

# Les maisons médicales « à la loupe »

*Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Anne-Françoise Pirson*





ETUDE

# Les maisons médicales « à la loupe »

Direction Études



## **Table des matières**

INTRODUCTION.....	8
<b>1. Les maisons médicales : comment ça marche ?.....</b>	<b>9</b>
1.1. Naissance des maisons médicales .....	9
1.2. Des centres de santé intégrée financés au forfait à la capitation.....	9
1.3. Zoom sur le forfait.....	10
<b>2. Evolution du secteur et cartographie de l'offre .....</b>	<b>11</b>
2.1 Un secteur en pleine expansion.....	11
2.1.1 Evolution du nombre de maisons médicales et du nombre d'abonnés.....	11
2.1.2 Evolution des forfaits et du budget .....	12
2.1.3 Un secteur en pleine mutation.....	15
2.2 Une offre qui reste plus importante à Bruxelles.....	16
<b>3. Profil socio-démographique des abonnés.....</b>	<b>19</b>
3.1. Une population plus jeune .....	19
3.1. Plus défavorisée sur le plan socio-économique .....	20
3.2. Surtout des Bruxellois et des Wallons.....	20
3.3. Soit des groupes de population plus à risque de pauvreté .....	22
<b>4. Accessibilité des maisons médicales .....</b>	<b>24</b>
4.1. Méthodologie .....	24
4.2. Analyse par quartier statistique.....	25
4.2.1 Bruxelles .....	25
4.2.2 Liège .....	26
4.2.3 Gand.....	28
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXES .....	33

## **Table des figures**

Figure 1 : Evolution du nombre de forfaits et du budget, 2007-2016.....	12
Figure 2 : Evolution relative des dépenses par tête par secteur, 2013-2016.....	14
Figure 3 : Affiliation des MM à une fédération, 2017 .....	16
Figure 4 : Cartographie de l'offre de MM par commune, 2017 .....	16
Figure 5 : Cartographie de l'offre de MM et des pratiques de groupe (% en ETP) par commune, 2017.....	17
Figure 6 : Pourcentage des patients au forfait et à l'acte par classe d'âge, 2016 .....	19
Figure 7 : Proportion de BIM parmi la population au forfait et à l'acte, 2016 .....	20
Figure 8 : Lieu de résidence de la population au forfait et à l'acte par région, 2016 .....	21
Figure 9 : Cartographie de la part de la population au forfait par province, 2016.....	21
Figure 10 : Cartographie de la part des personnes en situation de pauvreté par secteur statistique, 2013 .....	23
Figure 11 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS bruxellois, 2016.....	26
Figure 12 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS liégeois, 2016.....	27
Figure 13 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS gantois, 2016 .....	29

## **Table des tableaux**

Tableau 1 : Evolution du nombre de MM et d'abonnés au forfait, 1985-2016 .....	12
Tableau 2 : Evolution des montants forfaitaires moyens, 2007-2016 .....	13
Tableau 3 : Evolution relative des dépenses par tête par secteur, 2013-2016 .....	14
Tableau 4 : Nombre d'ayants droits par MM par province, 2016 .....	18
Tableau 5 : Taux de risque de pauvreté et report de soins, 2015/2013 .....	23
Tableau 6 : Pourcentage d'affiliés Solidaris abonnés au forfait dans l'échantillon, 2016.....	24
Tableau 7 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS bruxellois, 2016 .....	25
Tableau 8 : Proportion de quartiers bruxellois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016 .....	25
Tableau 9 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS liégeois, 2016 .....	26
Tableau 10 : Proportion de quartiers liégeois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016 .....	27
Tableau 11 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS gantois, 2016 .....	28
Tableau 12 : Proportion de quartiers gantois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016 .....	28

### **Remerciements**

Nous remercions tout particulièrement  
pour l'assistance technique

Christine Deligne

## INTRODUCTION

Aujourd'hui, plus de 360.000 Belges sont soignés dans une maison médicale qui travaille au forfait. Cela représente, en moyenne, pour l'ensemble de la Belgique 3% de la population.

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 en effet de recourir à cette forme de prise en charge largement accessible. Douze maisons médicales ouvrent en moyenne chaque année de sorte que leur nombre a été multiplié par trois depuis 2003. Début 2017, on comptait 176 maisons médicales dispersées sur le territoire belge. Les maisons médicales deviennent aujourd'hui un maillon important dans la première ligne de soins.

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 suivants<sup>1</sup> :

- 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 ;
- 3) Examiner le profil socio-démographique de la patientèle soignée en MM ;
- 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'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité (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.

---

<sup>1</sup> 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.

## 1. LES MAISONS MEDICALES : COMMENT ÇA MARCHE ?

Ce chapitre constitue une brève présentation du secteur des maisons médicales : il revient sur la naissance du modèle des maisons médicales (au forfait) avant de décrire le fonctionnement et le financement des maisons médicales (MM).

### 1.1. Naissance des maisons médicales

Les premières réflexions qui conduiront à la création de maisons médicales apparaissent dans les années 1970 alors qu'un mouvement contestataire émerge et remet en cause le fonctionnement des institutions face aux inégalités croissantes et à une médecine à deux vitesses.

Elles visent une organisation des soins en équipe pluridisciplinaire selon une approche globale intégrant le curatif, la prévention et la promotion de la santé et du bien-être social, tout en étant accessible à l'ensemble de la population. Les professionnels se rencontrent, s'organisent, discutent avec les mutuelles et les pouvoirs publics. Le financement alternatif par forfait se négocie début des années 80 et la première MM ouvre en 1984.

Depuis, deux systèmes de financement des soins de santé de première ligne (médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers) coexistent en Belgique : l'acte et le forfait. Le système forfaitaire rompt ainsi avec la logique de paiement à l'acte et regroupe des prestataires qui souhaitent travailler différemment, qui adhèrent aux principes et au mode d'organisation des MM.

### 1.2. Des centres de santé intégrée financés au forfait à la capitation

- **Le patient s'inscrit auprès d'une MM** (on parle d'« abonnement ») pour l'ensemble des disciplines proposées au sein de la MM. Le patient ne paie pas de consultation sauf s'il fait appel à d'autres prestataires que ceux de la MM (dans quel cas aucun remboursement n'est prévu, à l'exception de certaines dérogations).
- Dans le cadre du contrat signé entre le patient, sa mutuelle et la MM, la MM reçoit de la mutuelle **un forfait par patient** (forfait à la capitation) par mois pour chacune des disciplines offertes par la MM, peu importe que le patient ait consulté ou non.
- **Disciplines couvertes par le forfait** : médecine générale (M), kinésithérapie (K), soins infirmiers (I) mais il n'y a pas d'obligation de multidisciplinarité au sein de la MM. En pratique, la majorité des MM offre au moins deux disciplines (cela concerne 98% des MM dont 66% offrent les trois disciplines MKI). Notons que d'autres disciplines (non couvertes par le forfait) sont proposées par certaines MM (cf. psychologue, dentiste, logopède, diététicien, assistant social, etc.).
- **Montants moyens des forfaits** (montants par mois par abonné en vigueur à partir du 01.08.2017) : 15,03 € pour la médecine générale, 6,93 € pour la kinésithérapie et 14,88 € pour les soins infirmiers.
- Ce système est basé sur une **solidarité entre les patients** : le financement que la MM reçoit de l'INAMI (par le biais des mutuelles) ne dépend pas du nombre de prestataires par discipline dans la MM, ni du nombre de contacts avec les patients mais est calculé en fonction du nombre et du profil d'abonnés.

- **Agrément** : Les MM peuvent également recevoir, sous certaines conditions, un agrément et des subsides de la Commission communautaire française (COCOF) et de la Région wallonne/Région bruxelloise<sup>2</sup> pour réaliser les activités administratives, de coordination, d'intégration des différentes disciplines au sein de l'équipe, de santé communautaire et de prévention.
- **Les prestataires doivent travailler exclusivement au forfait** et sont obligés de participer à la garde population (des exceptions sont prévues dans des cas particuliers).

### 1.3. Zoom sur le forfait

Avant, le budget alloué au secteur était déterminé sur base du coût dans le système à l'acte. Les forfaits étaient calculés par catégorie de discipline (M, K, I) et en fonction du statut social des abonnés (assuré ordinaire, ancien VIPO 75% et VIPO 100%, bénéficiaires de l'intervention majorée - BIM). Ces montants étaient majorés de 31 % :

- 10% pour la charge de travail supplémentaire liée à la patientèle socio-économiquement défavorisée ;
- 10% pour tenir compte des économies réalisées en seconde ligne (dans le cadre de la biologie clinique, l'imagerie médicale et l'hospitalisation) ;
- 11% pour compenser le fait qu'une partie de la population à l'acte ne consulte jamais le médecin généraliste, ce qui fausse le coût du système à l'acte.

