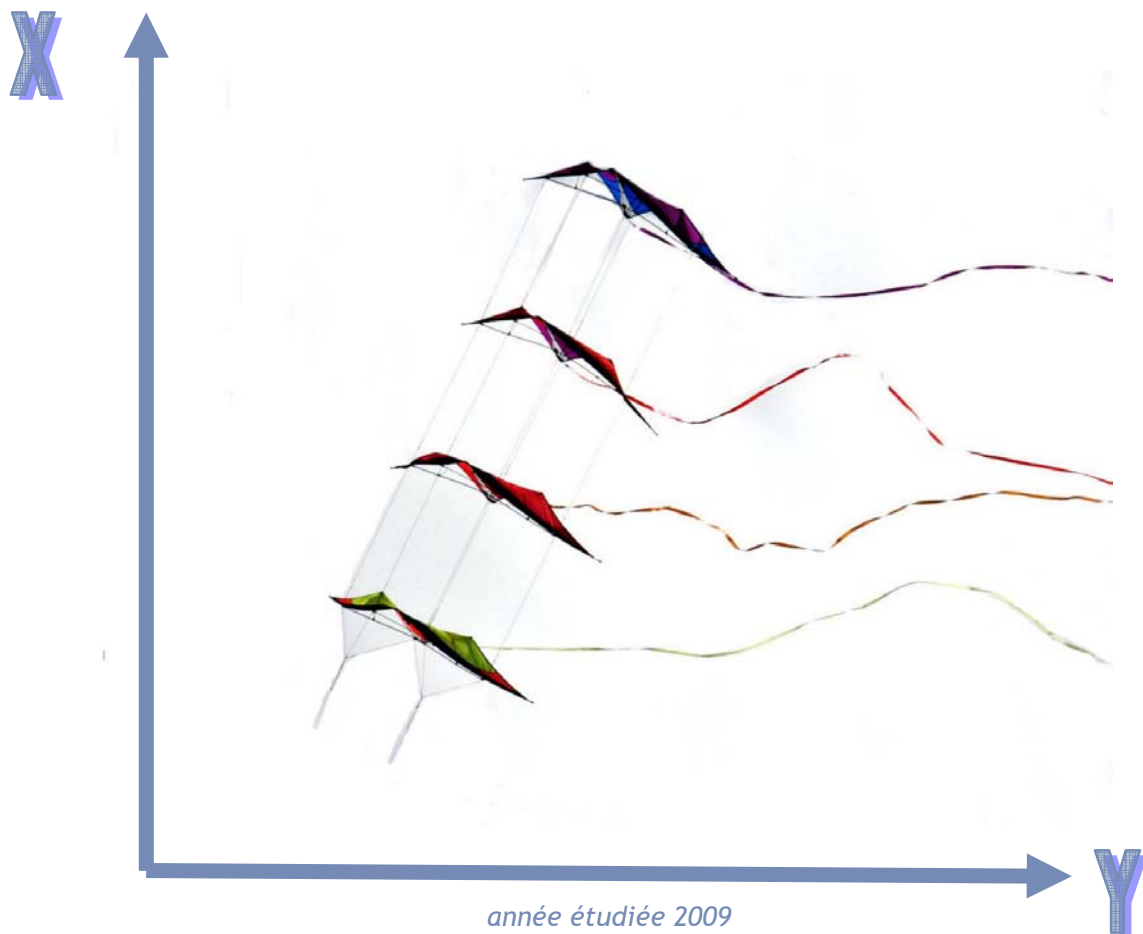


Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait ?

Quelle est son utilisation de soins de médecine générale ?



DENIS Baudouin, DRIELSMA Pierre

*Service d'étude et de recherche de la Fédération des maisons médicales
et des collectifs de santé francophones*

Mars 2011

Table des matières

1. Résumé.....	5
2. Objectifs de l'étude	6
3. Méthode	7
3.1. Variables relatives aux patients	8
3.2. Variables relatives aux contacts	11
3.3. Analyse statistique	11
4. Profil sociodémographique de la population	12
4.1. Une population plus jeune	13
4.2. Une population plus défavorisée	14
5. Consommation / Dispensation de soins médicaux.....	18
5.1. Résultats globaux.....	18
5.2. Déterminants de la consommation de soins	19
5.2.1. L'âge et le sexe (figure 7).....	20
5.2.2. Le niveau socio-économique (figure 8).....	20
5.3. Le taux de visites à domicile	22
6. Discussion.....	24
Une population plus jeune.....	24
Une population plus défavorisée	27
Une population en moins bonne santé	28
Une plus grande consommation de soins médicaux	28
Un moindre recours à la visite à domicile.....	29
7. Conclusions	30

1. Résumé

Cette étude analyse les caractéristiques sociodémographiques des patients inscrits dans 45 maisons médicales au forfait (n = 95304) ainsi que leur consommation de soins de médecine générale. Par rapport à la population générale belge, on trouve dans les maisons médicales 2 fois moins de patients âgés de plus de 65 ans, 3.5 fois moins d'indépendants, 2.5 fois plus de patients bénéficiant du remboursement préférentiel des soins, 1.8 fois plus d'invalides et 2 fois plus de patients non en ordre de mutuelle. L'étude détaille une série d'hypothèses pouvant expliquer le fait que les patients suivis en maison médicales soient plus jeunes, plus défavorisés et en moins bonne santé. Après ajustement pour l'âge et le sexe, les patients inscrits au forfait ont un nombre moyen annuel de contacts de médecine générale 1.3 fois plus élevé que celui des autres patients du pays, ce qui s'explique essentiellement par une meilleure accessibilité aux soins et plus grande morbidité liée aux caractéristiques socio-économiques des patients suivis en maisons médicales. Le recours à la visite à domicile est presque 2 fois moins fréquent en maisons médicales, ce qui témoigne d'une utilisation plus équitable et plus efficiente de la capacité de soins.

2. Objectifs de l'étude

Ceci est le cinquième rapport concernant la population inscrite en maisons médicales forfaitaires. Le service d'études de la Fédération des maisons médicales répète cette étude avec une périodicité de deux ans depuis l'an 2000. Plusieurs objectifs sous-tendent l'idée d'observer au fil du temps la population suivie au forfait et sa consommation de soins :

- ✓ Objectif contractuel : fournir à l'INAMI les données de consommation de soins que nous nous sommes engagés à enregistrer dans le cadre du système forfaitaire.
- ✓ Objectif politique : asseoir notre crédibilité en montrant notre capacité d'évaluation de nos pratiques, utiliser certains résultats de l'étude dans les négociations forfaitaires et, plus largement, dans les débats sur la réorganisation des soins de première ligne.
- ✓ Objectif de gestion : fournir aux équipes des maisons médicales une image structurée et synthétique de leur population suivie et de sa consommation des soins, de l'évolution des caractéristiques de cette population au cours du temps, et leur donner ainsi un outil de pilotage pour leur organisation interne.
- ✓ Objectif pédagogique : cette étude s'ajoute à d'autres initiatives suscitant la motivation pour un enregistrement plus performant des données et l'utilisation complète du Dossier santé informatisé, ce qui permettrait de mener des études complémentaires intéressantes.
- ✓ Objectif de santé publique : nous sommes convaincus que les équipes forfaitaires grâce à la délimitation précise de leur population peuvent devenir des outils précieux de surveillance épidémiologique et d'observatoire de la santé. *In fine*, et suite à l'objectif précédent, il s'agira d'obtenir des données de santé, capables d'alimenter un système de surveillance épidémiologique tel que le préconise Bernard Choi ¹. Ce dernier objectif est plus spécifiquement soutenu par le projet Tableau de bord de la Fédération des maisons médicales.

Les hypothèses et pistes de réflexion présentées dans ce rapport suite aux analyses ne se veulent pas définitives et n'auront de sens qu'après critique et discussion avec les équipes des maisons médicales concernées. Nous organisons des rencontres avec les équipes *in situ* pour permettre des explications plus approfondies au sujet des informations données et susciter un débat quant aux interprétations et implications que ces informations peuvent susciter.

¹ Choi B., *La surveillance épidémiologique au 21^e siècle sous diverses optiques*. Maladies chroniques au Canada 1998 ; 19(4).

3. Méthode

L'étude est basée sur les données agrégées des fichiers "signalétique" (données de population) et "contacts" (données de consommation) transmis par les maisons médicales. Ces deux fichiers sont en principe remplis de façon systématique dans chaque maison médicale au forfait, par obligation réglementaire en ce qui concerne le fichier « contacts »² et par nécessité pour la facturation du forfait aux organismes assureurs en ce qui concerne le fichier « signalétique ».

Les garanties d'anonymat et de confidentialité des données ont été respectées. Un module d'extraction a été fourni aux équipes, leur permettant de supprimer les noms, prénoms, numéro de dossier, adresses et numéro de téléphone des patients et de transformer la date de naissance en année de naissance dans les fichiers transmis.

Les données comparatives concernant la population nationale et sa consommation de soins proviennent du service public fédéral Economie (Statbel)³ et des services de l'INAMI.

