

« Les maisons médicales à la loupe »

Synthèse

Début 2017, on compte 176 maisons médicales dispersées sur le territoire belge dans lesquelles quelque 360.000 Belges sont soignés gratuitement par des médecins généralistes, des infirmiers et des kinés. L'étude menée par Solidaris montre que les maisons médicales constituent aujourd'hui un maillon essentiel de prise en charge en première ligne ; en particulier pour une population plus jeune, plus fragile sur le plan socio-économique et, dès lors, davantage exposée aux risques de pauvreté et de report de soins. Surtout implantées dans les quartiers populaires des grandes villes, les maisons médicales ont un impact positif sur l'accessibilité aux soins, comme le confirme l'analyse de Solidaris menée par quartier dans trois grandes villes du pays : Bruxelles, Liège et Gand. De plus en plus de patients décident de s'inscrire en maison médicale, ce qui se répercute naturellement sur la croissance des dépenses. La Ministre des Affaires sociales a pourtant imposé un moratoire sur la reconnaissance de nouvelles pratiques forfaitaires. Depuis octobre 2016, l'ouverture de nouvelles maisons médicales est bloquée, privant potentiellement 20.000 patients parmi les plus précarisés de l'accès à une médecine gratuite. « Cette politique est purement idéologique et va à l'encontre de l'accessibilité mais aussi de l'efficacité des soins dans la mesure où le développement des maisons médicales induit des réductions de dépenses dans les pratiques à l'acte et en deuxième ligne » souligne Michel Jadot, Président de Solidaris. Solidaris demande la levée immédiate du moratoire et plaide pour la reconnaissance du secteur comme un acteur incontournable dans le paysage des soins de santé belge.

1. Introduction

Aujourd'hui, plus de 360.000 Belges sont soignés dans une maison médicale qui travaille au forfait. Les maisons médicales se développent continuellement depuis leur naissance dans les années 80 et sont en pleine expansion ces dernières années. De plus en plus de patients décident de recourir à cette forme de prise en charge largement accessible.

Solidaris s'est dès lors penché sur le secteur des maisons médicales afin de dresser un état des lieux de la question en Belgique, faire connaître ce mode de prise en charge mais aussi quantifier plus précisément son impact sur l'accessibilité aux soins de première ligne.

Cette étude poursuit les quatre objectifs suivants¹ :

- 1) Expliciter le fonctionnement et le mode de financement des maisons médicales ;
- 2) Analyser les évolutions du secteur, notamment en termes de dépenses, et cartographier l'offre de maisons médicales dans les trois régions du pays ;

¹ Les questions du coût et de la qualité du système forfaitaire ne sont pas analysées ici car ces aspects font actuellement l'objet d'une étude à part entière réalisée dans le cadre d'une analyse de l'Agence intermutualiste.

- 3) Examiner le profil socio-démographique de la patientèle soignée en maison médicale ;
- 4) Evaluer l'impact de ce mode de prise en charge sur l'accessibilité aux soins de santé en réalisant une analyse par quartier statistique dans les trois villes belges où l'offre de maisons médicales est la plus grande et la proportion d'affiliés Solidaris abonnés à une maison médicale la plus élevée (Bruxelles, Liège et Gand).

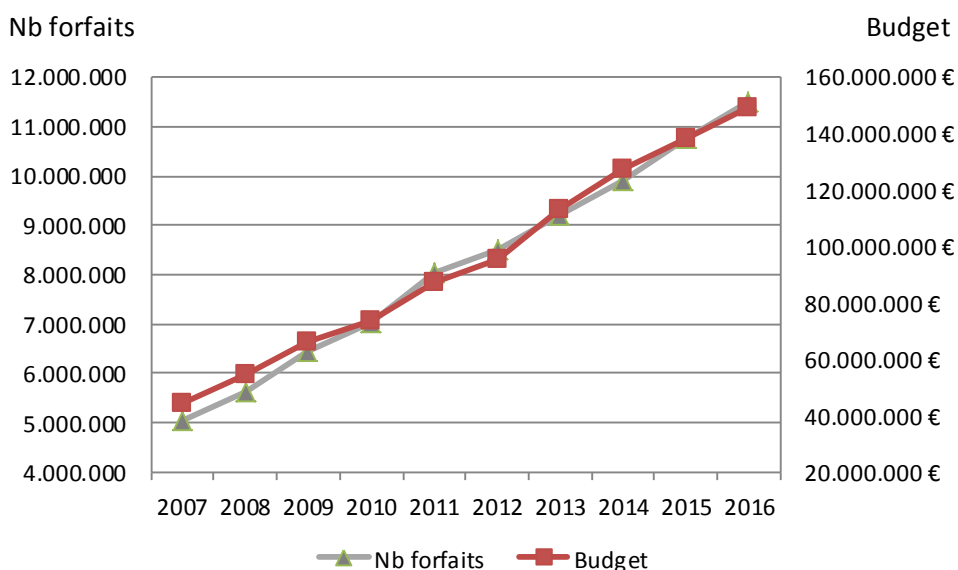
L'analyse s'appuie sur les données de l'INAMI ainsi que les données des 174.055 affiliés de Solidaris inscrits en maison médicale en 2016. Cela représente plus de 5% des affiliés de Solidaris. Dans cette étude, on entend par « maison médicale » toute maison médicale travaillant au forfait.