Le montant du forfait par discipline et par type de patient était le même pour chaque MM.

En 2013, un nouveau modèle de financement des MM<sup>3</sup> est entré en vigueur : le lien avec le système à l'acte a été supprimé (budget propre au secteur des MM qui ne dépend plus des dépenses à l'acte) au profit d'un modèle reflétant mieux le profil de risque de la patientèle des MM. Ce modèle intègre une quarantaine de variables tels que l'âge, le sexe, le statut social (BIM), la présence d'un handicap, d'une maladie chronique (sur base des données de médicaments) ou d'un état de santé nécessitant d'importants soins médicaux.

Ce nouveau modèle permet de mieux répartir le budget entre les MM : les montants des forfaits varient d'une MM à l'autre en fonction des besoins de leur patientèle. L'implémentation de ce nouveau modèle de financement a modifié la manière de répartir le budget entre les maisons médicales. A cet égard, la répartition des moyens du secteur pourrait encore être améliorée en tenant mieux compte du case-mix des patients, ce qui suppose l'enregistrement et la transmission de données complémentaires par le secteur.

Les forfaits représentent la principale source de financement des MM. En 2016, sur le budget des 167 millions € prévus initialement par l'INAMI, 146 millions € provenaient des forfaits. Les forfaits représentent ainsi 87% du budget, le reste provenant d'accords sociaux dans le cadre du Maribel social. A côté de cela, les ressources financières des MM peuvent également provenir de subventions publiques (régions, provinces, communes, COCOF, aides à l'emploi, etc.) et privées (cotisations des membres de l'ASBL, legs, projets spécifiques financés par la Fondation Roi Baudoin, organismes de financement alternatif tels que Crédal et Triodos, etc.).

---

<sup>2</sup> Les MM sont encadrées par le [Décret du 5 mars 2009](#) à Bruxelles et par le [Code wallon de l'Action sociale et de la Santé du 29 septembre 2009](#) en Wallonie. L'agrément des MM se fait sur base de critères inscrits dans le [Décret du 5 mars 2009](#) et son Arrêté d'application du 4 juin 2009.

<sup>3</sup> Arrêté royal du 23 avril 2013 publié au Moniteur Belge le 30 avril 2013. Plus d'informations disponibles en annexe (voir Annexe 1).

## 2. EVOLUTION DU SECTEUR ET CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE

Dans cette section, nous analysons les évolutions du secteur dans toutes ses dimensions :

- Au niveau de l'offre de MM et d'abonnés ;
- Au niveau des forfaits et en termes de budget ;
- En terme de diversification du modèle.

Nous réalisons ensuite une cartographie de l'offre de MM en Belgique afin d'avoir une vue globale du secteur en intégrant une dimension géographique.

Les chiffres présentés dans cette section proviennent des données INAMI et concernent donc l'ensemble de la population belge (pas uniquement les affiliés de Solidaris).

### 2.1 Un secteur en pleine expansion

#### 2.1.1 Evolution du nombre de maisons médicales et du nombre d'abonnés

En 30 ans, les MM ont connu un important développement : leur nombre n'a cessé d'augmenter au rythme de douze MM ouvertes par an ces dernières années.

Au 30 juin 2016, 160 MM sont implantées en Belgique (Tableau 1). Elles étaient 169 en décembre 2016 et 176 début 2017. Certaines MM ont encore pu ouvrir en 2017 mais il s'agit des MM ayant introduit leur dossier avant l'instauration du moratoire. Ce moratoire imposé par la Ministre des Affaires sociales et de la santé au secteur en octobre 2016 bloque depuis l'ouverture de toute nouvelle structure. Au 1<sup>er</sup> semestre 2017, on dénombrait une vingtaine de MM dont l'ouverture était bloquée. En sachant qu'une nouvelle MM compte environ 1.100 patients, on estime que 20.000 patients potentiellement sont en attente pour accéder aux soins en MM.

Aujourd'hui, plus de 360.000 Belges sont soignés au forfait (Tableau 1). 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.

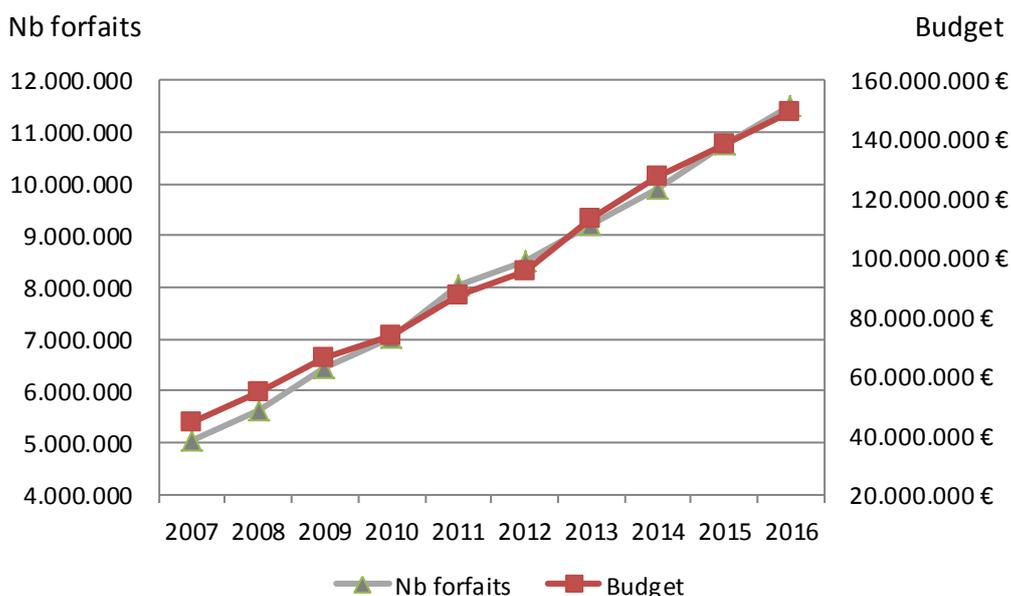
**Tableau 1 : Evolution du nombre de MM et d'abonnés au forfait, 1985-2016**

Situation au 30/06	Nb MM	Nb abonnés	Evolution annuelle abonnés
1985	1	2.114	-
1993	11	20.724	-
2002	51	104.161	-
2003	55	112.266	7,8%
2004	59	122.820	9,4%
2005	67	143.294	16,7%
2006	71	155.913	8,8%
2007	80	164.739	5,7%
2008	88	188.787	14,6%
2009	99	221.708	17,4%
2010	110	239.635	8,1%
2011	119	250.075	4,4%
2012	129	274.484	9,8%
2013	139	295.095	7,5%
2014	140	311.193	5,5%
2015	151	336.247	8,1%
2016	160	360.343	7,2%

Source : Données INAMI

### 2.1.2 Evolution des forfaits et du budget

Le budget alloué au secteur par l'INAMI (forfaits uniquement) est passé de 44,1 millions € en 2007 à 146 millions € en 2016 (Figure 1).

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

Source : Données INAMI

La hausse du budget s'explique par :

- La hausse du nombre d'abonnés, soit +118% entre 2007 et 2016 (Tableau 1), et donc du nombre de forfaits par an qui est passé de 5,02 millions en 2007 à 11,51 millions en 2016, soit une augmentation de 129% (Figure 1). La figure ci-dessus montre que l'augmentation du budget se superpose à celle du nombre de forfaits sur la période analysée. L'exercice réalisé sur les cinq dernières années met d'ailleurs en évidence que 97% de la variation observée au niveau des dépenses s'explique par l'évolution du nombre de patients en MM<sup>4</sup>.
- 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 (Tableau 2).

**Tableau 2 : Evolution des montants forfaitaires moyens, 2007-2016**

Forfait moyen	M	K	I	Total
<b>2007</b>	11,04 €	9,47 €	4,99 €	<b>8,77 €</b>
<b>2008</b>	11,61 €	11,02 €	5,66 €	<b>9,74 €</b>
<b>2009</b>	11,56 €	12,17 €	5,85 €	<b>10,24 €</b>
<b>2010</b>	11,54 €	12,47 €	6,00 €	<b>10,44 €</b>
<b>2011</b>	11,51 €	12,70 €	6,06 €	<b>10,57 €</b>
<b>2012</b>	11,68 €	13,28 €	6,23 €	<b>10,90 €</b>
<b>2013</b>	13,75 €	14,00 €	6,46 €	<b>11,99 €</b>
<b>2014</b>	14,83 €	14,45 €	6,66 €	<b>12,61 €</b>
<b>2015</b>	14,80 €	14,41 €	6,66 €	<b>12,59 €</b>
<b>2016</b>	14,91 €	14,51 €	6,72 €	<b>12,68 €</b>
<b>2016-2007</b>	3,87 €	5,04 €	1,73 €	<b>3,91 €</b>

Source : Données INAMI

En d'autres mots, la croissance du budget des maisons médicales est surtout imputable au succès grandissant du modèle forfaitaire ces dernières années.