Les patients actifs non inscrits au forfait (NNN) qui représentent 2.3 % du total des actifs n'ont pas été inclus dans l'analyse car ils représentent une population trop hétérogène : dans certaines maisons médicales, il s'agit de patients fictifs servant de « tiroir » pour comptabiliser les contacts de dépannage avec des patients ponctuels, non suivis par la maison médicale ; pour d'autres, il s'agit de personnes en situation illégale ou de patients toxicomanes vus à l'acte dans le cadre de conventions particulières ; pour d'autres enfin, il s'agit de patients provisoirement désinscrits pour cause de recours aux médecines parallèles ; parfois encore il s'agit de membres de la famille ou de proches des membres de l'équipe.

Les contacts-médecin de nuit et de week-end ou jours fériés n'ont pas été inclus dans l'analyse car ils étaient encodés de manière trop hétérogène d'une maison médicale à l'autre. Il en va de même pour les avis (code 109012)⁴. L'analyse de la consommation de soins porte donc sur les « prestations de base » de médecine générale : consultations et visites à domicile (qui comprennent dans notre analyse les visites en institutions : homes pour personnes âgées, maisons d'accueil pour enfants, handicapés, convalescents)⁵.

² Article 11 du règlement forfaitaire : Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins ayant conclu avec les organismes assureurs un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations est tenu **d'enregistrer, pour chaque bénéficiaire inscrit, les prestations qui lui sont fournies, qu'elles soient ou non visées par le forfait**, et notamment les prescriptions de médicaments, les envois auprès d'un médecin spécialiste et les séjours dans un établissement hospitalier (comme les mutualités possèdent les données non en gras, il n'est plus obligatoire de les enregistrer).

³ Les données démographiques 2009 n'étant pas encore disponibles sur le site Statbel au 31.12.2010, nous avons de cette année nous référer aux données 2008.

⁴ Code de la nomenclature INAMI destiné à honorer le médecin pour la rédaction de documents divers (ordonnance de renouvellement de médicament, rapport médical, attestations diverses) sans qu'il n'y ait de consultation ni de visite.

⁵ Codes de nomenclature retenus pour l'analyse: 101010, 101032, 101076, 103110, 103132, 103213, 103235, 103316, 103331, 103353,

Nous n'avons pas analysé les contacts-infirmiers ni les contacts-kinésithérapeute car une analyse préliminaire de la qualité des fichiers transmis a montré que leur encodage était trop lacunaire et ne permettrait pas de tirer des conclusions fiables.

3.1. Variables relatives aux patients

3.1.1. Age en 2009, calculé sur base de l'année de naissance. L'âge est par ailleurs catégorisé en tranches de 5 ans (0-4, 5-9,...90-94, 95 et plus), en tranches d'âge préconisées par la WONCA ⁶ (0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-75, 75-94, 95 et plus) et de façon binaire (0-64, 65 et plus).

3.1.2. Genre : masculin et féminin.

3.1.3. Niveau socio-économique : classé sur base du code titulaire (CT1) en 4 catégories correspondant aux 4 niveaux de tarification forfaitaire :

- Assurés ordinaires (2^{ème} chiffre du code = 0-1, 3^{ème} chiffre = 0) : assurés sociaux actifs (qu'ils soient au travail, chômeurs ou en incapacité depuis moins d'un an) et sans intervention majorée (= sans remboursement préférentiel). En pratique, cela comprend tous les assurés sociaux ne se trouvant pas dans une des trois autres catégories. Dans la classification INAMI cela correspond aux « TIP sans IM » (titulaires indemnisables primaires sans intervention majorée) + « RN sans IM » (registre national), qu'ils émargent au régime général ou au régime des indépendants, qu'ils soient titulaires ou personnes à charge.
- OMNIO (2^{ème} chiffre du code = 0-1, 3^{ème} chiffre = 1) : assurés sociaux actifs (au travail, chômeurs ou en incapacité depuis moins d'un an) et ayant des revenus inférieurs au seuil fixé pour le statut OMNIO (remboursement préférentiel = intervention majorée). En pratique, cela comprend les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale (RIS) ou de son équivalent-CPAS, les chômeurs-salariés-indépendants ayant un revenu annuel brut < 14778 € (2010)⁷, les chômeurs de longue durée (plus de 50 ans, chômage depuis plus d'un 1 an) ayant un revenu < 15063 € (2010). Dans la classification INAMI cela correspond aux « TIP avec IM » plus les « RN avec IM », qu'ils émargent au régime général ou au régime des indépendants, qu'ils soient titulaires ou personnes à charge.
- VIPO 75 (2^{ème} chiffre du code = 2-3-4-5, 3^{ème} chiffre = 0) : assurés sociaux inactifs

103412, 103434, 103515, 103530, 103552, 103913, 103935, 103950, 104355, 104370, 104650, 104672.

⁶ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (organisation mondiale des médecins généralistes).

⁷ Tous les revenus indiqués sont des revenus bruts avant impôts pour une personne isolée.

(invalides, pensionnés, veufs, orphelins) et ayant des revenus supérieurs au seuil fixé pour le statut BIM (pas de remboursement préférentiel = pas d'intervention majorée). En pratique, cela comprend les invalides, pensionnés, veufs et orphelins ayant un revenu > 15063 € (2010). Dans la classification INAMI, cela correspond aux « VIPO sans IM », qu'ils émargent au régime général ou au régime des indépendants, qu'ils soient titulaires ou personnes à charge.

- VIPO 100 (2^{ème} chiffre du code = 2-3-4-5, 3^{ème} chiffre = 1) : assurés sociaux inactifs (invalides, pensionnés, veufs, orphelins) et ayant des revenus inférieurs au seuil fixé pour le statut BIM (remboursement préférentiel, intervention majorée). En pratique cela comprend les invalides-handicapés, pensionnés, veufs et orphelins ayant un revenu < 15063 € (2010). Dans la classification INAMI cela correspond aux « VIPO avec IM », qu'ils émargent au régime général ou au régime des indépendants, qu'ils soient titulaires ou personnes à charge.

Niveau socio-éco	Codes titulaire CT1	Statut	Revenu annuel	Intervention INAMI
AO	100, 110, 180, 400	actifs		ordinaire (non bim)
OMNIO	101, 111, 181, 411		< 14778 € *	majorée (bim)
VIPO 75	120, 130, 140, 150 420, 430, 440, 450	invalides pensionnés veuf(ve)s orphelins		ordinaire (non bim)
VIPO 100	121, 131, 141, 151 421, 431, 441, 451		< 15063 €	majorée (bim)

* < 15063 € pour les chômeurs de longue durée et les familles monoparentales.

3.1.4. Statut sur le plan de l'activité : classé sur base du code titulaire (CT1) en 4 catégories :

- actifs sur le marché du travail (2^{ème} chiffre du code titulaire = 0 ou 1) ;
- invalides et handicapés (2^{ème} chiffre du code titulaire = 2) ;
- pensionnés (2^{ème} chiffre du code titulaire = 3) ;
- veufs et orphelins (2^{ème} chiffre du code titulaire = 4 ou 5).

Activité	Code titulaire CT1	Niveau socio-éco
Actifs	100, 110, 180, 400 101, 111, 181, 411	AO + OMNIO
Invalides-Handicapés	120, 121, 420, 421	VIPO 75 + VIPO 100
Pensionnés	130, 131, 430, 431	
Veuf(ve)s-Orphelins	140, 141, 440, 441 150, 151, 450, 451	

3.1.5. Type de remboursement : classé sur base du code titulaire (CT1) en 2 catégories :

- non préférentiel = sans intervention majorée (3^{ème} chiffre du code titulaire = 0) ;
- préférentiel = avec intervention majorée (3^{ème} chiffre du code titulaire = 1).

Type de remboursement	Code titulaire CT1	Niveau socio-éco
Non préférentiel (Non BIM)	100, 110, 180, 400 120, 420, 130, 430 140, 440, 150, 450	AO + VIPO 75
Préférentiel (BIM)	101, 111, 181, 411 121, 421, 131, 431 141, 441, 151, 451	OMNIO + VIPO 100

3.1.6. Régime d'assurance : classé sur base du code titulaire (CT1) en 2 catégories :

- Salariés (1^{er} chiffre du code titulaire = 1) ;
- Indépendants (1^{er} chiffre du code titulaire = 4).

3.1.7. Type de mutuelle auquel le patient est affilié : classé en 4 catégories sur base du code d'identification de la mutuelle :

- Socialiste (3XX) ;
- Chrétienne (1XX) ;
- Libre (5XX) ;
- Autre (libérale, neutre, office régional - CAAMI, SNCB).

3.1.8. Niveau d'assurabilité : classé en 2 catégories sur base du code d'assurabilité :

- En ordre de mutuelle (forfait payé à la maison médicale) ;
- Non en ordre de mutuelle (forfait refusé).

3.1.9. Proximité par rapport à la maison médicale : classée en 2 catégories sur base du code postal du domicile de la personne inscrite⁸ :

- « centre » : même code postal que celui de la maison médicale ;
- « extérieur » : code postal autre que celui de la maison médicale.