2. Un secteur en pleine expansion

En 30 ans, les maisons médicales (MM) ont connu un important développement : leur nombre n'a cessé d'augmenter au rythme de douze MM ouvertes par an ces dernières années. Début 2017, 176 MM sont implantées en Belgique. Plus de 360.000 Belges sont ainsi soignés au forfait ; c'est trois fois plus qu'en 2003. En 2016, 3% de la population est abonnée à une MM. Si ce secteur connaît une forte évolution, la médecine financée à l'acte reste de loin le modèle le plus répandu dans notre pays.

L'évolution du budget alloué au secteur par l'INAMI – qui est passé de 44,1 millions € en 2007 à 149 millions € en 2016 – s'explique principalement par l'évolution du nombre de patients sur la période. Le nombre de forfaits est ainsi passé de 5,02 millions à 11,51 millions entre 2007 et 2016 (Figure 1). Elle s'explique également par l'augmentation des montants forfaitaires, notamment suite à l'introduction du nouveau modèle de financement en 2013 et l'intégration du Dossier Médical Global (DMG) dans le forfait entre 2013-2014. Le forfait moyen (MKI confondu) a ainsi augmenté de près de 4 € sur la période.

Figure 1 : Evolution du nombre de forfaits et du budget, 2007-2016



Source : Données INAMI

La croissance du budget des maisons médicales est imputable au succès grandissant du modèle forfaitaire ces dernières années. La Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations à l'INAMI a par ailleurs montré que, depuis 2013 et le nouveau mode de calcul du forfait, l'évolution des dépenses par tête au niveau du forfait est plus faible par rapport à la majorité des secteurs et bien plus stable et prévisible (Tableau 1). En outre, l'évolution du forfait couvre à peine l'évolution de l'indice santé.

Tableau 1 : Evolution relative des dépenses par tête par secteur, 2013-2016

Secteur	2013	2014	2015	2016
Dentiste	100%	101,44%	105,61%	108,69%
Biologie	100%	98,34%	101,44%	101,55%
Imagerie	100%	101,56%	103,64%	104,98%
Honoraires	100%	101,88%	103,74%	106,11%
Médicaments	100%	99,80%	105,29%	107,52%
Infirmières	100%	106,28%	109,20%	111,84%
Kinésithérapeutes	100%	104,61%	109,17%	112,39%
Forfait MKI	100%	101,18%	101,21%	102,51%
Indice santé	100%	100,60%	100,65%	102,42%

Source : Données INAMI (Commission en charge du secteur des MM)

La hausse budgétaire du secteur forfaitaire doit d'autant plus être relativisée qu'il existe un effet de vases communicants : les patients qui s'abonnent à une MM ne peuvent générer d'autres dépenses au niveau de remboursement de soins de médecine générale, infirmiers et de kinésithérapie. Les dépenses des pratiques au forfait doivent donc être appréhendées en tenant compte des dépenses des pratiques à l'acte pour ces disciplines car elles sont mutuellement exclusives. Afin de déterminer s'il y a une augmentation des dépenses au niveau de l'assurance maladie, il faut prendre en compte en parallèle la diminution des coûts à l'acte générée par les patients qui changent de système et s'abonnent à une MM.