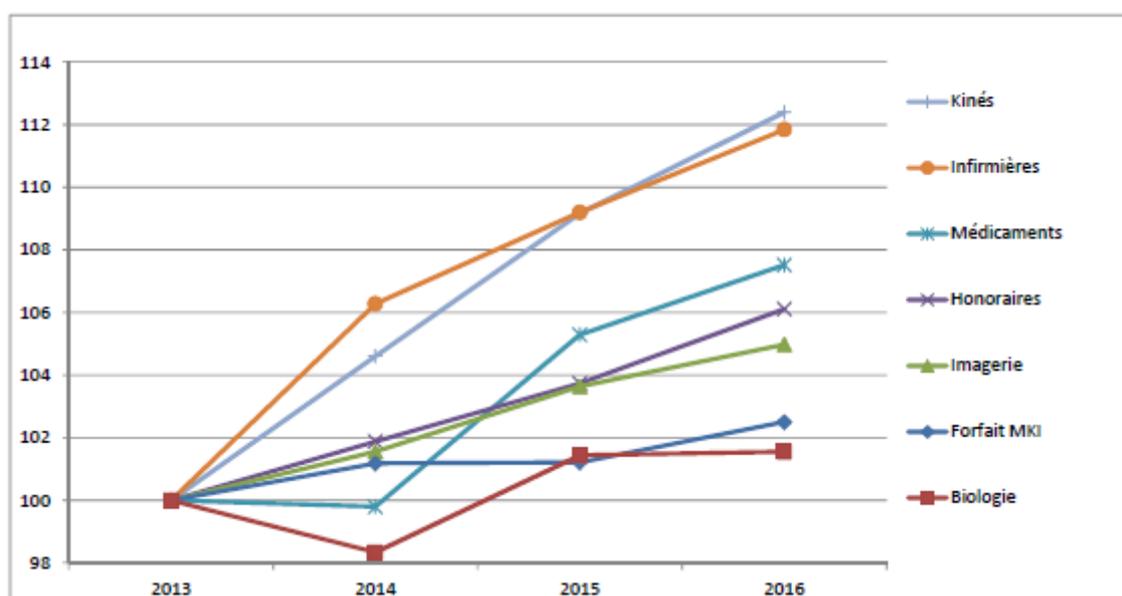
La Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations à l'INAMI a par ailleurs montré que, depuis 2013 et le nouveau mode de calcul du forfait, l'évolution des dépenses par tête au niveau du forfait est plus faible par rapport à la majorité des secteurs et bien plus stable et prévisible (Tableau 3 et Figure 2). En outre, l'évolution du forfait couvre à peine l'évolution de l'indice santé.

<sup>4</sup> De Maeseneer (2017).

**Tableau 3 : 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%
<b>Forfait MKI</b>	<b>100%</b>	<b>101,18%</b>	<b>101,21%</b>	<b>102,51%</b>
<b>Indice santé</b>	<b>100%</b>	<b>100,60%</b>	<b>100,65%</b>	<b>102,42%</b>

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

**Figure 2 : Evolution relative des dépenses par tête par secteur, 2013-2016**

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'acte<sup>5</sup>, a montré que si le coût de la médecine au forfait est plus cher en première ligne<sup>6</sup>, 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 spécialiste<sup>7</sup>.

### 2.1.3 Un secteur en pleine mutation

Le secteur connaît également une plus grande diversification qu'auparavant :

- Au niveau du statut juridique dans la mesure où les nouvelles MM n'ouvrent plus uniquement sous le statut d'ASBL mais sous forme de SPRL, de coopératives, etc. Début 2017, cela représentait 8% des MM, les 92% restants étant des ASBL ;
- Au niveau de l'organisation des soins en fonction des disciplines offertes par la MM et au niveau de la multidisciplinarité. De nombreuses MM qui étaient monodisciplinaires au départ ont évolué pour proposer les soins infirmiers et la kinésithérapie. Aujourd'hui, la quasi-totalité des MM offrent au moins deux disciplines et deux MM sur trois couvrent les trois disciplines MKI. Les MM couvrent aussi de plus en plus d'autres disciplines qui ne sont pas financées via le forfait (psychologue, assistant(e) social(e), accueillant, dentiste, etc.) ;
- Au niveau de la zone géographique d'activité. Les MM ne se développent plus exclusivement dans les villes, ni dans les quartiers défavorisés où elles sont nées mais ouvrent aussi dans d'autres zones.

Jusqu'à il y a peu, il existait trois fédérations de MM :

- La Fédération des Maisons Médicales (FMM) du côté francophone ;
- La Vereniging van Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen (VWGC) du côté néerlandophone ;
- Médecine Pour le Peuple (MPLP) pour les deux côtés linguistiques.

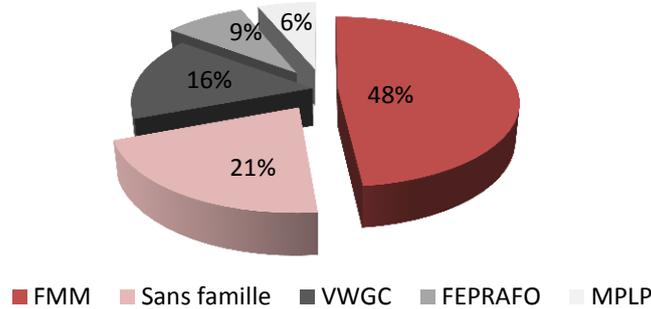
A côté de ces trois fédérations est née une nouvelle fédération depuis 2013 : la Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait (FePraFo) qui promeut les centres de soins forfaitaires de première ligne (francophones et néerlandophones) indépendamment de leur forme d'organisation et de coopération.

Malgré l'apparition de la nouvelle fédération Feprafo, de nombreuses MM restent non affiliées à une fédération : début 2017, 36 MM (sur 167) étaient « sans famille » contre 23 (sur 155) début 2016. Cela représente 21% des MM alors que 48% (85 MM) sont affiliées à la FMM, 16% (28 MM) à la VGWC, 9% (15 MM) à la Feprafo et 6% (11 MM) à MPLP (Figure 3).

<sup>5</sup> KCE (2008).

<sup>6</sup> 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% (cf. *supra*). 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.

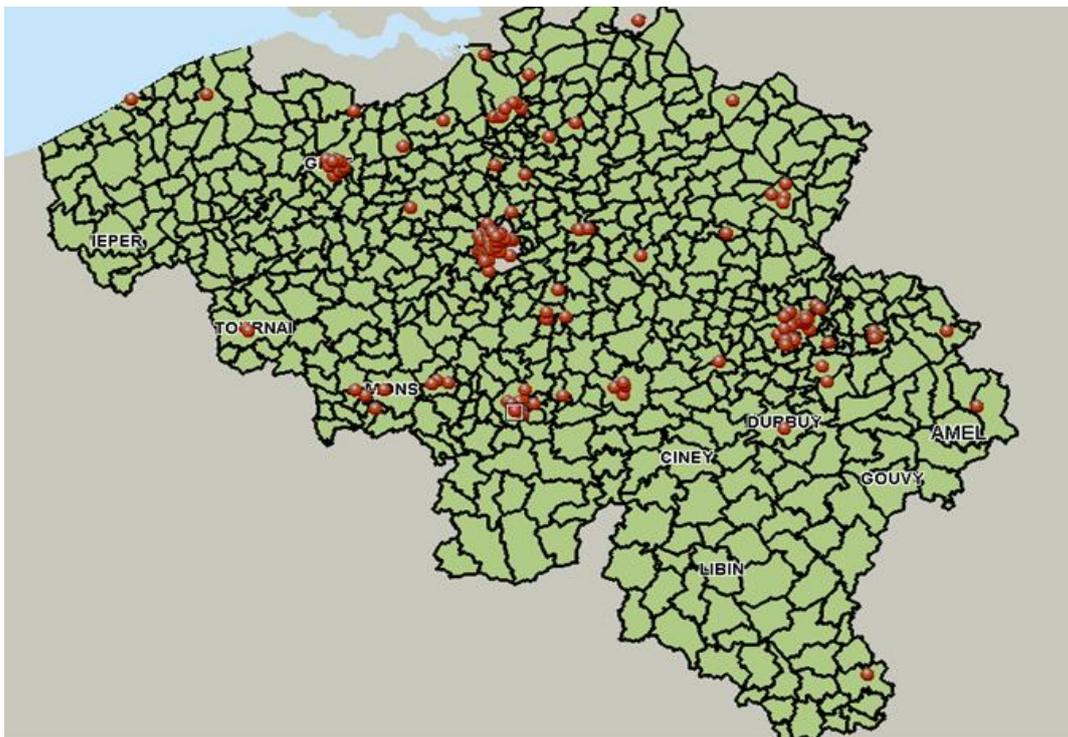
<sup>7</sup> *Ibid.*

**Figure 3 : Affiliation des MM à une fédération, 2017**

Source : Solidaris (à partir des données INAMI)

## 2.2 Une offre qui reste plus importante à Bruxelles

L'offre de MM est assez inégale sur le territoire (Figure 4). La Région de Bruxelles-Capitale compte 65 MM sur son territoire (au 30/06/2016) alors qu'elle en comptait 44 en 2011. La province de Liège suit avec 33 MM sur son territoire ainsi que la province du Hainaut avec 17 MM qui se trouvent 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.