3.1.10. Nationalité : classée en 3 catégories :

- Autochtones ;
- Allochtones occidentaux (originaires d'Europe, USA ou Canada) ;
- Allochtones non occidentaux.

⁸ Nous avons choisi le code postal comme indicateur de proximité faute de mieux : pour de nombreuses maisons médicales, il ne correspond pas à la zone de soins effectivement couverte.

3.1.11. Niveau d'études⁹ : classé en 4 catégories d'après le diplôme le plus élevé obtenu à 25 ans :

- Enseignement primaire ou aucun diplôme ;
- Enseignement secondaire inférieur ;
- Enseignement secondaire supérieur ;
- Enseignement supérieur.

3.2. Variables relatives aux contacts

Une seule variable a été retenue pour l'analyse : le lieu du contact, classé en consultation ou visite à domicile sur base du code de nomenclature INAMI. Rappelons que les contacts « urgents » (visites de nuit, de week-end et jours fériés, consultations avec code de supplément d'urgence) ont été exclus préalablement à l'analyse.

Les données relatives à la nationalité et au niveau d'études ne seront pas analysées car elles étaient affectées d'un taux trop important de données manquantes, de l'ordre de 75%.

3.3. Analyse statistique

Les données ont été traitées sur le logiciel SPSS version 13.0 pour Windows. Nous nous sommes limités à des statistiques descriptives et n'avons pas effectué de tests de signification statistique pour les différentes comparaisons car cela n'avait guère de sens. Tout d'abord, il ne s'agit pas ici d'un échantillon tiré au hasard mais de populations exhaustives obtenues sur base volontaire. Ensuite, avec des effectifs de l'ordre de 100.000 patients et 300.000 contacts, des différences même minimales et non pertinentes atteindraient de toute façon un seuil de signification statistique élevé ($p < .001$).

Pour permettre des comparaisons pertinentes de la consommation de soins avec celle de la population générale, nous avons utilisé la technique d'ajustement par standardisation directe : transposition du nombre de contacts annuels des maisons médicales dans une population de même taille mais ayant la structure d'âge et de sexe de la population générale (ou ayant la structure d'âge et de sexe de l'échantillon global quand il s'agissait de comparer les maisons médicales entre elles).

⁹ Il faut noter qu'on observe une élévation progressive du niveau d'étude moyen au cours du temps. Il en résulte que la comparaison des niveaux d'études sans tenir compte de cet effet de cohorte peut biaiser les résultats. Par ailleurs établir le niveau d'étude pour des patients qui ont fait leurs études à l'étranger est parfois problématique.

4. Profil sociodémographique de la population

Sur les 65 maisons médicales au forfait¹⁰ opérationnelles durant l'année 2009, 45 (70 %) ont fourni leur fichier "signalétique" (données sociodémographiques des patients) totalisant 95.304 patients actifs inscrits au 31.12.2009. Les 17 maisons médicales bruxelloises totalisent 36.018 patients soit 3.4 % de la population de la Région Bruxelles-Capitale, et les 28 maisons médicales wallonnes totalisent 59.286 patients soit 1.7 % de la population de la Région wallonne. Les caractéristiques de la population inscrite dans ces 45 maisons médicales au forfait, "photographiée" au 31.12.2009, sont synthétisées dans le tableau 1, en comparaison avec les données concernant la population générale du pays.

Ces données confirment les deux spécificités de la population suivie en maison médicale déjà mises en évidence depuis la première étude en 2000 : une population plus jeune et plus défavorisée.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population des maisons médicales au forfait et de la population générale belge (2009)				
		Maisons médicales (n = 95304)	Wallonie + Bruxelles ¹¹ (n = 4505266)	Belgique ¹² (n = 10543864)
Sexe	Masculin (%)	49.0	48.5	-
Age au 31.12.2009	Age moyen (ans)	32.1	39.7	-
Personnes âgées	65+ (%)	8.0	16.0	-
Régime	Général (%)	97.1	-	90.0
	Indépendants (%)	2.9	-	10.0
Code titulaire	AO (%)	56.5	-	68.4
	OMNIO (%)	26.3	-	6.2
	VIPO 75 (%)	7.8	-	17.0
	VIPO 100 (%)	9.4	-	8.4
Remb. préférentiel	BIM (%)	35.7	-	14.6
Vip100 / Vip75	Ratio	1.2	-	0.5
Invalidité	Invalides (%)	7.7	-	4.4
Assurabilité	Non en ordre (%)	2.1	-	1.0
Mutuelle	Socialiste (%)	48.0	-	28.0
	Libre (%)	23.3	-	18.1
	Chrétienne (%)	18.1	-	42.3
	Autre (%)	10.5	-	11.5

¹⁰ Sur un total de 80 maisons médicales enregistrées en 2009 à la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF).

¹¹ Données service public fédéral Economie au 01.01.2008,

<http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/agesexe> (données les plus récentes disponibles au 01.12.2010).

¹² Données INAMI au 30.06.2009,

<http://www.inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2009/pdf/statisticspeople2009all.pdf>

4.1. Une population plus jeune

Il y a 8 % de patients âgés de plus de 65 ans versus 16 % dans la population générale. Les pyramides d'âge de ces deux populations ont des profils radicalement différents : bariqué (type « pays industrialisés ») pour la population générale de Belgique, triangulaire (type « pays en développement ») pour la population des maisons médicales (figure 1).

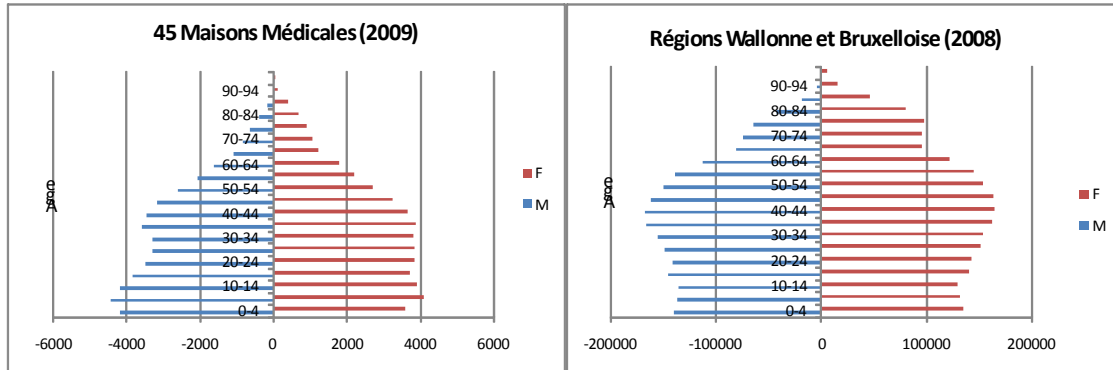


Figure 1. Comparaison des pyramides d'âge dans les maisons médicales et dans la population générale

La figure 2 compare la structure d'âge des deux populations selon les catégories d'âge définies par la WONCA, qui sont plus pertinentes quand on parle des soins de santé primaires. On y voit la contribution de chaque tranche d'âge en pourcentage de la population générale. La population jeune est surreprésentée dans les maisons médicales au forfait et la population âgée y est sous-représentée, l'inversion apparaissant vers la cinquantaine. Attention, ce graphique n'est pas un histogramme car il porte sur des tranches d'âge de largeur inégale ! Il n'est utilisable que pour la comparaison entre plusieurs populations.

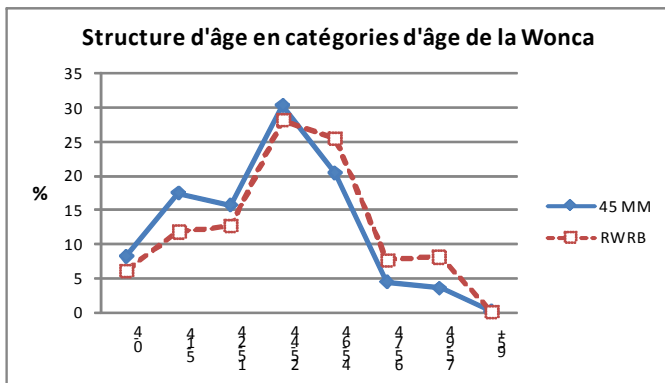


Figure 2. Comparaison des structures d'âge des deux populations

La figure 3 montre que l'écart entre les deux populations reste stable au fil des années et n'a en tout cas pas tendance à se résorber. Il s'agit ici de l'évolution pour l'ensemble de la population au forfait, des nouvelles maisons médicales avec une population plus jeune venant s'ajouter chaque année aux plus anciennes et masquant peut-être le vieillissement de la population de ces dernières.