Ce principe de vases communicants ne s'arrête pas là. Le Centre fédéral d'expertises des soins de santé (KCE), qui a comparé le prix et la qualité des soins au forfait et à l'acte², a montré que si le coût de la médecine au forfait est plus cher en première ligne³, ce coût est compensé par des économies en seconde ligne (au niveau de l'hospitalisation, de l'imagerie médicale, de la biologie clinique et des médicaments) et par une meilleure prévention. Pour les patients, le système est financièrement plus accessible puisqu'ils ne paient pas de ticket modérateur pour les prestations (MKI) couvertes par la MM. En outre, leur facture de médicaments est moindre car ils se voient davantage prescrire des médicaments génériques et moins d'antibiotiques et ils paient moins au niveau de la deuxième ligne car ils sont moins souvent envoyés à l'hôpital ou chez un spécialiste⁴.

² KCE (2008).

³ Ceci s'explique en partie par la méthode pour calculer le forfait, qui au moment du rapport, correspondait à la moyenne nationale des actes majorée de 31% (10% pour la charge de travail supplémentaire liée au profil de la patientèle en MM, 10% pour tenir compte des économies réalisées en seconde ligne et 11% pour compenser le fait qu'une partie de la population à l'acte ne consulte jamais le médecin généraliste). En outre, le KCE compare les dépenses au forfait et à l'acte en tenant compte des caractéristiques (âge, sexe, quartier, etc.) de la population au forfait. Le calcul des dépenses à l'acte est donc effectué sur base de populations plus jeunes, urbaines et défavorisées qui sous-consomment les actes de première ligne, ce qui tend à sous-estimer les dépenses à l'acte. De même, la différence reflète la surreprésentation d'abonnés en Wallonie et à Bruxelles qui consomment également moins de soins de première ligne qu'en Flandre.