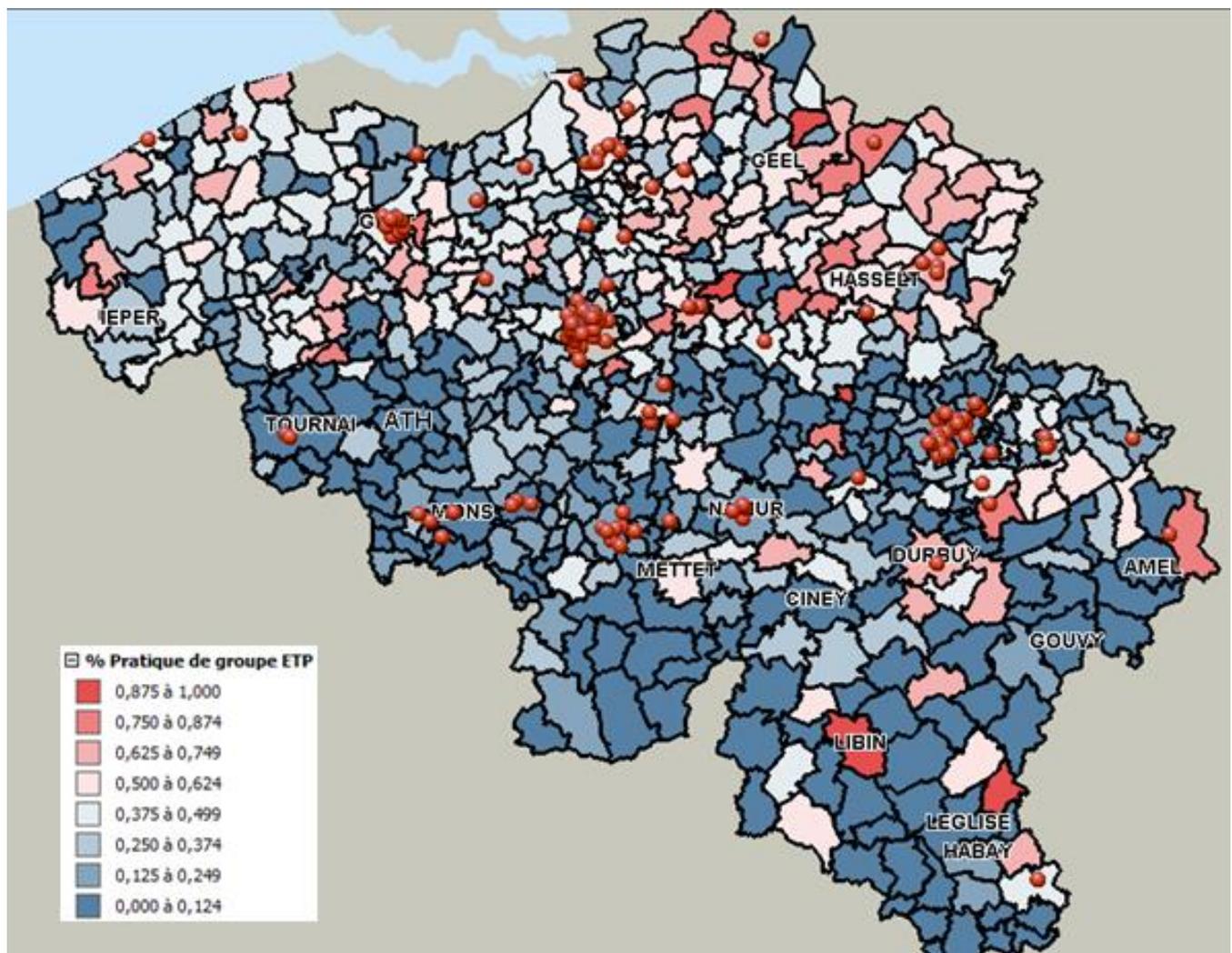
**Figure 4 : Cartographie de l'offre de MM par commune, 2017**

Source : Solidaris (à partir des données INAMI)

Il est intéressant de réaliser une cartographie plus fine par commune qui reprend la localisation des MM au regard des pratiques de groupe. 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.

La carte ci-dessous montre clairement que les MM sont concentrées dans les grandes villes et les zones urbaines (Figure 5). On constate aussi 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 5 : Cartographie de l'offre de MM et des pratiques de groupe (% en ETP) par commune, 2017**



Source : Solidaris (à partir des données INAMI)

Si on rapporte le nombre de MM à la population, il ressort qu'il y a une MM pour 68.309 Belges en moyenne (Tableau 4). A Bruxelles, il y a une MM pour 16.810 Belges, la capitale se hissant ainsi au premier rang parmi les autres provinces.

Cela confirme que les Bruxellois jouissent d'une offre proportionnellement plus grande que dans les autres provinces. C'est dans le Brabant flamand que le ratio est le plus élevé – et donc le moins « bon » – avec une MM pour 219.240 Belges (sans compter la Flandre occidentale).

**Tableau 4 : Nombre d'ayants droits par MM par province, 2016**

Province	Nb MM	Nb Belges	Nb Belges par MM
Anvers	11	1.792.764	162.979
Brabant Flamand	5	1.096.198	219.240
Brabant wallon	3	387.232	129.077
Bruxelles	65	1.092.619	16.810
Flandre occidentale	0	1.172.428	0
Flandre orientale	14	1.477.337	105.524
Hainaut	17	1.305.720	76.807
Liège	33	1.066.271	32.311
Limbourg	6	834.866	139.144
Luxembourg	2	219.586	109.793
Namur	4	484.350	121.088
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>10.929.371</b>	<b>68.309</b>

Source : Données INAMI

### 3. PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES ABONNES

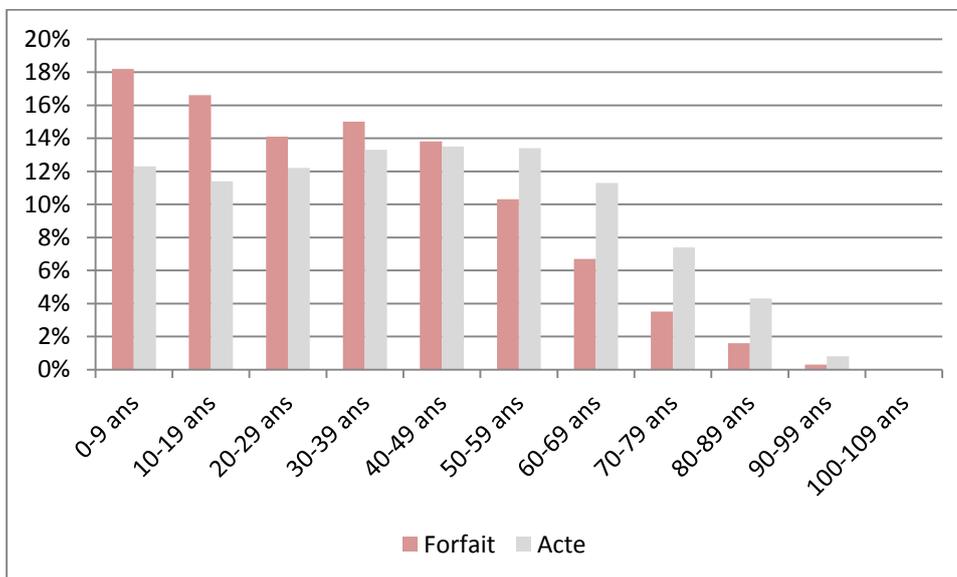
Ce chapitre s'attache à examiner le profil socio-démographique des abonnés à une MM sur base des données de Solidararis pour l'année 2016<sup>8</sup>. Il s'appuie ainsi sur les données de 174.055 affiliés de Solidararis inscrits en maison médicale en 2016, soit 5,3% des affiliés de Solidararis.

