Notre question d'évaluation a, de ce fait, été décomposée en trois sous-questions :

1. Dans quelle mesure les caractéristiques socioéconomiques ainsi que le comportement de la patientèle diffèrent selon le type de pratique de médecine générale (maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratiques à l'acte classique) ?
2. En milieu urbain, les maisons médicales à l'acte ont-elles une patientèle significativement plus précarisée ?
3. Quels sont les différents mécanismes que les maisons médicales mettent en place qui ont un impact sur l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne ?

Les deux premières questions sont abordées via des données quantitatives (issues des bases de données administratives de l'Agence intermutualiste – AIM – et de la FMM). La dernière question fait l'objet d'une analyse qualitative via des études de cas multiples.

Qui se soigne en maisons médicales ?

Nous avons comparé les caractéristiques de la patientèle de trois types de pratique de médecine générale en Région wallonne : les maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte et, catégorie résiduelle, les pratiques à l'acte classique. En Région wallonne, en 2016, 3,6% de la population est inscrite en maison médicale au forfait et 1,3% a un-e médecin généraliste principal pratiquant dans une maison médicale à l'acte, la grande majorité restante (95,2%) étant en pratique à l'acte classique (c'est-à-dire, soit une pratique de groupe à l'acte non agréée, soit un-e médecin généraliste solo).

	Nombre	Pourcentage
Maison médicale au forfait (AIM)	122 317	3,6%
Maison médicale à l'acte	44 042	1,3%
Pratique à l'acte classique	3 277 318	95,2%
Total	3 443 677	100%

Source : AIM (2016)

Les maisons médicales ne sont pas implantées de manière homogène sur le territoire wallon. Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques des communes où sont implantés les trois types de pratique. Les maisons médicales au forfait et, dans une moindre mesure, les maisons médicales à l'acte sont situées dans des communes plus défavorisées (valeur élevée de l'ISADF, pourcentage de personnes BIM élevé et espérance de vie moins élevée). Il n'y a pas de différences fondamentales dans la structure d'âge des communes en fonction du type de pratique de médecine générale. Par contre, les maisons médicales au forfait sont majoritairement implantées dans des communes urbaines, les maisons médicales à l'acte se partagent entre communes urbaines et non urbaines.

	Maison médicale au forfait (FMM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique
ISADF	10,39	5,04	-0,3
BIM Commune	29,2%	22,2%	20,9%
Espérance de vie	78,3	79,4	79,8
Part de moins de 20 ans	23,2%	23,7%	23,3%
Part de plus de 60 ans	23,8%	23,9%	24,3%
Part de plus de 80 ans	5,3%	5,3%	5,2%
Urbaine	75%	51%	35%
Semi-rurale	17%	19%	36%
Rurale	8%	30%	29%

Source : AIM (2016), FMM (2016), IWEPS, DGo3

La patientèle en maisons médicales à l'acte provient principalement des provinces du Hainaut et de Namur. C'est en province du Luxembourg que la proportion de la population en maison médicale à l'acte est la plus importante. Les maisons médicales au forfait sont le plus implantées en province de Liège (6,8% de la population est inscrite au forfait).

Au vu de différents indicateurs, on constate que la patientèle en maison médicale au forfait est fortement plus précaire qu'en pratique à l'acte classique. La patientèle en maison médicale à l'acte est également plus précaire que la moyenne wallonne, mais se rapproche plus de la pratique à l'acte classique que des maisons médicales au forfait.

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Bénéficiaire de l'intervention majorée	42,6%	27,2%	19,9%	20,8%
Bénéficiaire du RIS ou du GRAPA	9,2%	5,2%	3,5%	3,7%
Bénéficiaire d'allocations de chômage	12,2%	8,8%	8,7%	8,8%
En situation de chômage de longue durée (plus de 12 mois)	5,3%	4%	3,8%	3,9%

Nous avons voulu corriger le biais d'implantation des maisons médicales, c'est-à-dire, répondre à la question suivante : est-ce que le fait que ce sont des personnes plus précaires qui sont en maison médicale est uniquement dû à la localisation de ces dernières dans des communes plus défavorisées (voir ci-dessus, contexte communal) ? L'analyse nous permet de répondre à cette question par la négative.

À Liège, les maisons médicales au forfait recrutent une proportion systématiquement plus importante de personnes BIM que la moyenne du secteur statistique (BOUTSEN et al., 2017). À Charleroi et à Namur, les maisons médicales à l'acte recrutent, dans la majorité des secteurs

statistiques, plus de BIM que la pratique à l'acte classique. Cela signifie que ce n'est pas uniquement le contexte communal défavorisé qui explique le fait que la patientèle en maison médicale est plus précaire.