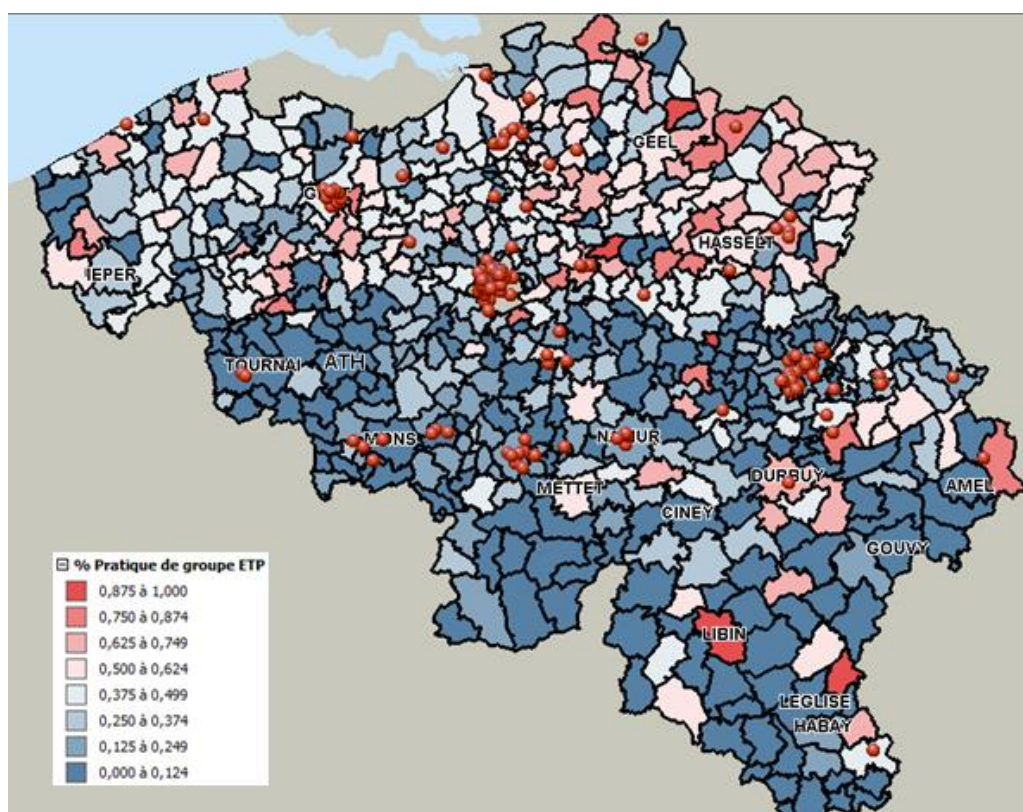
⁴ *Ibid.*

3. Une offre qui reste sensiblement plus importante à Bruxelles

La cartographie ci-dessous (Figure 2) reprend la localisation des MM au regard des pratiques de groupe⁵. Il ressort que l'offre de MM est assez inégale sur le territoire. La Région de Bruxelles Capitale compte 65 MM en 2016 (au 30/06) alors qu'elle en comptait 44 en 2011. Viennent ensuite la province de Liège avec 33 MM et la province du Hainaut avec 17 MM principalement situées à Charleroi et Mons. C'est aussi dans ces provinces que l'implantation de nouvelles MM a été plus importante ces dernières années. La Flandre orientale suit avec 14 MM surtout situées à Gand et la province d'Anvers avec 11 MM. A l'opposé, la Flandre occidentale est la seule province pour laquelle on ne compte aucune MM à la date du 30/06/2016 mais la première MM y a ouvert au second semestre. Les MM restent ainsi surtout implantées dans les grands centres urbains et les quartiers populaires bien qu'elles se développent de plus en plus dans d'autres régions ces dernières années.

On constate par ailleurs que l'offre de MM est plus développée à Bruxelles et dans certaines communes de Wallonie alors que les pratiques de groupe sont plus répandues dans les communes flamandes. L'organisation de soins diffère donc sensiblement entre les régions avec davantage de pratiques de groupe au forfait à Bruxelles et en Wallonie et plus de pratiques de groupe à l'acte en Flandre. Bruxelles concentre ainsi 41% de l'offre de MM, la Wallonie 37% contre 22% en Flandre.

Figure 2 : Cartographie de l'offre de MM et des pratiques de groupe (% en ETP) par commune, 2017



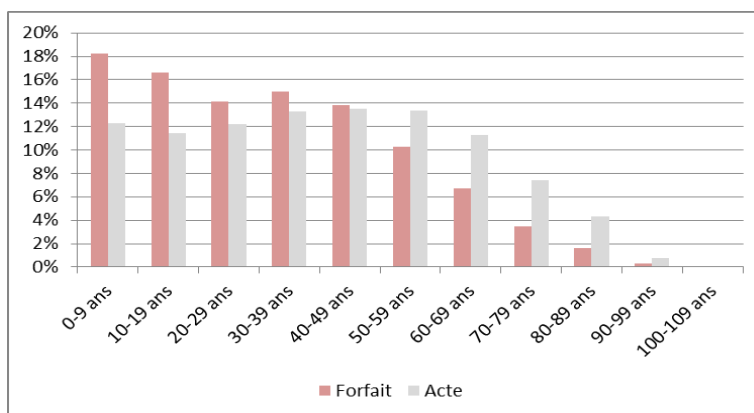
Source : Solidaris (à partir des données INAMI)

⁵ Les pratiques de groupe sont définies comme étant le regroupement de prestataires au même lieu d'activité et sont détectées sur base d'une allocation payée aux pratiques de groupe. Elles sont exprimées en équivalent temps plein observé au niveau de la commune.

4. Les maisons médicales prennent en charge une population plus jeune, plus fragile socio-économiquement et plus à risque

L'analyse des données des affiliés de Solidaris montre que la population soignée en MM est sensiblement plus jeune : les patients ont, en moyenne, 32,1 ans contre 40,3 ans parmi ceux faisant appel à la médecine à l'acte. On retrouve ainsi proportionnellement plus de groupes d'âge (très) jeunes – surtout de familles avec enfant(s) – et moins de personnes âgées : les 50 ans et plus représentent 22% de la population au forfait contre 37% parmi la population à l'acte (Figure 3). Ce résultat s'explique notamment par le fait que le système au forfait est né dans les années 80 et a davantage attiré de jeunes patients, les plus âgés restants fidèles à leur médecin traitant, et parce que l'offre de MM est concentrée dans des zones où la population est plus jeune.