#### 3.1. Une population plus jeune

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 proportionnellement plus de groupes d'âge jeunes et très jeunes parmi la population au forfait (Figure 6) ; il s'agit surtout de familles avec enfant(s). A l'inverse, il y a proportionnellement moins de personnes âgées dans les MM : les plus de 50 ans représentent 22% de la population au forfait contre 37% parmi la population à l'acte. Ce résultat s'explique notamment parce que l'offre de MM est concentrée dans des zones où la population est plus jeune et par le fait que le système au forfait est apparu au début des années 80 et donc relativement jeune. Le nouveau système a davantage attiré de jeunes patients ; les autres patients restants avec leur médecin traitant étant donné que les personnes sont généralement fidèles à leur médecin généraliste, d'autant plus pour les personnes âgées. Mais les patients qui étaient jeunes au moment du démarrage du système en 1984 vieillissent de sorte que l'écart observé en termes d'âge s'atténuera avec le temps. Certaines MM à Bruxelles voient d'ailleurs leur population d'abonnés vieillir plus vite que la moyenne de la population bruxelloise, jeune et mobile par définition.

**Figure 6 : Pourcentage des patients au forfait et à l'acte par classe d'âge, 2016**



Source : Solidararis

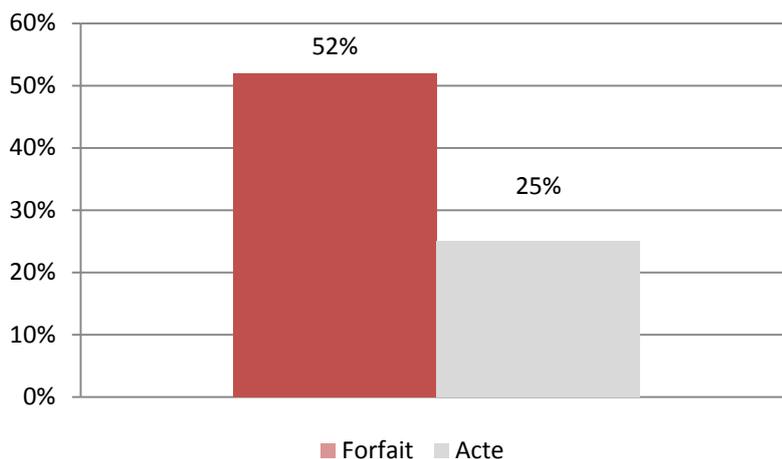
On ne note pas de différence en ce qui concerne la répartition hommes – femmes : 52% des patients en MM sont des hommes contre 51% dans le système à l'acte pour respectivement 48% et 49% de femmes.

<sup>8</sup> Sauf en ce qui concerne les données concernant le lieu de résidence des abonnés qui proviennent des données INAMI.

### 3.1. Plus défavorisée sur le plan socio-économique

La population inscrite en MM est plus fragilisée sur le plan socio-économique. Les MM comptent, en moyenne, 52% de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) contre 25% au sein de la population à l'acte (Figure 7), ce rapport étant stable ces dernières années. Il faut toutefois préciser qu'il s'agit d'un chiffre moyen : le pourcentage de BIM parmi les abonnés est encore bien plus élevé dans certaines MM qui ont jusqu'à 70% de BIM parmi leur patientèle.

**Figure 7 : Proportion de BIM parmi la population au forfait et à l'acte, 2016**



Source : Solidaris

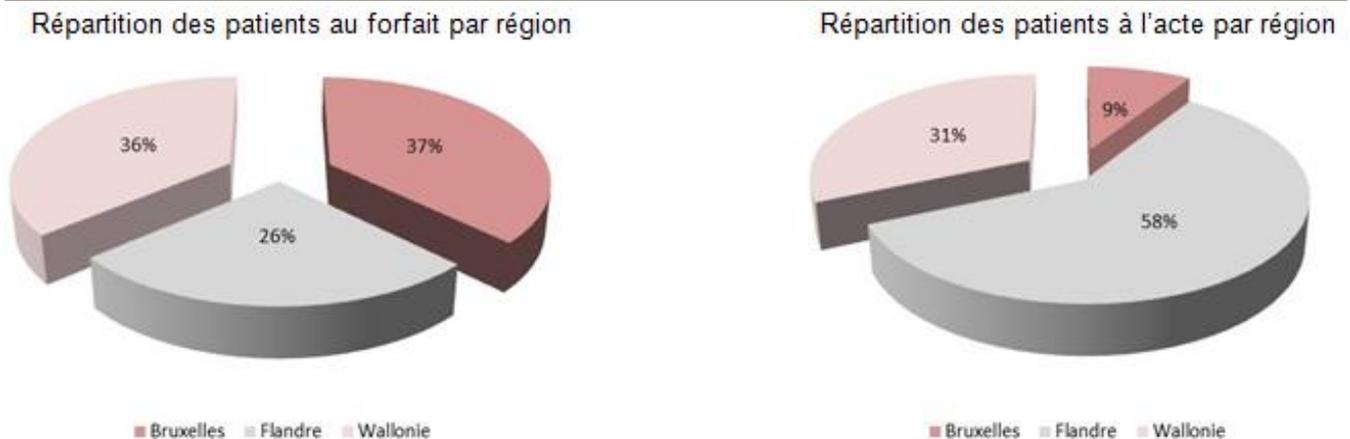
On y retrouve également davantage les groupes de population qui présentent plus de risque de pauvreté et de report de soins. Ainsi, les MM prennent en charge :

- 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 du revenu garanti pour personnes âgées (15% de bénéficiaires de la GRAPA parmi la population au forfait contre 5% parmi la population à l'acte) ;
- Trois fois plus de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (14% contre 4%) lorsqu'on analyse le profil des affiliés de Solidaris.

### 3.2. Surtout des Bruxellois et des Wallons

Sur base des données INAMI, il ressort que parmi les 360.434 Belges inscrits en MM, 134.026 (37%) habitent à Bruxelles, 130.205 (36%) en Wallonie et 94.777 (26%) en Flandre (Figure 8). 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.

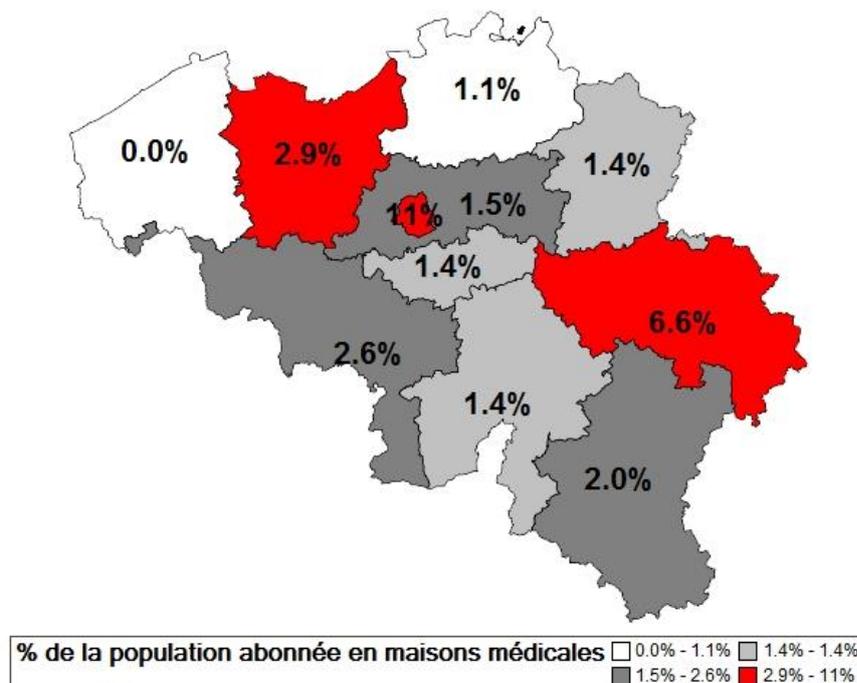
Ces résultats s'expliquent notamment par l'offre de MM et l'organisation des soins qui varient sensiblement entre les régions avec des pratiques de groupe à l'acte plus répandues en Flandre et des structures au forfait concentrées à Bruxelles et en Wallonie (cf. *supra*).

**Figure 8 : Lieu de résidence de la population au forfait et à l'acte par région, 2016**

Source : INAMI

Ces disparités géographiques apparaissent également lorsqu'on analyse le pourcentage de la population qui est soignée au forfait parmi la population totale (Figure 9). Bruxelles connaît le taux de pénétration le plus élevé avec près de 11,5% de Bruxellois abonnés à une MM, ce pourcentage étant de 3,5% en Wallonie et de 1,4% en Flandre. Une analyse plus fine par province montre des écarts d'autant plus grands : en Wallonie, la proportion de personnes soignées au forfait est la plus élevée à Liège (6,6%) et la plus faible à Namur et dans le Brabant wallon (1,4%) ; du côté flamand, c'est en Flandre orientale que l'on retrouve proportionnellement plus de patients inscrits en MM (2,9%) tandis qu'ils ne sont que 0,03% en Flandre occidentale.

Ces résultats sont directement liés à l'offre de MM sur le territoire (cf. *supra*) qui correspond également à la demande, les zones d'implantation des MM se superposant souvent aux zones où il y a davantage de pauvreté (Figure 10). En outre, ces proportions seraient plus élevées si on se référait uniquement aux zones d'implantation des MM.