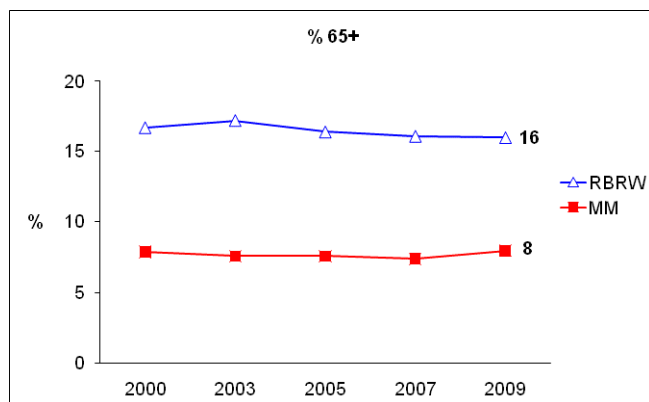


Figure 3. Evolution de la proportion de personnes âgées dans les deux populations

Si on se limite aux 20 maisons médicales reprises dans chaque analyse depuis 2003, on constate une très lente évolution : en six années la proportion de patients âgés de 65 ans et plus passe de 7.8 % à 8.6 %, soit une croissance 0.13 % par an. A ce rythme-là, il faudrait attendre une soixantaine d'années pour atteindre le même niveau que la population générale...

Une seule maison médicale a une proportion de patients âgés supérieure à la proportion moyenne du pays (18 % versus 16 %). Il est intéressant de noter qu'elle est aussi la seule à avoir une proportion de personnes défavorisées inférieure à celle du pays. Cela est dû à son implantation géographique, nous le verrons plus, loin.

4.2. Une population plus défavorisée

La proportion de patients bénéficiant d'une intervention majorée (BIM) en maison médicale est 2.5 fois plus élevée que dans la population générale (35.7 % versus 14.6 %). Cette différence est particulièrement marquée pour le sous-groupe des patients OMNIO qui sont 4 fois plus présents en maisons médicales (26.3 % versus 6.2 %) et on constate que l'écart se creuse au fil des années (figure 4). On observe une grande variabilité de cette proportion d'OMNIO entre les différentes maisons médicales, les extrêmes allant de 5 à 50 %. Une seule maison médicale se situe en-dessous de la moyenne nationale et il s'agit

de celle déjà identifiée comme *outlier* pour la proportion de personnes âgées. Il est intéressant de noter qu'historiquement il s'agit d'une des premières maisons médicales et qu'elle s'était délibérément installée dans une des communes les plus aisées de la région bruxelloise : à l'origine le mouvement des maisons médicales s'est constitué dans la foulée du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine) qui mettait l'accent sur un nouveau modèle pluridisciplinaire de soins de santé primaires applicable à **tout** type de population.

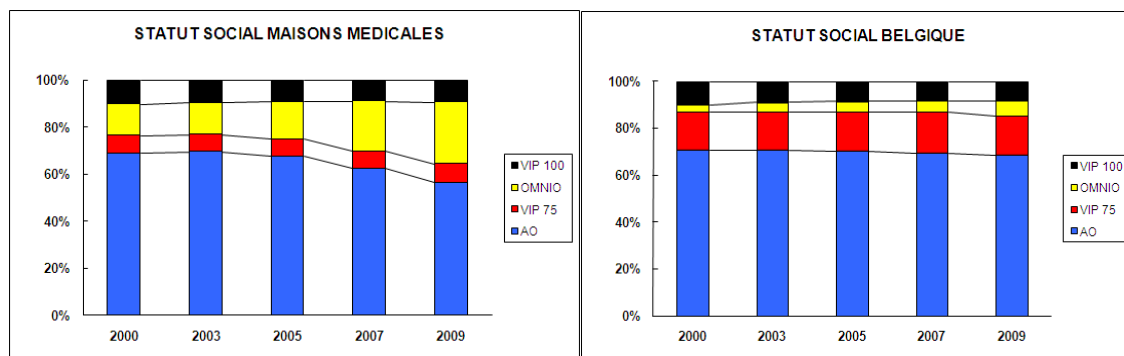


Figure 4. Comparaison de l'évolution du niveau socio-économique des deux populations

Il faut nuancer l'écart constaté entre les deux tableaux de la figure 4. Tout d'abord la population des maisons médicales francophones est comparée à la population générale belge car les données INAMI concernées ne sont pas disponibles par régions. La Flandre comptant moins de patients OMNIO, l'écart avec la population générale francophone devrait être un peu atténué. Par ailleurs une partie de l'augmentation des patients OMNIO s'explique par l'obtention progressive de ce statut par des patients qui étaient déjà précarisés mais n'avaient pas fait de démarche auprès de leur mutuelle. Il est possible que cette démarche soit soutenue de manière plus active en maisons médicales.

La proportion de patients invalides en maison médicale (7.7 %) est presque deux fois plus élevée que dans la population générale (4.4 %). Le rapport est en réalité un peu inférieur car ces proportions ont comme dénominateur la population totale. Or, en toute rigueur, il aurait fallu exclure les pensionnés du dénominateur : le statut d'invalides ou d'handicapé est lié à une réduction de capacité de gain et est censé disparaître à l'âge de la pension (à 65 ans un assuré ayant le code titulaire 120 ou 121 devient 130 ou 131). Après cette correction, la proportion d'invalides est de 8.3 % dans les maisons médicales et 5.3 % dans la population générale.

En ce qui concerne la population VIPO, on constate que le rapport "Préférentiels (VIP100) / Non préférentiels (VIP75)" est inversé et quasiment triplé par rapport à celui de la population générale (1.2 versus 0.5). La population VIPO de notre pays est essentiellement

constituée de pensionnés (68 %) et de relativement peu d'invalides (17 %), alors que dans les maisons médicales les invalides sont aussi nombreux que les pensionnés (44 %) (figure 5).

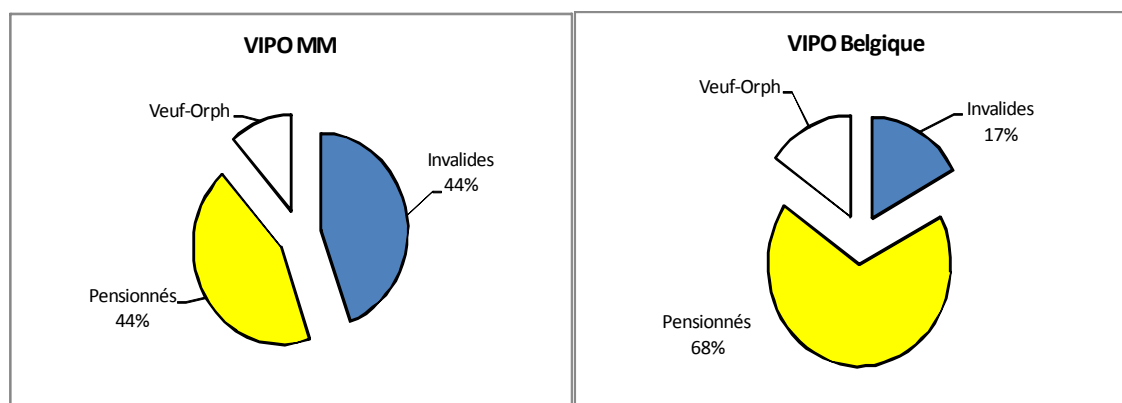


Figure 5. Comparaison de la structure du groupe VIPO dans les deux populations.

Cette différence est particulièrement marquée dans la population des VIPO Préférentiels (VIPO 100) où les invalides sont majoritaires dans le cas des maisons médicales. Elle existe aussi dans la population des VIPO Non Préférentiels (VIPO 75), mais de façon moins spectaculaire : les deux structures de population (maisons médicales et Belgique) se ressemblent davantage (figure 6).

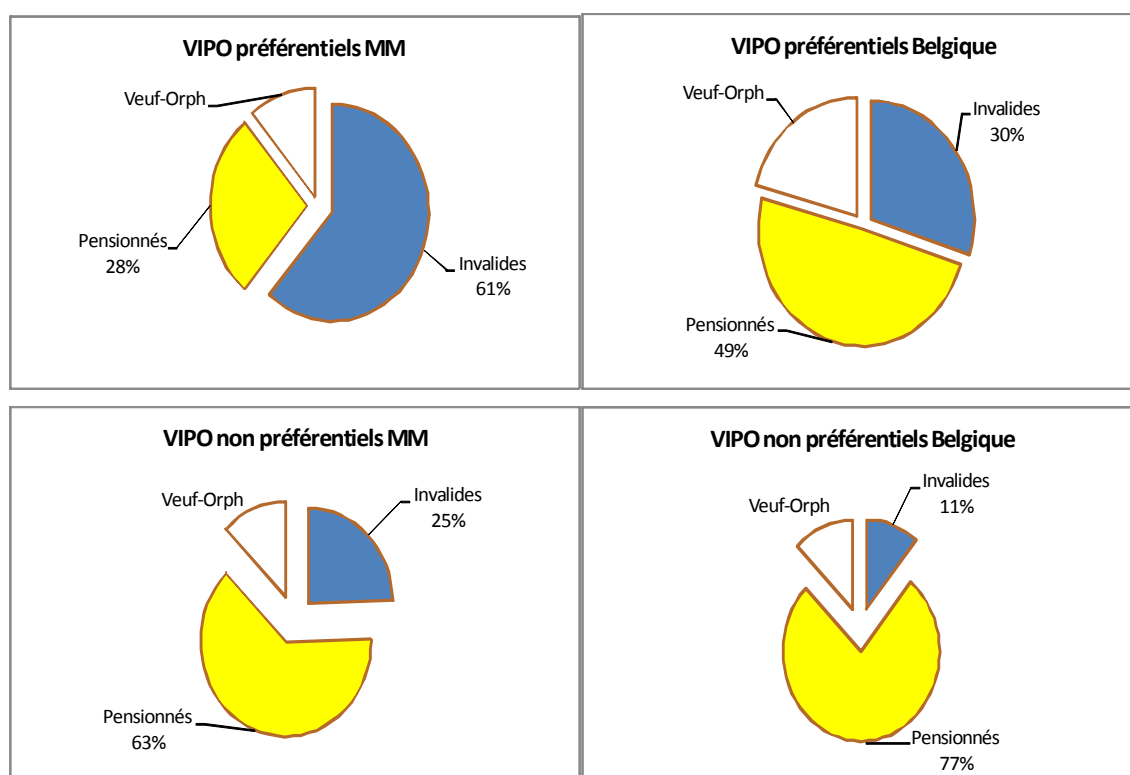


Figure 6. Comparaison de la structure des groupes VIPO préférentiels et non préférentiels