Figure 3 : Pourcentage de la population au forfait et à l'acte par classe d'âge, 2016



Source : Solidaris

La population inscrite en MM est plus fragilisée sur le plan socio-économique (Tableau 2) :

1. Les MM soignent deux fois plus de bénéficiaires de l'intervention majorée qu'à l'acte : 52% des abonnés en MM sont BIM contre 25% parmi la population à l'acte. Il faut toutefois préciser qu'il s'agit d'un chiffre moyen : le pourcentage de BIM parmi les abonnés va jusqu'à plus de 70% dans certaines MM.
2. On y retrouve également deux fois plus de familles monoparentales (8% parmi la population au forfait contre 4% parmi la population à l'acte), trois fois plus de bénéficiaires de la garantie de revenus pour personnes âgées (15% de bénéficiaires de la GRAPA parmi la population au forfait contre 5% parmi la population à l'acte) et trois fois plus de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (14% contre 4%).

Tableau 2 : Profil socio-économique de la population au forfait et à l'acte, 2016

Groupe de population	% dans la population au forfait	% dans la population à l'acte
BIM	52%	25%
Familles monoparentales	8%	4%
GRAPA	15%	5%
RIS	14%	4%

Source : Solidaris

Parmi les 360.434 Belges inscrits en MM en 2016, 134.026 (37%) habitent à Bruxelles, 130.205 (36%) en Wallonie et 94.777 (26%) en Flandre (données INAMI). A titre de comparaison, ces pourcentages diffèrent nettement de ce qui est observé dans le secteur à l'acte : 58% des patients soignés à l'acte résident en Flandre, 31% en Wallonie et 9% à Bruxelles. Ces résultats s'expliquent notamment par l'offre de MM et l'organisation des soins qui varient sensiblement entre les régions avec des pratiques de groupe à l'acte plus répandues en Flandre et des structures au forfait concentrées à Bruxelles et en Wallonie (cf. *supra*).

Les MM drainent donc davantage certains groupes de population : des ménages plus jeunes avec enfant(s), avec un grand nombre de familles monoparentales, des patients plus socio-économiquement défavorisés (plus de BIM et de bénéficiaires du RIS) et si elles comptabilisent proportionnellement moins de personnes âgées, celles qu'elles prennent en charge sont également dans une situation plus précaire (plus de bénéficiaires de la GRAPA, soit des personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance). En outre, il s'agit surtout de Bruxellois et de Wallons. On retrouve ainsi en MM des groupes de population plus à risque d'être en situation de pauvreté et de reporter des soins de santé ou y renoncer pour raison financière (Tableau 3). Ceci n'est pas étonnant puisque les MM sont surtout implantées dans des quartiers défavorisés.

Tableau 3 : Taux de risque de pauvreté et report de soins, 2015/2013

Groupe de population	Taux de risque de pauvreté	Report de soins
Les plus jeunes	17% pour les 0-15 ans 21% pour les 16-24 ans	14% des jeunes ménages
Les familles monoparentales	41%	20%
Les ménages :		
- Bruxellois	30% à Bruxelles	22% à Bruxelles
- Wallons	18% en Wallonie	9% en Wallonie
- Flamands	10% en Flandre	5% en Flandre
Population totale	15%	8%

Source : EU-SILC (2015) et Enquête de santé (2013)

5. Les maisons médicales sont un maillon essentiel dans l'accessibilité aux soins de santé de première ligne

Une analyse approfondie de l'accessibilité des MM par quartier statistique met en évidence qu'on retrouve systématiquement plus de BIM dans la population au forfait qu'à l'acte dans les trois grandes villes belges étudiées – soit celles où l'offre de MM est la plus élevée et où la proportion d'affiliés Solidaris abonnés à une MM est la plus grande – à savoir Bruxelles, Liège et Gand. Dans un quartier moyen, ce rapport varie entre 1,4 à Bruxelles et Liège et 1,6 à Gand (Tableau 4). En d'autres mots, à Bruxelles par exemple, il y a 40% de BIM en plus dans les MM par rapport à la population soignée à l'acte.

Tableau 4 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte, 2016

Ville	Nombre de QS	Nombre d'affiliés	Nombre d'abonnés	% d'abonnés	% affiliés BIM au forfait	% affiliés BIM à l'acte	Rapport
Bruxelles	611	382.688	69.002	18,0%	51,5%	36,2%	1,4
Liège	154	9.111	73.761	12,4%	50,3%	36,0%	1,4
Gand	133	51.620	9.597	18,6%	32,4%	19,9%	1,6

Source : Solidaris

Le fait que les MM soignent plus de patients BIM n'est pas uniquement lié à leur zone d'implantation. Lorsqu'on corrige pour le « biais d'implantation », à savoir que les MM sont souvent installées dans des quartiers socio-économiquement défavorisés, les MM recrutent toujours plus de BIM que la moyenne observée au niveau du quartier.