**Figure 9 : Cartographie de la part de la population au forfait par province, 2016**

Source : INAMI

### 3.3. Soit des groupes de population plus à risque de pauvreté

Il ressort donc que les MM drainent davantage certains groupes de population : des ménages plus jeunes avec enfant(s), avec un grand nombre de familles monoparentales, des patients plus fragilisés socio-économiquement (plus de bénéficiaires de l'intervention majorée et plus de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale) 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 garantie de revenus aux personnes âgées, 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 5). En effet, selon les résultats de la dernière Enquête européenne EU-SILC<sup>9</sup> concernant les revenus et les conditions de vie, le risque de pauvreté<sup>10</sup> est plus important parmi les jeunes, les familles monoparentales, et dans certaines zones géographiques :

- Le taux de pauvreté est plus élevé chez les plus jeunes : 17% des 0-15 ans et 21% des 16-24 ans sont en situation de risque de pauvreté contre 15% dans la population totale ;
- On identifie aussi particulièrement les familles monoparentales parmi les groupes à risque avec un taux de risque de pauvreté de 41% contre 21% parmi les isolés ;
- Le taux de pauvreté est de 30% à Bruxelles, 18% en Wallonie contre 10% en Flandre.

Sans surprise, lorsqu'on croise ces résultats avec les données la dernière Enquête de santé menée en Belgique en 2013<sup>11</sup>, il ressort qu'il s'agit également des groupes de population qui sont contraints de reporter ou renoncer à des soins médicaux pour des raisons financières<sup>12</sup> :

- 14% des « jeunes ménages » (c'est-à-dire dont la personne de référence a entre 15-24 ans) déclarent reporter ou renoncer à des soins pour raison financière contre 8% dans la population totale. La proportion de ménages ayant dû reporter la consommation médicale diminue avec l'âge. La dernière enquête de Solidaris menée en Wallonie fin 2015<sup>13</sup> confirme ce résultat avec 19% des 18-30 ans et 14% des 31-45 ans déclarant avoir dû reporter une consultation chez le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois contre 5% chez les 60 ans et plus ;
- 20% des familles monoparentales déclarent reporter ou renoncer à des soins pour raison financière contre 10% parmi les isolés ;
- 19% des ménages ayant les revenus les plus faibles reportent des soins ;
- 22% des ménages indiquent devoir reporter la consommation médicale à Bruxelles et ils sont 9% en Région wallonne contre 5% en Région flamande. De même, les ménages indiquant devoir reporter de la consommation médicale sont situés principalement dans les zones urbaines : ils sont 13% dans ce cas contre respectivement 4% et 5% des ménages dans les zones semi-urbaines et rurales.

<sup>9</sup> EU-SILC (2015).

<sup>10</sup> Ce risque étant calculé comme étant le pourcentage de la population vivant dans un ménage ne disposant pas d'un revenu de 1.115 € net par mois pour un isolé ou 2.341 € net par mois pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants (de moins de 14 ans).

<sup>11</sup> Institut scientifique de santé publique (2015).

<sup>12</sup> Cela concerne le report de soins médicaux, de soins dentaires, de soins de santé mentale et/ou l'achat de médicaments (prescrits) ou de lunettes au cours des 12 derniers mois.

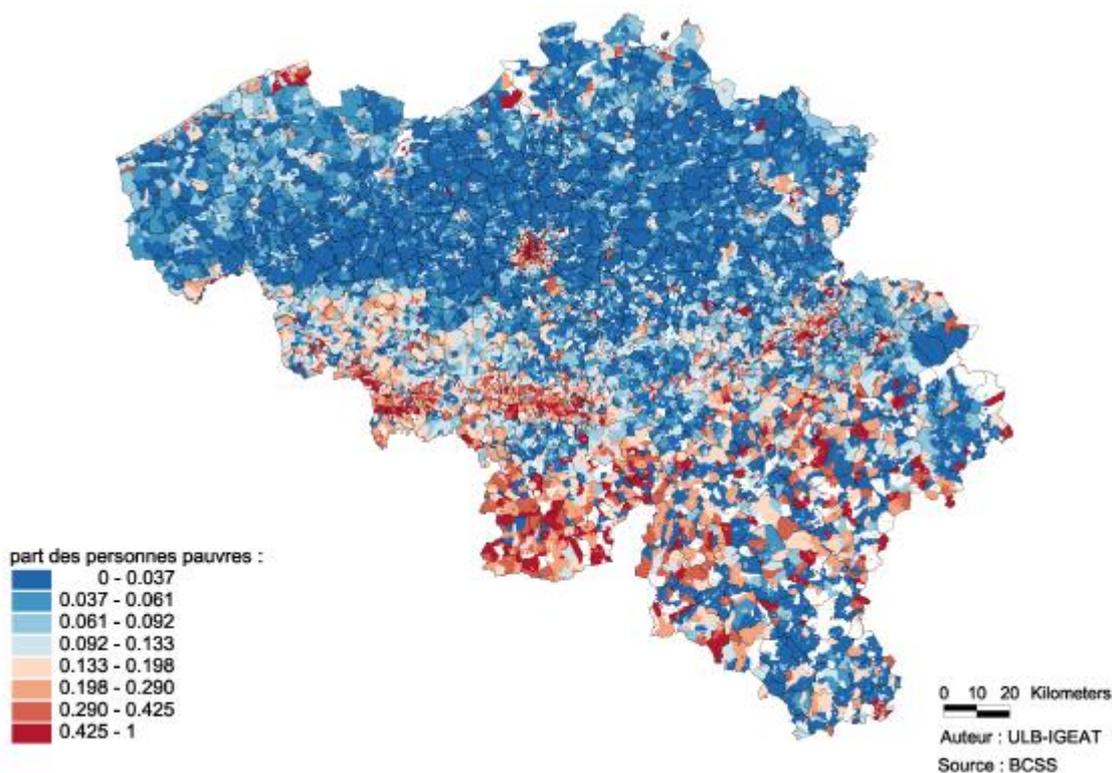
<sup>13</sup> Solidaris (2016).

**Tableau 5 : Taux de risque de pauvreté et report de soins, 2015/2013**

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

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

L'analyse de la carte ci-dessous (Figure 10) montre d'ailleurs qu'on retrouve proportionnellement plus de personnes en situation de pauvreté dans les zones où l'offre de MM est plus grande (cf. Figure 4), ce qui confirme que les MM sont surtout implantées dans des quartiers défavorisés. Cela explique qu'elles drainent une population plus à risque. Il faut cependant préciser que le succès du système forfaitaire n'est pas exclusivement réservé aux territoires pauvres. En effet, on constate que partout où une MM s'installe, elle se remplit, répondant au souhait d'une prise en charge multidisciplinaire et intégrée.

**Figure 10 : Cartographie de la part des personnes en situation de pauvreté par secteur statistique<sup>14</sup>, 2013**

Source : Marissal et al. (2013)

<sup>14</sup> La notion de pauvreté est définie selon l'« indice synthétique de pauvreté » construit par les auteurs sur base de 138 variables couvrant un grand nombre de domaines : accès aux soins médicaux, équipement du ménage, statut d'occupation du logement, problèmes de paiement, participation à la vie sociale,... Le taux de pauvreté est fixé à 15 % (qui correspond au taux de pauvreté belge officiel obtenu sur base du critère de la pauvreté monétaire), c'est-à-dire que les 15 % des ménages ayant la valeur de l'indice synthétique de pauvreté le plus élevé sont considérés comme pauvres.

## 4. ACCESSIBILITE DES MAISONS MEDICALES

Sans ticket modérateur, la médecine au forfait est en principe plus accessible, en particulier pour les patients défavorisés sur le plan socio-économique. Il faut toutefois préciser qu'il y a eu des évolutions importantes en particulier au niveau de l'accessibilité de la médecine générale avec l'obligation d'appliquer le tiers payant social (TPS) pour les BIM depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Concrètement, les BIM ne doivent plus avancer la totalité des frais liés à la consultation chez un médecin généraliste à l'acte mais uniquement l'argent de leur ticket modérateur (soit 1,50 € ou 1 € si le patient BIM a un Dossier Médical Global). Les données pour 2016 montrent que les médecins généralistes appliquent le TPS aux BIM dans 85% des cas.

Dans ce chapitre, nous évaluons l'accessibilité de la médecine au forfait sur base du recrutement de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

### 4.1. Méthodologie

L'accessibilité aux soins de santé des MM est mesurée en calculant la proportion de BIM dans les pratiques au forfait. Nous analysons d'abord le recrutement de BIM au niveau des deux systèmes en comparant le pourcentage de BIM dans les pratiques au forfait et dans les pratiques à l'acte sur base d'une comparaison moyenne sans standardisation.