En termes de consommation de soins, que peut-on dire des maisons médicales ?

Pour comparer la consommation de soins selon le type de pratique de médecine générale, nous nous sommes intéressée à deux indicateurs : la part de la population ayant eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste en 2016 et le nombre de contacts annuels moyen pour les personnes ayant vu au moins une fois un-e médecin généraliste en 2016.

Concernant la part de la population en contact avec un-e médecin généraliste, on constate que cette proportion est, pour la majorité des tranches d'âge, plus élevée au forfait qu'à l'acte. En fait, pour les personnes BIM, on ne constate pas de différence significative⁴. Par contre, il existe une différence pour les personnes non BIM qui sont plus nombreuses à être en contact avec leur médecin généraliste en maison médicale au forfait. Cela tend à démontrer soit, une morbidité plus grande de la population inscrite au forfait soit, l'existence de barrières au médecin généraliste à l'acte pour les personnes non BIM que le forfait diminue voire élimine.

Concernant le nombre de contacts annuels moyen, ce dernier est plus élevé en maison médicale à l'acte puis en maison médicale au forfait puis en pratique à l'acte classique. Pour les personnes BIM, c'est en maison médicale à l'acte qu'il est le plus élevé, et ce, peu importe la tranche d'âge. Pour les personnes non BIM, c'est en maison médicale au forfait qu'il est le plus élevé.

Qu'est-ce qui explique que les personnes précaires trouvent, dans les maisons médicales plus qu'ailleurs, une porte d'entrée dans le système de soins de santé ?

Nous avons réalisé quatre études de cas : une maison médicale au forfait non ASI affiliée à la FEPRAFO en commune urbaine, une maison médicale au forfait FMM ASI en commune urbaine, une maison médicale à l'acte ASI non affiliée en commune semi-rurale et une maison médicale à l'acte ASI FMM en commune rurale.

Pour chaque cas, différentes données ont été récoltées : entretien exploratoire avec la gestionnaire, entre 6 et 8 entretiens semi-directifs individuels avec des patient-e-s, observation directe à l'accueil de la maison médicale et focus group avec les professionnels de santé.

Les données récoltées dans les différents cas nous ont permis d'éclairer comment les maisons médicales permettent d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires.

Tout d'abord, dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, nous constatons que les maisons médicales constituent une partie de la réponse pour attirer et maintenir des professionnels de santé en première ligne de soins. En effet, elles présentent deux avantages principaux : le fait de travailler en équipe interdisciplinaire et le fait de disposer d'un service d'accueil, de secrétariat et de gestion.

Ensuite, les maisons médicales améliorent l'accès physique en ayant une localisation optimale, en concentrant plusieurs disciplines au même endroit et, dans certains cas, en faisant des visites à

⁴ Il s'agit peut-être là déjà d'un impact de l'application du tiers-payant social obligatoire (depuis fin 2015). Celui-ci oblige les médecins généralistes à appliquer le tiers-payant notamment pour les personnes BIM. Cela signifie que chez un-e médecin généraliste conventionné qui a accès au DMG, une personne BIM paiera 1€ par consultation.

domicile pour d'autres raisons qu'une incapacité physique. Toutefois, pour plusieurs patient·e·s, la mobilité reste un obstacle à l'accès aux soins, et ce, plutôt en milieu rural.

Une patiente en milieu rural nous dit : *« On n'est pas obligé de courir jusque XX [nom de la ville la plus proche], dans les hôpitaux, attendre, etc. Avec des plus courts trajets, vu le prix du diesel aujourd'hui. C'est vrai que ça va vite, pour les petits comme nous, ça devient cher, faut qu'on fasse vraiment attention d'où on veut aller. »* (Denise, patiente)

De plus, par le réseau et surtout, les partenariats que les maisons médicales établissent avec d'autres structures sociales (telles que les relais santé), les maisons médicales permettent que des personnes éloignées du système de soins de santé bénéficient d'un accès aux soins. Remarquons également que l'appellation « maison médicale » est en soi un facteur d'identification d'une structure facilitant l'accès aux soins pour les personnes précaires.