Notre analyse montre ainsi que l'accessibilité des MM est significativement plus grande dans la majorité des quartiers à Bruxelles (81,8%), Liège (85,3%) et Gand (91,2%), soit dans plus de huit quartiers sur dix, voire neuf sur dix dans le cas de Gand (Tableau 5). Le tableau ci-dessous montre également que dans certains quartiers, les MM comptent moins de BIM que la moyenne, ce qui mériterait d'être investigué davantage même si ces quartiers sont relativement peu nombreux. On peut imaginer plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat : il peut s'agir de quartiers défavorisés où la plupart des patients sont BIM et où les médecins à l'acte appliquent dès lors davantage le tiers payant social pour les BIM que la loi prévoit depuis octobre 2015, des quartiers dans lesquels les MM ont ouvert récemment et n'ont pas encore constitué une grande patientèle, etc.

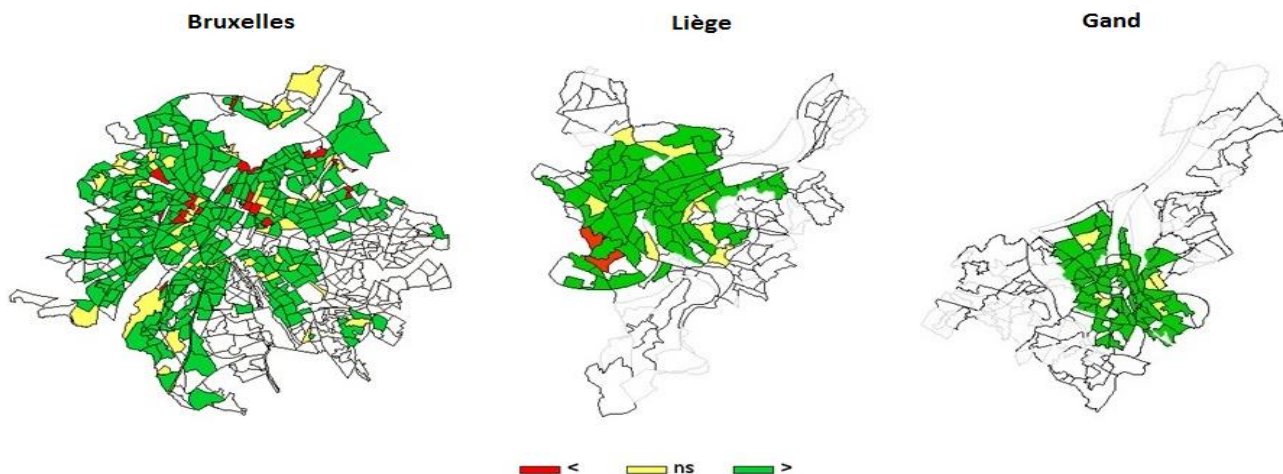
Tableau 5 : Proportion de quartiers dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016

Ville	Nombre de QS	% QS avec plus de BIM au forfait	% QS avec moins de BIM au forfait
Bruxelles	374	81,8%	5,1%
Liège	75	85,3%	2,7%
Gand	68	91,2%	0,0%

Source : Solidaris

Ces résultats sont illustrés dans les cartographie ci-dessous (Figure 4) dans laquelle les quartiers en verts sont ceux pour lesquels la proportion de BIM est supérieure à la moyenne observée au niveau du quartier, les quartiers en rouges sont ceux où cette proportion est moindre, ceux en jaunes sont ceux pour lesquels on n'observe pas de différence significative et les quartiers blancs sont ceux pour lesquels il n'y a pas assez d'informations disponibles. La meilleure accessibilité des maisons médicales apparaît donc inhérente à la pratique forfaitaire.