Nous réalisons ensuite une analyse plus fine qui permet de tenir compte du « biais d'implantation », à savoir que les MM sont historiquement implantées dans des quartiers défavorisés où il y a plus de BIM. Les données de Solidaris permettent de corriger ce biais en réalisant une étude par quartier statistique (QS). Nous calculons ainsi la proportion de BIM au forfait dans chaque QS. Nous comparons ensuite, au sein de chaque QS, cette proportion à la proportion de BIM dans la population totale en réalisant un test binomial exact (seuil de significativité de 5%) pour déterminer si les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM au sein de chaque quartier. Cette méthodologie permet d'examiner la situation au niveau de chaque quartier pris individuellement.

L'étude s'appuie sur les données des affiliés de Solidaris pour 2016. Les QS retenus sont ceux pour lesquels il y a au moins 30 affiliés et au moins un affilié au forfait (et au moins 30 affiliés au forfait lorsqu'on tient compte du biais d'implantation, ceci pour raison méthodologique). Un patient est considéré comme abonné à une MM s'il s'est vu facturer au moins un forfait mensuel sur l'année<sup>15</sup>. L'analyse est effectuée sur les trois grandes villes qui concentrent le plus de MM et dont la proportion d'affiliés au forfait est la plus élevée : Bruxelles, Liège et Gand. La ville de Bruxelles compte, par exemple, 382.688 affiliés Solidaris dont 69.002 inscrits en MM (soit 18%) au niveau des 611 QS retenus dans l'échantillon total (Tableau 6).

**Tableau 6 : Pourcentage d'affiliés Solidaris abonnés au forfait dans l'échantillon, 2016**

Ville	Nombre de QS	Nombre d'affiliés	Nombre d'abonnés	% d'abonnés
Bruxelles	611	382.688	69.002	18,0%
Liège	154	9.111	73.761	12,4%
Gand	133	51.620	9.597	18,6%

Source : Solidaris

<sup>15</sup> Il faut noter que les nouveau-nés en 2016 ont été pris en compte et que les affiliés qui sont décédés en 2016 n'ont pas été éliminés. Cela représente environ 2% des affiliés abonnés.

## 4.2. Analyse par quartier statistique

### 4.2.1 Bruxelles

L'analyse des données agrégées par quartier montre qu'à Bruxelles, on retrouve en moyenne sensiblement plus de BIM dans la population au forfait qu'à l'acte : 51,5% de BIM sont pris en charge dans les MM contre 36,2% parmi la population soignée à l'acte (Tableau 7). En d'autres mots, il y a en moyenne 1,4 fois plus de BIM au forfait qu'à l'acte dans un quartier à Bruxelles. Les MM recrutent donc, en moyenne, 40% de BIM en plus que la médecine à l'acte dans un quartier bruxellois.

**Tableau 7 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS bruxellois<sup>16</sup>, 2016**

Nb QS	% affiliés BIM au forfait	% affiliés BIM à l'acte	Rapport
611	51,5%	36,2%	1,4

Source : Solidaris

Afin d'approfondir l'analyse et de corriger pour le « biais d'implantation », nous avons examiné les QS de près afin de déterminer si la proportion de BIM dans les MM est significativement supérieure ou inférieure à la moyenne observée au sein de chaque quartier. Concrètement, il s'agit de déterminer si les MM recrutent plus ou moins de BIM afin d'évaluer leur accessibilité.

Il ressort que dans 81,8% des QS<sup>17</sup>, la proportion de BIM est plus élevée parmi les abonnés en MM par rapport à la proportion de BIM dans le quartier (Tableau 8). En d'autres termes, dans quatre quartiers sur cinq, les MM recrutent significativement plus de BIM. Il n'y a que dans 5% des QS où les MM recrutent moins de BIM. Un examen de ces QS en particulier montre que si la différence est significative au niveau statistique, elle est toutefois faible et négligeable. En outre, il s'agit de quartiers défavorisés où il y a beaucoup de BIM de sorte qu'on observe plus ce clivage puisque les médecins généralistes recrutent également beaucoup de BIM et appliquent dès lors très probablement le tiers payant social pour les BIM comme le prévoit la loi depuis octobre 2015. A l'inverse, si on regarde les dix quartiers dans lesquels les MM recrutent le plus de BIM, les différences sont beaucoup plus importantes (allant jusqu'à 85% de BIM en plus que la moyenne) et indiquent que les MM recrutent singulièrement plus de BIM.

**Tableau 8 : Proportion de quartiers bruxellois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016**

Nb QS	% QS avec plus de BIM au forfait	% QS avec moins de BIM au forfait
374	81,8%	5,1%

Source : Solidaris

<sup>16</sup> Il s'agit du pourcentage de BIM (au forfait et à l'acte) calculé sur base de la moyenne des quartiers statistiques.

<sup>17</sup> A noter que cette analyse porte à présent sur 374 QS (au lieu de 611 QS précédemment), ce qui s'explique parce qu'il s'agit des quartiers pour lesquels il y a au moins 30 affiliés abonnés à une MM (contre au 1 affilié abonné précédemment).

Ces résultats sont également visibles sur la carte reprise ci-dessous (Figure 11). Il en ressort que la plupart des QS sont « verts », c'est-à-dire que dans ces quartiers les MM recrutent significativement plus de BIM qu'en moyenne<sup>18</sup>.

**Figure 11 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS bruxellois, 2016**



Source : Solidaris

Pour conclure, ces résultats mettent en évidence que les MM recrutent significativement plus de BIM dans la majorité des quartiers bruxellois. Elles représentent ainsi un meilleur accès aux soins pour des patients fragilisés sur le plan socio-économique.

#### 4.2.2 Liège

La proportion de BIM est plus élevée en moyenne dans la population au forfait (50,3%) qu'à l'acte (36%) dans les quartiers de Liège (Tableau 9), ce rapport étant de 1,4 comme à Bruxelles.

**Tableau 9 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS liégeois<sup>19</sup>, 2016**

Nb QS	% affiliés BIM au forfait	% affiliés BIM à l'acte	Rapport
154	50,3%	36,0%	1,4

Source : Solidaris

<sup>18</sup> Les quartiers en rouge sont ceux pour lesquels la proportion de BIM est moindre que la moyenne observée au niveau du quartier ; 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.

<sup>19</sup> Il s'agit du pourcentage de BIM (au forfait et à l'acte) calculé sur base de la moyenne des quartiers statistiques.

Une analyse plus fine par quartier et en corrigeant pour le « biais d'implantation », montre que dans plus de quatre quartiers sur cinq (85,3%), les MM comptent significativement plus de BIM qu'en moyenne. On retrouve très peu de quartiers (2,7%) où l'inverse est observé (Tableau 10).

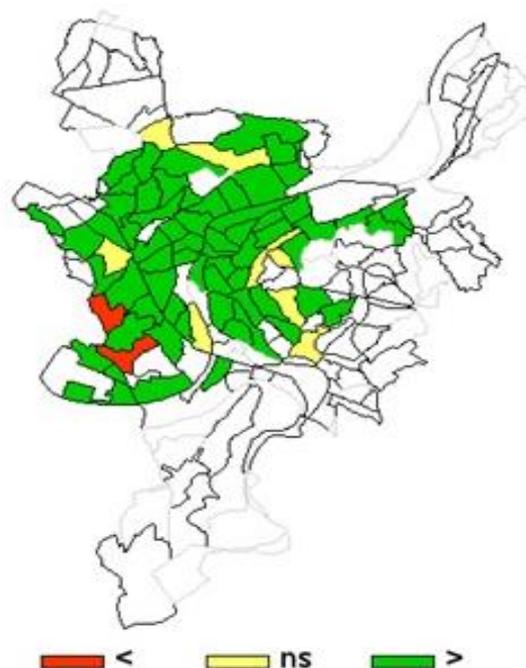
**Tableau 10 : Proportion de quartiers liégeois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne<sup>20</sup>, 2016**

Nb QS	% QS avec plus de BIM au forfait	% QS avec moins de BIM au forfait
75	85,3%	2,7%

Source : Solidaris

Ces résultats sont également visibles sur la carte reprise ci-dessous (Figure 12) : on retrouve une majorité de quartiers « verts » et très peu de quartiers « rouges »<sup>21</sup>.

**Figure 12 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS liégeois, 2016**



Source : Solidaris

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Les quartiers en rouge sont ceux pour lesquels la proportion de BIM est moindre que la moyenne observée au niveau du quartier ; 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.

### 4.2.3 Gand

Gand est la ville pour laquelle les différences sont les plus grandes : la proportion de BIM au forfait est de 32,4% contre 19,9% au sein de la population à l'acte (Tableau 11). C'est 1,6 fois plus. Les MM sont donc clairement plus accessibles aux BIM, avec 60% de BIM en plus en moyenne.