Les indépendants sont trois fois moins présents dans les maisons médicales que dans la population générale. Jusqu'il y a peu leur couverture de soins de santé, souvent limitée aux gros risques, leur interdisait l'inscription au forfait en maisons médicales. Avec l'harmonisation récente des deux régimes d'assurance, l'écart devrait progressivement s'atténuer sans toutefois disparaître, car il existe une association entre le régime d'assurance et le niveau socio-économique : dans les maisons médicales, il y a 12 % de BIM parmi les indépendants alors qu'il y en a 36 % parmi les salariés.

5. Utilisation / Dispensation de soins médicaux

Deux remarques au préalable : par convention, nous parlerons dorénavant de consommation de soins médicaux par les patients alors qu'en réalité il s'agit de consommation-dispensation, les contacts étant induits par le patient et par le médecin. D'autre part, les résultats sont à interpréter avec prudence car les visites à domicile semblent être sous-encodées dans presque un tiers des maisons médicales. Il en résulte une légère sous-estimation du nombre de contacts et une sous-estimation plus importante du taux de visites à domicile.

5.1. Résultats globaux

Parmi les 45 maisons médicales ayant transmis leurs données de population, 42 ont également transmis les données relatives à leurs contacts-médecin. Elles totalisent 363.498 contacts pour une population de 89.591 patients inscrits, ce qui correspond à une consommation moyenne de 4.1 contacts par patient et par an. Rappelons qu'il s'agit ici des « contacts de base » de médecine générale (consultations et visites de jour en semaine), les avis et les visites de nuit ou de week-end ayant été exclus de l'analyse. Le tableau 2 détaille la consommation de soins dans les maisons médicales en comparaison avec celle observée dans la population générale. Les données relatives à la population générale proviennent des services de l'INAMI pour les contacts (données 2008, les plus récentes disponibles de façon exhaustive) et de l'Enquête nationale de santé 2008 pour la population consultante¹³. La consommation de soins étant très différente à Bruxelles et en Wallonie, nous avons scindé la comparaison par régions. On voit que la consommation de soins est nettement plus élevée en maison médicale que dans la population générale : après ajustement pour l'âge et le sexe, elle est 1.4 fois supérieure en Région bruxelloise et 1.3 fois supérieure en Région wallonne. Il en va de même pour la population consultante avec une différence toutefois moins importante. Par contre le taux de visites à domicile en maisons médicales est globalement de 13 %, largement inférieur à celui de 33 % constaté dans la population générale (Région wallonne + Région bruxelloise). Il est réduit de moitié en Région bruxelloise et d'un tiers en Région wallonne.

¹³ Il s'agit de la population ayant eu au moins un contact de médecine générale sur une période de un an, exprimée en pourcentage de la population totale. La comparaison est ici sujette à caution car les sources des données sont très différentes d'un point de vue méthodologique : les données de l'Enquête nationale de santé proviennent de questionnaires administrés par interview (déclarations par les patients), celles des maisons médicales proviennent directement de l'encodage des prestations (déclaration par les médecins). Il est généralement admis que les patients ont tendance à surévaluer le nombre de contacts tandis que les médecins ont tendance à les sous-encoder. La différence entre maisons médicales et population générale devrait logiquement s'en retrouver légèrement augmentée.

Tableau 2. Consommation de soins de médecine générale (contacts de base)						
	Maisons médicales Région bruxelloise (2009)		Région bruxelloise (2008)	Maisons médicales Région wallonne (2009)		Région wallonne (2008)
	Moyenne brute	Moyenne ajustée *	Moyenne	Moyenne brute	Moyenne ajustée *	Moyenne
Nombre de contacts / personne / an	3.43	3.79	2.6	4.48	5.18	3.9
Taux de visites à domicile (%) **	7	11	20	17	23	36
Groupe de contact annuel (%) ***	75	76	69	80	82	77

* Standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population de la région concernée

** Rapport entre le nombre de visites à domicile et le total (consultations + visites)

*** Pourcentage de la population ayant eu au moins 1 contact-médecin sur l'année

5.2. Déterminants de la consommation de soins

Tableau 3. Nombre annuel de contacts-médecin par patient inscrit actif pour les maisons médicales				
		moyenne brute	moyenne ajustée *	risque relatif ajusté *
genre	masculin	3.56	3.63	1.00
	féminin	4.53	4.45	1.23
âge	< 65 ans	3.74	3.75	1.00
	≥ 65 ans	7.80	7.73	2.06
régime	salariés	4.08	4.08	1.00
	indépendants	3.24	3.35	0.80
niveau social	AO	3.34	3.37	1.00
	OMNIO	3.84	4.00	1.19
	VIPO 75	7.00	5.22	1.55
	VIPO 100	6.60	5.54	1.64
remboursement	non préférentiel	3.77	3.81	1.00
	préférentiel	4.56	4.49	1.18
invalidité	non invalides	3.88	3.89	1.00
	invalides	6.16	5.69	1.46
assurabilité	en ordre	4.09	4.07	1.00
	non en ordre	2.45	2.79	0.69
proximité	centre	4.16	4.15	1.00
	extérieur	3.86	3.85	0.93

* ajustement réalisé en appliquant à chaque catégorie une même structure d'âge et de sexe (celle de l'ensemble de la population suivie en maisons médicales)

Les facteurs déterminant la consommation de soins dans les maisons médicales sont synthétisés dans le tableau 3 et décrits ci-dessous. Il ne s'agit ici que des déterminants liés aux patients. L'influence de ces différents facteurs se fait sentir surtout pendant la période de vie active (15-65 ans) et elle n'intervient guère chez les enfants et les seniors. Les fluctuations observées dans le très grand âge (95+) sont à interpréter avec prudence car il s'agit là de très petits nombres de patients : un léger changement dans les effectifs se traduira par une importante variation de la moyenne.

5.2.1. L'âge et le sexe (figure 7)

La consommation de soins de médecine générale selon l'âge suit la classique courbe en « J » observée internationalement : le nombre de contacts-médecin diminue après le très jeune âge pour remonter ensuite progressivement puis de façon exponentielle. Les patients très âgés sont vus presque une fois par mois. L'explication en est évidemment l'augmentation avec l'âge de la morbidité liée aux affections chroniques. Autre notion bien connue : les femmes consultent plus souvent que les hommes, l'écart apparaissant à l'adolescence et se maintenant jusqu'à la fin de la vie tout en s'amenuisant à partir de 65 ans.

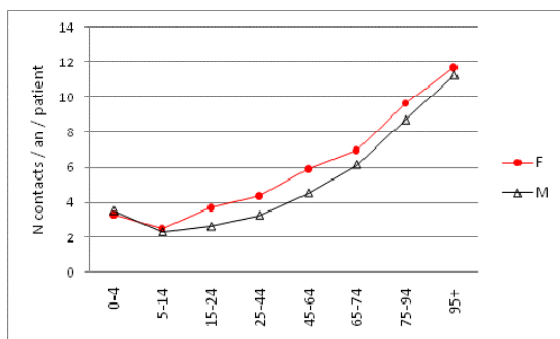


Figure 7. Consommation de soins selon l'âge et le sexe

5.2.2. Le niveau socio-économique (figure 8)

Le nombre de contacts-médecin est plus élevé chez les patients défavorisés (BIM) que chez les autres (non BIM), mais cette différence s'observe surtout entre les OMNIO et les assurés ordinaires et ne s'observe guère entre les VIPO préférentiels et non-préférentiels. Cela pourrait indiquer que chez les pensionnés et chez les invalides, le facteur morbidité prend le pas sur le facteur socio-économique. A nouveau, cette influence des conditions socio-économiques se fait surtout sentir pendant la période de vie active et n'apparaît guère dans l'enfance et dans le grand âge.