Figure 4 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les quartiers, 2016



Source : Solidaris

6. Conclusion et recommandations

Les résultats de cette étude montrent que les maisons médicales constituent un maillon essentiel dans l'accessibilité des soins de santé : elles drainent en particulier des groupes de population fragilisés sur le plan socio-économique, qui présentent plus de risque de pauvreté et qui sont plus susceptibles de reporter des soins médicaux pour des raisons financières. Elles le sont d'autant plus que le système forfaitaire est financièrement plus accessible : *de facto*, les patients ne paient pas de ticket modérateur pour les prestations couvertes au sein de la maison médicale au niveau de la médecine générale, de la kinésithérapie et des soins infirmiers. Cela permet de lever la barrière financière à l'accès à la première ligne de soins pour des populations qui, sans cela, pourraient être contraintes de ne pas se faire soigner faute d'argent et voir leur état de santé s'aggraver avec des implications d'autant plus lourdes en termes de dépenses pour l'assurance maladie.

Notre étude a aussi mis en évidence que le secteur des maisons médicales est en forte croissance avec l'ouverture de douze nouvelles maisons médicales en moyenne par an et une population d'abonnés qui a doublé ces dix dernières années. De plus en plus de patients décident de recourir à cette forme de prise en charge largement accessible, ce qui s'explique notamment par la précarisation croissante d'une partie de la population.

Mais le secteur des maisons médicales est aujourd'hui victime de son succès grandissant. Prenant prétexte de l'augmentation importante des dépenses – pourtant justifiée par l'augmentation des besoins – le Gouvernement a imposé fin 2016 un moratoire sur la reconnaissance de nouvelles pratiques forfaitaires. Initialement prévu jusqu'au 30 juin 2017, ce moratoire est toujours appliqué par le Gouvernement dans l'attente d'un audit sur le secteur commandité à KPMG (un bureau d'audit commercial international connu pour ses positions en faveur d'une privatisation des soins de santé). Au 1^{er} semestre 2017, on dénombrait ainsi une vingtaine de maisons médicales dont l'ouverture était bloquée. L'accès aux soins gratuits est ainsi refusé à potentiellement 20.000 patients en attente. De plus, le moratoire constitue une mesure inefficace car il va automatiquement induire une hausse des coûts des soins à l'acte au niveau de la première ligne mais aussi en deuxième ligne.

Solidaris plaide pour une **politique visant à promouvoir l'accès aux soins de santé dans les maisons médicales**, parallèlement à la médecine à l'acte, **et pour la reconnaissance du secteur comme un acteur incontournable dans le paysage des soins de santé belge**, ce qui suppose :

- 1) **La suppression immédiate du moratoire** imposé au secteur qui bloque l'ouverture de nouvelles maisons médicales depuis fin 2016 et qui empêche l'accès aux soins gratuits à potentiellement 20.000 patients. Solidaris plaide à l'inverse pour un meilleur soutien pour l'ouverture de nouvelles maisons médicales et garantir la coexistence des deux systèmes (au forfait et à l'acte). En ce sens, il s'agit de tenir compte des besoins et de l'évolution naturelle des pratiques au forfait afin de proposer une offre de pratiques au forfait plus homogène sur le territoire belge et pas uniquement concentrée dans les grandes villes ou zones urbaines.
- 2) **Travailler, de manière concertée et constructive avec les acteurs du secteur, à améliorer le fonctionnement des pratiques forfaitaires.** A cet égard, les questions du coût et de la qualité du système forfaitaire font actuellement l'objet d'une étude à part entière réalisée dans le cadre d'une analyse de l'Agence intermutualiste qui paraîtra prochainement. Solidaris plaide pour qu'on ait davantage une vue globale sur le secteur et, en ce sens, qu'une étude soit réalisée sur le terrain afin de dresser le bilan pour les patients soignés en maison médicale sur toutes les composantes au sens large de leur santé et dans une vision holistique. Cette étude pourrait, par exemple, être réalisée en partenariat avec les fédérations des maisons médicales, le milieu académique et les réseaux de lutte contre la pauvreté.

- 3) **Valoriser davantage l'expertise des maisons médicales.** Cette étude a démontré que les maisons médicales constituaient un maillon essentiel dans le système de soins de santé belge. En outre, le secteur est fort d'une expérience de près de 40 ans en matière de travail d'équipe multidisciplinaire. Solidaris plaide donc pour que les maisons médicales soient considérées à juste titre et que le secteur soit inclus de manière systématique dans les indicateurs de soins de santé (cf. Rapport sur la performance du système de santé belge, par exemple), les groupes de travail et de réflexion pour l'avenir des soins de première ligne en Belgique ainsi que dans les organes de pilotage (le Comité de l'Assurance).