**Tableau 11 : Pourcentage de BIM dans la population au forfait et à l'acte dans les QS gantois<sup>22</sup>, 2016**

Nb QS	% affiliés BIM au forfait	% affiliés BIM à l'acte	Rapport
133	32,4%	19,9%	1,6

Source : Solidaris

Le tableau ci-dessous (Tableau 12) et la carte (Figure 13) confirment ces résultats lorsqu'on examine la situation quartier par quartier et qu'on corrige pour le « biais d'implantation ». Dans 91,2% des quartiers, les MM recrutent significativement plus de BIM que la moyenne, aucune différence statistique n'étant observée dans les quartiers restants. Le constat d'une meilleure accessibilité des MM pour les patients fragilisés se vérifie donc particulièrement à Gand puisque les MM recrutent plus de BIM que la moyenne dans neuf quartiers sur dix.

**Tableau 12 : Proportion de quartiers gantois dans lesquels les MM recrutent significativement plus ou moins de BIM que la moyenne, 2016**

Nb QS	% QS avec plus de BIM au forfait	% QS avec moins de BIM au forfait
68	91,2%	0,0%

Source : Solidaris

<sup>22</sup> Il s'agit du pourcentage de BIM (au forfait et à l'acte) calculé sur base de la moyenne des quartiers statistiques.

**Figure 13 : Cartographie du recrutement de BIM au forfait dans les QS gantois, 2016**



Source : Solidaris

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude de Solidaris permet de faire le point sur le secteur des maisons médicales. Elle démontre que :

- 1) L'évolution des moyens alloués au secteur par l'INAMI – qui sont passés de 44,1 millions € en 2007 à 149 millions € en 2016 – s'explique principalement par l'évolution du nombre de patients sur la période qui s'est traduite par une augmentation du nombre de forfaits (passant de 5,02 millions à 11,51 millions entre 2007 et 2016). En d'autres mots, la croissance des dépenses des maisons médicales est imputable au succès grandissant du modèle forfaitaire ces dernières années. Il est par ailleurs utile de souligner que, sur le plan purement budgétaire, cette croissance en volume est compensée par des diminutions de dépenses par ailleurs : les patients qui s'abonnent à une maison médicale n'engendrent plus de dépenses à l'acte en première ligne (en ce qui concerne les disciplines offertes au sein de la maison médicale au niveau de la médecine générale, la kinésithérapie et les soins infirmiers). Enfin, le KCE a démontré que le coût plus important pour l'assurance maladie en première ligne était compensé par de moindres dépenses en seconde ligne.
- 2) Les maisons médicales prennent en charge une population plus jeune, souvent des familles avec enfant(s), particulièrement fragile sur le plan socio-économique et des groupes de population qui présentent plus de risque de pauvreté et de report de soins :
  - a. Les maisons médicales soignent deux fois plus de bénéficiaires de l'intervention majorée qu'à l'acte – 52% des abonnés en maison médicale sont BIM contre 25% parmi la population à l'acte – ce rapport étant stable ces dernières années.
  - b. 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%).
- 3) Une analyse approfondie de l'accessibilité des maisons médicales par quartier statistique met en évidence qu'on retrouve systématiquement plus de BIM dans les pratiques forfaitaires qu'à l'acte dans les trois grandes villes belges étudiées – soit celles où l'offre de maisons médicales est la plus élevée et où la proportion d'affiliés Solidaris abonnés à une maison médicale 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. En d'autres mots, à Bruxelles par exemple, il y a 40% de BIM en plus dans les maisons médicales que parmi la population soignée à l'acte. Le fait que les maisons médicales soignent plus de patients BIM n'est pas uniquement lié à leur zone d'implantation dans des quartiers où la précarité est plus importante. Lorsqu'on corrige pour ce « biais d'implantation », les maisons médicales recrutent toujours plus de BIM que la moyenne observée au niveau de la population du quartier. Notre analyse montre ainsi que l'accessibilité des maisons médicales est significativement plus grande dans huit quartiers sur dix à Bruxelles et à Liège et dans neuf quartiers sur dix à Gand. La meilleure accessibilité des maisons médicales apparaît inhérente à la pratique forfaitaire, qui se veut être une prise en charge globale de la santé par une équipe de première ligne multidisciplinaire et intégrée, centrée sur le patient et ses ressources et qui s'inscrit dans son parcours de vie en interaction avec le milieu local.

Les résultats de cette étude montrent que les maisons médicales constituent un maillon essentiel dans l'accessibilité des soins de santé pour la population : 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, voire de renoncer à, 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 ainsi 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 en effet 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<sup>er</sup> 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).

## BIBLIOGRAPHIE

Boutsen et Maron, 2011, « L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles », Direction Etude, Solidaris - Union Nationale des Mutualités Socialistes, p. 15.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2008, « Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », KCE Reports 85B, p.162.

De Maeseneer, 2017, « Waarom de "budgetoverschrijding" binnen de Medische Huizen in feite geen budgetoverschrijding is », Document de Vereniging van Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen (VWGC), 28 juin 2017.

Institut scientifique de santé publique (ISP), 2015, « Rapport 3 - Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux », Enquête de santé 2013, p. 58.

Marissal, May et Mesa Lambillo, 2013, « Pauvreté rurale et urbaine », Rapport final, Programme Agora financé par la Politique Scientifique Fédérale, p. 106.

Solidaris, 2016, « Le report de soins de santé », Direction Marketing, Solidaris - Union Nationale des Mutualités Socialistes, Janvier 2016.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Méthode de calcul du forfait par MM

Le modèle de financement des MM est basé sur deux concepts :

- Population stable des MM : le groupe inscrit depuis au moins 1 an ;
- MM mature : MM qui a conclu un accord forfaitaire depuis 2 ans au moins et qui a une population stable d'au moins 500 patients.

Il y a trois types de calculs pour déterminer le budget alloué à une MM :

- I. La population stable d'une MM médicale mature ;
- II. La population non stable d'une MM mature ;
- III. Les MM non matures.

I. Pour la population stable d'une MM mature :

Calcul du forfait mensuel pour l'année T :

- 1) Calcul d'un budget global par discipline (M, K, I) : calcul de la somme des forfaits mensuels pour la population stable de toutes les MM matures qui proposent la discipline dans l'année T-1.
- 2) Calcul d'une moyenne par discipline en divisant le budget global mensuel de cette discipline par le nombre de patients de la population stable pour cette discipline.
- 3) Afin d'adapter le forfait (M, K, I) de chaque MM en fonction du profil de ses patients, on applique à cette moyenne une correction «  $A(B-C)/12$  », dans laquelle :
  - A = coefficient de la variable estimé sur base de la clé de répartition des moyens financiers entre organismes assureurs (calculé sur base de toutes les dépenses dans l'année T-2)\*. Le modèle intègre une quarantaine de variables : âge, sexe, BIM, plusieurs variables sociales, plusieurs variables médicales et pathologiques approchées sur base des médicaments prescrits, ... ;
  - B = le % de patients de la population stable de LA MM mature qui est concerné par cette variable A ;
  - C = le % de patients de la population stable DES MM matures qui est concerné par cette variable A ;
  - Pour chaque variable, on calcule  $A(B-C)$  soit le facteur de correction qui dépend du coefficient estimé pour chaque variable A et de l'écart entre la valeur moyenne de cette variable pour les abonnés de LA MM et la valeur moyenne de la variable pour les abonnés DES MM. Cela permet ainsi de faire varier le forfait moyen en fonction du profil de la population stable de LA maison médicale par rapport au profil de la population stable DES maisons médicales.

\* analyse par régression sur base de l'échantillon permanent sans surreprésentation des plus de 65 ans.

II. Pour la population non stable d'une MM mature :

Elle reçoit les mêmes forfaits mensuels (M, K, I) que la population stable de la MM mature.

III. Pour les MM non matures :

On utilise les forfaits mensuels moyens (M, K, I) sans correction.

- 1) Calcul d'un budget global par discipline (M, K, I) : calcul de la somme des forfaits mensuels pour la population stable de toutes les MM matures qui proposent la discipline dans l'année T-1.
- 2) Calcul d'une moyenne par discipline en divisant le budget global mensuel de cette discipline par le nombre de patients de la population stable pour cette discipline.





LES PUBLICATIONS DE LA DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ SONT  
TÉLÉCHARGEABLES SUR LE SITE [www.solidaris.be](http://www.solidaris.be)



DIRECTION ETUDES DE SOLIDARIS MUTUALITÉ  
DIRECTEUR : JEAN-MARC LAASMAN  
RUE SAINT-JEAN, 32/38 - 1000 BRUXELLES  
Téléphone : 02/515.03.93. – mail : [Etudes@solidaris.be](mailto:Etudes@solidaris.be)

EDITEUR RESPONSABLE :  
JEAN-PASCAL LABILLE  
Rue Saint-Jean 32/38 – 1000 Bruxelles