Ensuite, le fait que les maisons médicales soient des pratiques de groupe permet une mixité de genre et socioculturelle qui est appréciée par les patient·e·s. Mais c'est surtout la sensibilité des professionnel·les travaillant en maison médicale par rapport aux situations de précarité qui a un impact positif sur l'acceptabilité des soins, même si cette sensibilité n'est pas l'apanage des maisons médicales. Les dispositifs mis en place pour contourner l'obstacle de la langue facilitent également pour certaines populations l'accès aux soins.

Ainsi, Liam, patient, raconte : *« Ici, il y a une diversité dans la maison médicale, il y a des médecins de toute origine. Personnellement, ça me rassure, je sens bien qu'il y aura pas de racisme. Je sais qu'il prendra son temps pour voir ce que j'ai réellement. J'ai des amis qui sont partis chez des médecins privés et vu qu'ils sont d'origine maghrébine, ils se sentaient pas à l'aise parce qu'ils sentaient que le médecin avait des réserves. »*

Concernant l'accès financier, on constate que les maisons médicales mettent en place une stratégie d'accessibilité étendue et y apportent une attention spécifique. Il ne s'agit pas uniquement de ne pas payer les consultations chez les MKI⁵ lorsque la maison médicale fonctionne au forfait. Pour les maisons médicales à l'acte, il s'agit aussi de généraliser le tiers-payant au-delà du tiers-payant social obligatoire et dans certains cas, de ne pas percevoir le ticket modérateur. Cela a surtout un impact positif pour des personnes non BIM, mais en situation de faiblesse financière. Ainsi, Leila, patiente, nous dit :

« Un élément important c'est qu'il faut pas avancer le prix de la consultation parce qu'ici tu ne paies pas la consultation, alors que quand tu vas chez un médecin privé, tu dois avancer minimum 25-30€. Et comme on est nombreux, c'est important pour nous d'être ici. »

La stratégie financière consiste aussi à proposer des consultations chez d'autres professionnel·les (psychothérapeute, dentiste, etc.) à tarif réduit, à apporter une attention à la prescription de médicaments (tant sur leur nécessité que sur leur coût) ou encore à proposer des activités de santé communautaire à prix réduit ou gratuites. De manière générale, nous avons pu constater que lorsqu'une personne est inscrite en maison médicale, son premier réflexe lorsqu'elle a besoin de soins est de contacter la maison médicale. Cela a probablement un impact positif sur une plus faible utilisation de la seconde ligne (et donc sur les dépenses en santé). Enfin, nous avons rencontré de nombreuses personnes vivant dans des conditions socioéconomiques précaires, ce qui constitue, en soi, un frein à l'accès financier. Certaines maisons médicales, de par leur attention constante à ces

⁵ Médecin, Kiné, Infirmier·ère (MKI)

questions et de par la présence d'un·e assistant·e social·e ont un impact positif sur les conditions matérielles des patient·es.

Cela n'empêche pas que les patient·es connaissent des reports ou du renoncement aux soins, pour des raisons financières, principalement pour les médicaments, les soins psychologiques et les soins dentaires.

Les maisons médicales facilitent aussi l'organisation pratico-pratique pour les patient·es : facilité de rentrer en contact avec la maison médicale grâce à l'accueil, facilités administratives qu'engendre entre autres le forfait, la centralisation des disciplines et la disponibilité des médecins généralistes. Le fait que les consultations soient sur rendez-vous est aussi grandement apprécié. Beaucoup de patient·es nous font aussi part du temps important consacré à chaque consultation de médecine générale.

Ainsi, Violaine, patiente, explique :

Chercheuse : « *Vous iriez quand même chez le psy sans la maison médicale?* »

Violaine, patiente : « *Oui, mais il y a même pas de comparaison, je me rends compte de la richesse et de la chance que j'ai d'être ici, je n'arrête pas de le dire. Je vais chez un psy ou même chez un psychiatre, je dois consulter le médecin famille, 23€ remboursé, mais c'est même pas question que de finance hein, puis il me dit, je dois aller chez un psychiatre déjà, ce n'est plus sur la même place, il faut se déplacer aller, là aussi, attendre, encore tout raconter, parce qu'on en connaît pas, puis il va me conseiller un psychologue à 60€ de l'heure que je dois encore tout raconter puis il faut une infirmière, encore à trouver. Quand tu n'es pas bien, tu n'as plus le courage de chaque fois tout reprendre à zéro pour tout raconter.* »