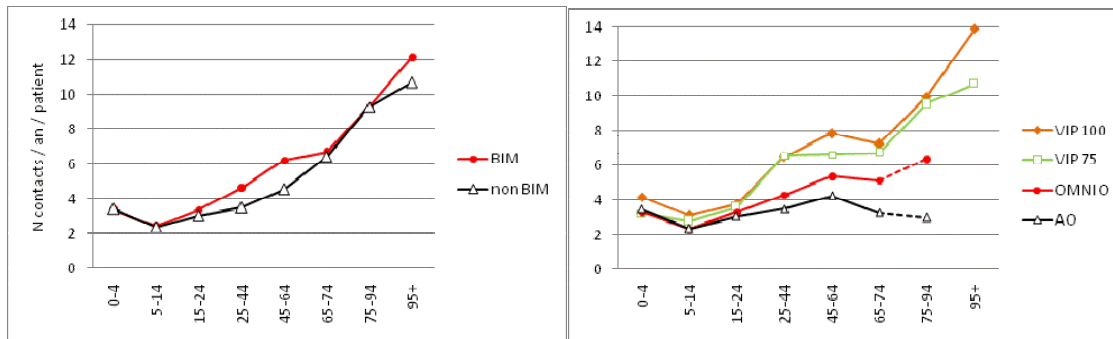


Figure 8. Consommation de soins selon l'âge et le niveau socio-économique ¹⁴

5.2.3. L'invalidité (figure 9)

L'invalidité, qui est à la fois un indicateur de morbidité et de précarité influence fortement le nombre de contacts annuel. A noter que cette consommation de soins concerne autant les invalides eux-mêmes que leur famille (les « ayant droit »). Il serait intéressant d'analyser séparément la consommation des titulaires du statut et celle des « ayant droit » afin de voir si ces derniers consomment également plus que les non invalides et d'identifier les facteurs l'expliquant. Ce n'est actuellement pas possible car l'encodage des données « titulaire, conjoint, enfant, ascendant » ne semble pas être tenu à jour dans les équipes et est donc peu fiable.

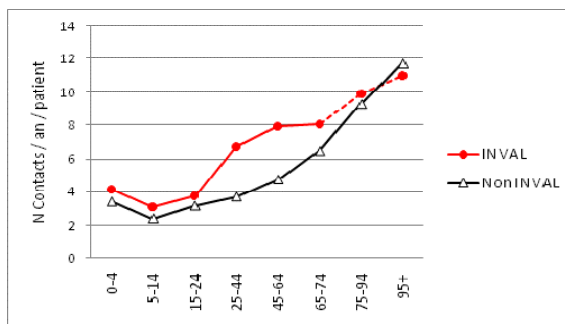


Figure 9. Consommation de soins selon l'âge et l'invalidité

5.2.4. Le régime d'assurance (figure 10)

Globalement les indépendants ont un nombre annuel de contacts-médecin inférieur à celui des salariés. Mais cela varie avec l'âge : à partir de 65 ans l'écart s'inverse. L'influence de ce statut reflète en partie celle du niveau socio-économique car il y a plus de BIM chez les salariés (36 %) que chez les indépendants (12 %).

¹⁴ Il vaut mieux ne pas tenir compte de la zone pointillée des courbes OMNIO et AO : il s'agit là d'un petit nombre d'ayant-droit et de titulaires en retard dans leur changement de statut (à 65 ans ces deux catégories basculent normalement dans les catégories VIPO).

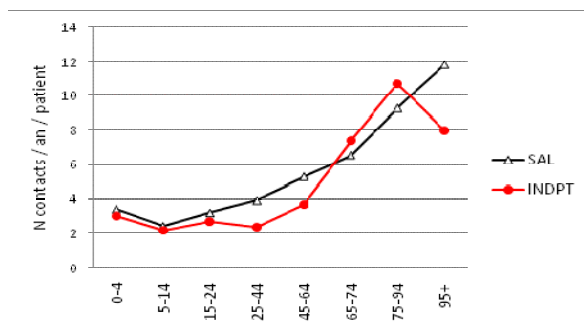


Figure 10. Consommation de soins selon l'âge et le régime d'assurance

5.2.5. L'assurabilité (figure 11)

Les patients non en ordre de mutuelle voient nettement moins souvent le médecin que ceux qui sont en ordre. Ils ont une moindre accessibilité aux soins, même dans le système forfaitaire : ils n'ont plus de remboursement pour les médicaments, la biologie et l'imagerie médicale. Peut-être aussi prennent-ils le risque de ne pas être en ordre tant qu'ils sont en bonne santé.

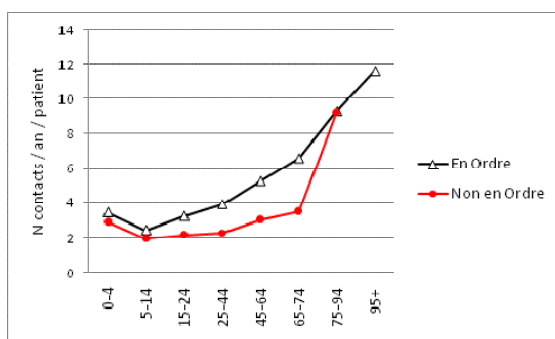


Figure 11. Consommation de soins selon l'âge et l'assurabilité

5.3. Le taux de visites à domicile

Après ajustement pour l'âge et le sexe, le taux de visites à domicile reste nettement moins élevé dans la population suivie en maisons médicales que dans la population générale : il est réduit de moitié à Bruxelles (11 % versus 20 %) et d'un tiers en Wallonie (23 % versus 36 %).

Cet écart est très probablement un peu surestimé :

- Il y a une sous-estimation du taux de visites pour les maisons médicales, due au problème de sous-encodage évoqué plus haut. Il nous est impossible d'en estimer le degré.
- Les maisons médicales se situent majoritairement en milieu urbain, où les déplacements sont plus courts et donc plus faciles à réaliser pour les patients. Une

proportion plus grande de patientèles rurales dans la population générale augmente le nombre de visites à domiciles.

Le taux de visites à domicile répond partiellement aux mêmes lois que la consommation de soins : il augmente avec l'âge selon une courbe en J similaire, il est plus important chez les femmes que chez les hommes, chez les patients défavorisés que chez les autres et chez les invalides que chez les valides. Par contre, on ne constate pas de différences pertinentes selon le statut d'indépendant ou de salarié ni selon le fait d'être en ordre ou non d'assurabilité.

6. Discussion

Une population plus jeune

Il n'y a pas d'explication évidente à cette faible représentation des patients âgés dans les maisons médicales. Nous avons donc émis un certain nombre d'hypothèses à ce sujet. Il y a d'abord un premier groupe de déterminants mesurables quantitativement que nous avons pu tester dans une analyse qui sera présentée séparément ; il y a ensuite un second groupe de déterminants plus qualitatifs qu'il faudra tester ultérieurement dans une étude de type qualitatif.

- ✓ Le lieu d'implantation des maisons médicales ne les met-il pas tout simplement en contact avec une population plus jeune ? Apparemment non : la proportion de 65+ dans l'ensemble des 34 communes où sont implantées les maisons médicales est de 16 %, rigoureusement identique à la proportion observée pour les régions bruxelloise et wallonne réunies. Mais la zone couverte par chaque maison médicale ne correspond pas toujours à la commune où elle est implantée et il faudrait pouvoir comparer de façon beaucoup plus fine la structure d'âge de la population des maisons médicales avec celle de la population générale de leur quartier ou localité.
- ✓ Il est bien connu qu'une patientèle vieillit avec son médecin traitant et ce lien pourrait se vérifier avec les autres soignants de première ligne. Or, les médecins travaillant en maisons médicales sont nettement plus jeunes en moyenne que leurs confrères « solistes » : la proportion de médecins de plus de 50 ans était de 24 % dans les maisons médicales francophones contre 61 % pour l'ensemble des médecins généralistes travaillant en Communauté française (données 2008) ¹⁵.
- ✓ Il y a une plus grande proportion de personnes défavorisées dans la population suivie en maisons médicales et cela peut faire baisser la proportion de personnes âgées :
 - La grande majorité de ces patients défavorisés sont des bénéficiaires du statut OMNIO, qui par définition ont moins de 65 ans et font baisser mécaniquement la proportion de personnes âgées. En témoigne la droite de régression entre la proportion de personnes âgées. En témoigne la droite de régression entre la proportion de patients ≥ 65 ans et la proportion de patients BIM dans les différentes maisons médicales (figure 12) ;

¹⁵ E. Somassé. *Démographie médicale comparée entre les maisons médicales et la Belgique : implications sur la pénurie de médecins généralistes*. Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, à paraître.