Enfin, certains mécanismes mis en place par les maisons médicales augmentent la qualité et la pertinence des soins. D'abord parce que la pratique de groupe et le fait que les dossiers médicaux soient partagés augmentent la continuité des soins. Ensuite, le temps plus important consacré en consultation augmente probablement la qualité. De plus, les nombreuses interactions formelles et informelles de l'équipe interdisciplinaire apportent une prise en charge interdisciplinaire qui semble bénéfique pour le·la patient·e. Le service d'accueil, lorsqu'il est explicité comme lieu de soins, apporte un vrai plus pour des personnes précaires et isolées, comme pour Jeanne et Isabelle :

« *Je suis pas un numéro, j'arrive et on me reconnaît, tu vois, c'est des petits trucs, mais ça fait plaisir.* »
(Jeanne, patiente)

« *J'ai de très bons contacts avec XX [nom de l'accueillant·e], on se connaît, quand je téléphone, je sais que ça va aller.* » (Isabelle, patiente)

La présence d'un·e assistant·e social·e permet d'influencer positivement les déterminants sociaux de la santé. Les activités de santé communautaire permettent de rompre l'isolement social. Cependant, elles semblent ne pas toujours arriver à toucher les patient·es qui en auraient besoin.

Au regard de cette analyse, il semble que les critères ASI sont ciblés de manière adéquate par rapport aux activités de la maison médicale qui ont un impact positif sur l'accès aux soins. Mettons notamment en évidence les partenariats que les ASI doivent développer et le fait de ne pas exclure de patient·es pour raisons financières qui permettent de faciliter l'accès aux soins pour les personnes les plus exclues de notre système de santé ; la multidisciplinarité et la coordination d'équipe qui

impactent positivement les sept dimensions⁶ de l'accès aux soins ; les activités de santé communautaire qui permettent de rompre l'isolement social.

Toutefois, certaines ASI ne semblent pas réaliser l'ensemble des activités prévues par l'agrément (notamment les fonctions de santé communautaire) ou certaines activités ne sont pas toujours développées de manière assez approfondie (notamment la fonction d'accueil et la coordination de l'équipe). Concernant les ASI, le fait d'être affiliée à une fédération semble garantir un respect adéquat des critères. Il faudrait toutefois pouvoir aller à la rencontre d'un nombre plus élevé d'ASI non affiliées afin de confirmer ce phénomène que nous avons pu constater dans nos études de cas.

Les maisons médicales au forfait non agréées permettent également, grâce à une série d'activités, d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires. Cependant, elles ne développent pas toutes l'ensemble des activités qui ont un impact sur l'accès aux soins (pensons notamment aux partenariats avec le relais santé, aux activités de santé communautaire ou à la fonction d'accueil comme lieu d'écoute et de soins). C'est en ce sens que l'agrément ASI est pertinent, car il permet d'homogénéiser les maisons médicales en garantissant formellement un ensemble d'activités qui facilitent l'accès aux soins pour les personnes précaires.

Recommandations

Favoriser le développement des maisons médicales en Région wallonne

Continuer à soutenir les maisons médicales, via la politique ASI, avec une enveloppe ouverte

Cette évaluation a mis en évidence les impacts positifs des différentes activités des maisons médicales permettant d'améliorer l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne. Nous avons également démontré la pertinence des critères que les maisons médicales doivent respecter pour devenir ASI ainsi que la pertinence de leur financement. Une première recommandation visant à continuer à soutenir les maisons médicales via cette politique coule donc de source. Il nous semble important que cette politique puisse continuer à fonctionner en enveloppe ouverte, c'est-à-dire que toutes les nouvelles pratiques répondant aux critères ASI puissent être agréées et donc financées.

Améliorer la promotion de l'agrément ASI pour les maisons médicales à l'acte

Il apparaît que dans l'imaginaire collectif, l'agrément ASI semble encore parfois être réservé aux maisons médicales fonctionnant au forfait. Or, les maisons médicales à l'acte entrent également dans le champ d'application de cette mesure. Une promotion de l'agrément ASI également pour les maisons médicales à l'acte pourrait améliorer la connaissance de ce dernier et favoriser la création de maisons médicales à l'acte ou la transformation de pratiques à l'acte en maisons médicales.

Élargir les critères de sélection dans le cadre d'un potentiel nouvel appel à projets FEADER

Dans le cadre d'un potentiel nouvel appel à projets FEADER (puisque seule la moitié de l'enveloppe dédiée à cette politique a été dépensée), il nous semble pertinent d'élargir les critères de sélection des ASI afin qu'un nombre plus important d'ASI puisse bénéficier de ce financement.

⁶ La disponibilité de l'offre, l'accès physique, l'« approachability », l'acceptabilité, la commodité, l'accès financier et enfin, la pertinence et la qualité des soins.

Améliorer l'accès aux soins de santé primaires en Région wallonne

Améliorer la mise en pratique de certains critères ASI : la coordination de l'équipe, la fonction d'accueil et la santé communautaire

Si les critères des ASI paraissent pertinents au regard de l'accès aux soins pour les personnes précaires, ces derniers pourraient, dans certains cas, bénéficier d'une meilleure application. Nous encourageons les ASI et l'AVIQ à être particulièrement attentives à l'existence d'une coordination d'équipe interdisciplinaire régulière, qui puisse se faire de manière formelle, via des réunions d'équipe et de manière informelle. Nous insistons également sur la fonction d'accueil qui gagne à être parfois plus développée : véritable accueil des patient·e·s, courroie de transmission entre les différentes disciplines de la maison médicale et le·la patient·e, centralisation des rendez-vous et lieu d'écoute et de soins. À cet effet, des formations aux accueillant·e·s pourraient être dispensées. Il en va de même pour les activités en santé communautaire.

Réfléchir à une harmonisation des structures s'appelant « maison médicale » pour que ce terme permette de faire référence à des structures facilitant l'accès aux soins

Nous avons mis en évidence le fait que l'appellation « maison médicale » favorise en soi, pour les personnes précaires, l'identification d'une structure de soins de première ligne plus accessibles. Or, cette appellation n'est actuellement pas protégée ce qui signifie que des pratiques ne développant pas l'ensemble des activités des maisons médicales peuvent utiliser cette appellation. Il nous semble important de pouvoir entamer une réflexion visant à harmoniser les structures s'appelant « maison médicale » afin que ces dernières identifient véritablement des structures développant les activités des maisons médicales telles que définies dans cette évaluation.

Améliorer la formation des professionnel·le·s de santé sur les questions de précarité

La sensibilité des professionnel·le·s des maisons médicales à la précarité a été relevée par les patient·e·s comme un facteur favorisant l'acceptabilité des structures de soins. Plusieurs personnes rencontrées ont été confrontées à des réactions de professionnel·le·s de santé traduisant une méconnaissance des situations de pauvreté et de précarité. Il nous semble essentiel que les pouvoirs publics puissent encourager, dans les cursus et par la suite, une formation des professionnel·le·s de santé aux situations de pauvreté et de précarité et à l'importance des déterminants sociaux de la santé. Il serait également intéressant de pouvoir entamer une réflexion sur une meilleure prise en compte des déterminants non médicaux de la santé dans la relation patient·e / professionnel·le de santé. En ce sens, une piste qui pourrait être envisagée est d'inclure, dans le DMG, des indicateurs sur ces déterminants non médicaux.

Porter une réflexion sur l'élargissement du tiers-payant obligatoire (pour les personnes non BIM, pour les soins dentaires, etc.)

Nous avons mis en évidence lors de cette évaluation l'existence de barrières financières à l'accès aux soins de santé de première ligne. Elles concernent soit, les consultations médecin, kiné, infirmier·ère pour les personnes non BIM ou d'autres soins de santé comme les soins psychologiques, les soins dentaires ou ophtalmologiques. Nous proposons de porter une réflexion sur l'élargissement du tiers-payant obligatoire, qui permettrait de diminuer certaines barrières financières, aux personnes non BIM et à d'autres types de professionnel·le·s de santé (notamment les dentistes).

Recommandations portant sur l'élaboration et la gouvernance du PLCP

Archiver, dès la phase d'élaboration, tous les documents officiels de la politique et en assurer l'accès à l'instance évaluative

Pour le PLCP, les documents officiels après son adoption par le Gouvernement ont bien été archivés et un accès était assuré par la cellule des Stratégies transversales. Cependant, nous avons connu beaucoup de difficultés à accéder aux documents officiels ayant trait à l'élaboration du PLCP. Or, ces derniers facilitent grandement la compréhension de la logique d'intervention du plan et la façon dont ce dernier a été conçu.

Clarifier, dès le départ, le financement de chacune des mesures du PLCP

Si l'objectif du PLCP est bien d'avoir une ambition supplémentaire en termes de lutte contre la pauvreté, il nous paraît essentiel qu'un budget soit clairement identifié pour chacune des mesures du Plan nécessitant un financement. Ainsi, les deux mesures du plan concernant les maisons médicales qui ont été mises en œuvre sont des mesures qui bénéficiaient déjà d'un financement identifié. Assortir chaque mesure du plan d'un budget permet également de clarifier chacune de ces mesures et d'en dégager plus facilement les objectifs.