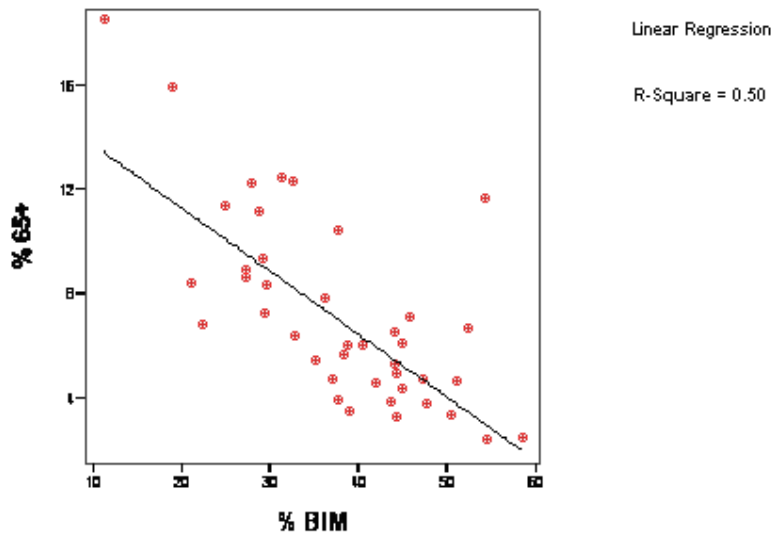


Figure 12. Relation entre la proportion de personnes âgées et la proportion de patients défavorisés dans les maisons médicales

- Il est connu que les décès prématurés sont plus fréquents dans les classes sociales plus précaires et il pourrait en résulter une sous-représentation des personnes âgées dans les maisons médicales ;
 - Il y a une relation inverse bien établie entre le niveau social et la fertilité des ménages. Or les maisons médicales « recrutent » davantage de personnes défavorisées et d'immigrants, populations qui ont davantage d'enfants. En augmentant la proportion de jeunes, elles abaissent mécaniquement celle des personnes âgées.
- ✓ Il y a une moindre propension chez les médecins de maisons médicales à effectuer des visites à domicile alors que les personnes âgées ont majoritairement pour culture de recevoir leur médecin traitant à domicile, que cela se justifie ou non. Nos données (voir section 3) montrent de fait un taux de visites à domicile très inférieur dans la population suivie en maisons médicales par rapport à celui de la population générale, même après ajustement sur l'âge. Mais elles montrent en même temps que ce taux varie considérablement selon l'âge des patients et que la visite à domicile reste le mode principal de contact chez les personnes âgées. Malgré cette politique de visite à domicile opportune, il est possible que des patients âgés continuent à percevoir que l'apparente gratuité des soins forfaitaires soit liée à une « obligation » de venir en consultation.

- ✓ Le fait de travailler en équipe comporte le risque que le patient n'ait plus de médecin référent ou en change perpétuellement. Or, les patients âgés sont particulièrement demandeurs d'être suivis dans la durée par le même médecin. A défaut de pouvoir mesurer le degré de titularisation des patients dans chaque équipe, nous disposons d'un marqueur indirect à savoir la disponibilité des médecins, mesurée par l'équivalent temps-plein moyen du secteur médical : plus il y a de médecins à temps partiel dans l'équipe, plus le risque de dilution de la titularisation est important.

Nous avons mené une étude, dont les résultats seront présentés ultérieurement sur le site de la Fédération, pour analyser la relation entre la proportion de personnes âgées de chaque maison médicale et ces déterminants d'ordre quantitatif (proportion de personnes âgées dans la commune, âge moyen des médecins, âge moyen des autres soignants, ancienneté de la maison médicale, proportion de patients défavorisés, indice de richesse de la commune, taux standardisé de visites à domicile, équivalent temps plein moyen des médecins). Une analyse univariée permet d'écarter la variable « proportion de personnes âgées dans la commune » qui ne présentait aucune corrélation avec la proportion de personnes âgées dans les maisons médicales. Une analyse multivariée par régression linéaire fut ensuite menée avec les autres variables. Au terme de cette analyse, seule la proportion de patients défavorisés, l'âge des médecins et l'âge des autres soignants gardaient une relation statistiquement significative et expliquaient conjointement 65 % de la variabilité de la proportion de personnes âgées entre les différentes maisons médicales.

Les déterminants suivants sont plutôt d'ordre qualitatif.

- ✓ Parmi les personnes âgées suivies en maison médicale, la proportion de personnes institutionnalisées (MRS) est nettement plus faible que dans la population générale : chez les patients de 65 ans et plus cela représente 4 % *versus* 11 %¹⁶ ; chez les 85 ans et plus, on passe à 21 % *versus* 32 %¹⁷. Il nous semble présomptueux d'envisager que cela puisse s'expliquer par un maintien à domicile plus fréquent en maison médicale, du moins dans de pareilles proportions. L'explication tient plus probablement au fait qu'en maison médicale un placement en institution aille souvent de pair avec une désinscription. Les médecins des maisons médicales ont-ils moins le pied dans les homes que leurs confrères ? Si oui, leur fait-on barrière ou ne sont-ils pas intéressés (l'interdisciplinarité y est parfois fort différente...) ? Il arrive souvent aussi que l'institutionnalisation se fasse dans un lieu trop éloigné de la zone de soins de la maison médicale.
- ✓ Si l'on veut considérer une faible inscription de personnes âgées en maison médicale au forfait, il faudrait étudier en amont la fidélité des personnes âgées à leur médecin traitant préalable. En effet, l'entrée des personnes âgées dans le système forfaitaire

¹⁶ Enquête nationale de santé 2008.

¹⁷ Données INAMI 2007 citées dans l'Enquête nationale de santé 2008.

suppose fréquemment une rupture de la relation thérapeutique avec un autre généraliste et les kinésithérapeutes et infirmières habituels. Ceci se produit probablement assez rarement chez les personnes âgées, les possibilités de cette rupture pouvant être soit un désaccord thérapeutique et/ou une perte de confiance, soit la fin d'activité du médecin traitant.

- ✓ Le système maison médicale est peut-être tout simplement moins connu par les personnes âgées ?
- ✓ Une hypothèse beaucoup plus grave, peu probable mais qu'il faut quand même envisager, est celle d'une sélection des risques par la maison médicale : les patients âgés "gros consommateurs de soins" (particulièrement de soins infirmiers et kinésithérapeutiques) seraient découragés de s'inscrire, puisque le système forfaitaire incite financièrement les prestataires de soins à voir les patients le moins souvent possible. Cette hypothèse est heureusement contredite par la surreprésentation des patients défavorisés et des invalides, qui sont aussi de gros consommateurs de soins, dans la population des maisons médicales.
- ✓ Une autre possibilité est la croyance que les maisons médicales sont là pour les personnes de statut social inférieur, ce qui soit a un effet repoussant pour certains, soit leur donne l'impression de ne pas pouvoir « prendre la place de quelqu'un d'autre qui en a plus besoin ». Cette croyance est peut-être plus ancrée chez les personnes âgées.

Une population plus défavorisée

L'explication apparaît ici beaucoup plus évidente : il s'agit d'un choix politique des maisons médicales. Elles s'implantent prioritairement en zones défavorisées et la majorité d'entre elles ont fait le choix du système forfaitaire, avec une totale accessibilité des soins sur le plan financier. L'indice de richesse moyen des 34 communes où sont implantées les maisons médicales francophones est de 87.5, largement inférieur à l'indice moyen de 96.5 des 247 communes bruxelloises et wallonnes sans maisons médicales au forfait¹⁸. De plus, là où elles sont implantées, elles ont tendance à concentrer la sous-population la plus pauvre. Cela avait déjà été observé dans l'étude IGEAT (ULB)¹⁹ commanditée en 1995 par la Fédération des maisons médicales et dans le rapport du Groupe forfait²⁰ remis à l'INAMI

¹⁸ Données service public fédéral Economie.

http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/marche_du_travail_et_conditions_de_vie/revenus_fiscaux_-_par_commune_-_2008.jsp.

L'indice de richesse d'une commune est le rapport entre le revenu moyen par habitant de cette commune et le revenu moyen par habitant de la Belgique. Une commune avec un indice < 100 est moins riche que la moyenne du pays, une commune avec un indice >100 est plus riche que la moyenne du pays. En Belgique francophone les indices varient de 55 (St Josse) à 139 (Lasne). Les maisons médicales sont installées dans des communes aux indices variant entre 55 et 123.

¹⁹ Grimeau JP et al. *Maisons médicales : géoprofil socio-économique de la zone d'influence et de la clientèle*. IGEAT-ULB, décembre 1995.

²⁰ M. Hombergen, P. Grippa, P. Drielsma (Groupe Forfait). *Rapport relatif à la revalorisation du forfait*. INAMI, CF 93/11, 1993.

en 1993 en vue de soutenir la revalorisation des montants forfaitaires.

La population suivie en maisons médicales est probablement encore plus défavorisée que ne le montre notre analyse : nous nous sommes basés sur le remboursement préférentiel, qui ne donne qu'une information grossière sur le niveau socio-économique des patients. Il s'agit d'une catégorisation binaire sur base d'un seuil minimal de revenu qui constitue plus un marqueur de précarité qu'un indicateur de niveau socio-économique. Si l'on peut admettre que les catégories des OMNIO et VIPO préférentiels sont relativement homogènes, il n'en va pas de même pour la catégorie des assurés ordinaires : elle comprend des ménages dont les revenus couvrent une échelle qui court de ± 15.000 € par an jusqu'aux revenus les plus élevés. Il faudrait donc se demander si les assurés ordinaires suivis dans les maisons médicales ont le même niveau socio-économique que les assurés ordinaires de la population générale. La situation géographique des maisons médicales et le vécu des thérapeutes nous font penser que cette question n'est pas vaine. Une analyse utilisant des indicateurs plus appropriés comme le niveau d'études, les revenus des patients ou le taux de chômage au sein des assurés ordinaires permettrait de répondre objectivement à cette question.

Une population en moins bonne santé

Pourquoi les invalides sont-ils plus nombreux en maison médicale ? L'invalidité est à la fois un marqueur de morbidité et de précarité : 75 % des invalides inscrit dans les maisons médicales au forfait bénéficient de l'intervention majorée, *versus* 57 % dans la population générale. Est-ce uniquement pour des raisons d'accessibilité financière qu'on retrouve plus d'invalides suivis en maisons médicales, soit que les soins nécessaires soient nombreux, soit que les invalides finissent trop souvent par être aussi des personnes en situation financière précaire ? Ou est-ce aussi pour des raisons de qualité de soins, favorisée par exemple par l'interdisciplinarité entre intervenants de première ligne ?

Une plus grande consommation de soins médicaux

La consommation de soins dans les maisons médicales est déjà supérieure avant ajustement à celle de la population générale. Après ajustement pour l'âge et le sexe, l'écart se creuse et devient supérieur à 1 contact par an et par personne, ce qui représente une différence considérable. Et cela sans tenir compte du sous-encodage des visites à domiciles dans une fraction non négligeable des maisons médicales. D'aucuns en déduiront que la « gratuité » des soins entraîne leur surconsommation par les patients. La réalité de terrain nous fait penser que ce phénomène est marginal et ne concerne qu'une petite minorité de patients. L'explication consiste plutôt en un retour à une normo-consommation de soins par une population plus défavorisée présentant davantage de problèmes de santé. Il est possible aussi que la pratique au forfait favorise un plus grand développement des contacts liés à la prévention.

Un moindre recours à la visite à domicile

La visite à domicile est utile et constitue une des spécificités des soins de première ligne mais elle est anormalement développée dans notre pays qui reste le champion en la matière. Son utilisation exagérée est profondément ancrée dans la culture populaire (« on fait venir le médecin à la maison ») quoique l'évolution de ces dernières années montre une nette amélioration, comme vient encore de le confirmer une étude des Mutualités chrétiennes²¹. Les maisons médicales se sont toujours inscrites en porte-à-faux à cette culture en essayant de réserver la visite à domicile aux cas où elle est vraiment justifiée (personnes âgées, familles avec enfant en bas âge, incapacité réelle de se déplacer, ...). Cette tendance à privilégier les consultations répond à un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge. Le fait qu'il y ait plus de femmes et de jeunes médecins dans les maisons médicales que chez les autres généralistes²² contribue sans doute aussi à expliquer ce faible taux de visites à domicile : l'étude des Mutualités chrétiennes a montré que ces médecins effectuaient moins de visites que leurs collègues masculins ou plus âgés. Mais nous devons rester attentifs à continuer à répondre à un besoin réel de visites à domicile dans une série de circonstances, pour maintenir notre accessibilité à toute la population. La figure 13 illustre cette politique de visite médicale opportune : relativement rare chez les jeunes patients, la visite à domicile devient le mode principal de contact chez les patients âgés. On voit aussi que le taux de visites à domicile a diminué ces dix dernières années dans les maisons médicales, tout comme il l'a fait dans l'ensemble du pays. Mais cette réduction est sélective et porte beaucoup plus sur les visites des jeunes patients que sur celles des patients âgés.

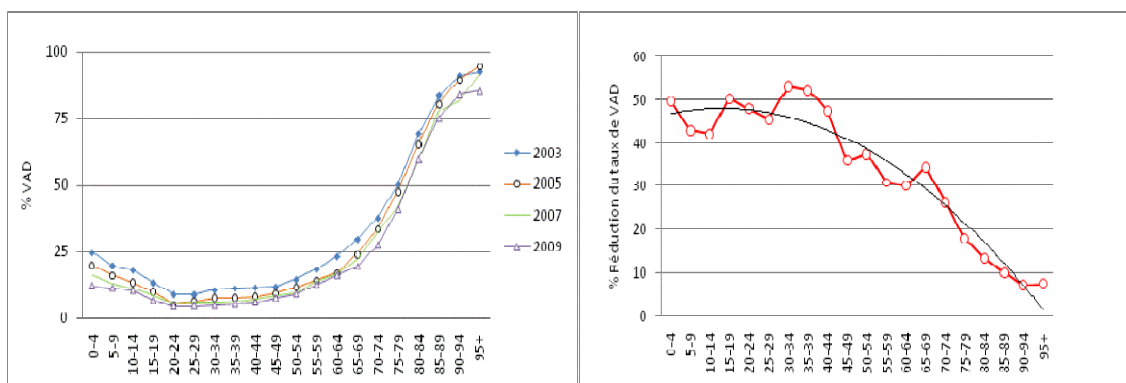


Figure 13. Taux de visites à domicile selon l'âge (à gauche) et sa réduction entre 2003 et 2009 (à droite).

²¹ http://www.mc.be/fr/135/info_et_actualite/communiqués_de_presse/2010/diminution_visites_domicile_generaliste.jsp.

²² E. Somassé. Démographie médicale comparée entre les maisons médicales et la Belgique : implications sur la pénurie de médecins généralistes. Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, à paraître.

7. Conclusions

Globalement, les maisons médicales soignent une population plus jeune que la population générale. Une série d'hypothèses sont envisagées pour expliquer cette observation. Le modèle de soins proposé par les maisons médicales forfaitaires est-il structurellement peu adapté aux demandes et aux besoins des personnes âgées ? Ou cette différence est-elle plutôt due à des facteurs conjoncturels comme par exemple l'âge des soignants ? Nous n'avons toujours pas de réponse définitive à cette question et des études plus approfondies sont en cours.

La population soignée en maison médicale au forfait est aussi globalement plus défavorisée que la population générale : nous soignons une plus grande proportion de personnes invalides et de bénéficiaires de remboursement préférentiels. L'explication est ici structurelle, à savoir une implantation prioritaire en zones précarisées et une totale accessibilité financière aux soins de première ligne. Il est possible que cette différence socio-économique soit encore plus profonde que celle mise en évidence car notre analyse est basée sur un marqueur relativement grossier : le type de remboursement des soins, préférentiel ou non. Une analyse basée sur un marqueur plus fin comme le niveau d'études permettrait sans doute d'objectiver d'importantes différences socio-économiques au sein de la population des patients sans remboursement préférentiel qui constituent la majorité tant de nos patients que des habitants du pays.

La consommation de soins médicaux en maisons médicales est supérieure à celle de l'ensemble de la population. Ce constat dément une opinion souvent véhiculée par les détracteurs du système forfaitaire : les soignants des maisons médicales au forfait « se la couleraient douce » en inscrivant surtout des gens en bonne santé. Par contre, il ne permet pas de démentir une autre critique fréquemment entendue selon laquelle la « gratuité » des soins générerait immanquablement une surconsommation. Nous continuons néanmoins à penser qu'il s'agit plutôt d'un retour à une consommation normale de soins chez des patients présentant davantage de problèmes de santé de par leur moindre niveau socio-économique.

Les maisons médicales continuent à faire beaucoup plus de consultations que de visites à domicile, ce qui répond à un souci de qualité et d'efficacité. Cet effort, qui va à l'encontre de la culture dominante en Belgique est à encourager. On observe une tendance similaire dans la population générale, signe de changement. Nous pensons toutefois qu'un taux minimal de visites à domicile restera indispensable à une bonne accessibilité aux soins, notamment pour les enfants et les personnes âgées.

De nombreuses analyses et comparaisons sont encore possibles. Des comparaisons plus importantes avec les données extérieures et avec la littérature, un approfondissement des hypothèses explicatives sont possibles et devront être envisagées.

Ce travail d'analyse est toutefois limité par le peu de finesse des données disponibles. Nous

pensons que l'avenir verra le recueil des données s'intensifier dans les maisons médicales, tant pour les contacts des autres professions, que pour des données sociales plus fines comme le niveau d'études et des données de morbidité. Nous disposons d'un potentiel d'informations très important. Informations qui permettent de mieux savoir dans quelle situation chaque maison médicale travaille, d'envisager des orientations dans la gestion. Mais surtout, des informations qui permettent d'interpeller tant les acteurs de terrain que les pouvoirs publics, pour que, encore et toujours, l'offre des soins et des services, ainsi que les activités de promotion de la santé correspondent aux réels besoins des populations que nous servons.

Fédération des maisons médicales
et des collectifs de santé francophones asbl
boulevard du Midi 25 bt 5
1000 Bruxelles
Tel + 32 (0) 2 514 40 14
Fax + 32 (0) 2 514 40 04
fmm@fmm.be
maisonmedicale.org

Editeur responsable : Isabelle Heymans

