

L'étude sur le financement des maisons médicales

Dominique Filée, Jérôme Van Lierop et Ariane Simon, médecins généralistes à la maison médicale du Cadran

En 2002, le comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI a confié aux universités de Liège et de Leuven la réalisation d'une étude scientifique relative au financement forfaitaire des maisons médicales.

Le but était de trouver un nouveau mode de financement des maisons médicales au forfait plus facile à gérer pour l'INAMI.

- et un volet économique-financier-organisationnel confié à la Katholieke universiteit van Leuven (KUL) et consistant à
 - identifier le coût de réalisation du modèle de soins actuel ;
 - situer le système actuel de financement dans un contexte international ;
 - décrire les avantages et les inconvénients des différents systèmes au niveau de l'efficacité, de la qualité des soins, de l'accessibilité et des aspects innovateurs.

maisons médicales au forfait les plus anciennes. Les statuts sociaux des patients inscrits en maison médicale au forfait montrent clairement un taux important de patients à faibles revenus. Diverses études montrent un niveau de scolarisation moins élevé chez les patients de maison médicale, un habitat de moindre standing, un moindre taux d'occupation professionnelle, et, chez les patients ayant un emploi, un statut plus précaire.

Profil des patients suivis en maison médicale

Pour le premier point « profil des patients suivis en maison médicale », nous avons largement utilisé les chiffres existants à la Fédération des maisons médicales, principalement le rapport publié en avril 2001-2 sur le profil et la consommation des patients de maison médicale, mais aussi d'autres études (*body mass index*, BMI, biais social). Nous avons également utilisé des études des mutuelles, de l'INAMI, d'université (Institution de gestion de l'environnement et de l'aménagement du territoire de l'université libre de Bruxelles, IGEAT-ULB).

Les résultats ont démontré que les populations soignées en maisons médicales au forfait sont, en général, plus jeunes, plus handicapées (taux d'invalidité) et socialement plus défavorisées. Si la moyenne d'âge des patients inscrits en maison médicale au forfait est inférieure à celle de la population de référence, cette différence tend à disparaître dans les

Profil de soins actuellement dispensé

Pour le deuxième point « profil de soins actuellement dispensé », nous avons utilisé deux types de données :

- les chiffres de l'étude 2001 de la Fédération des maisons médicales ;
- et les résultats d'une étude de recensement des tâches réalisée durant un mois dans sept maisons médicales sélectionnées sur des critères géographiques (trois en Flandre, une à Bruxelles et trois en Wallonie) et des critères de stabilité.

Les résultats montrent que les taux d'utilisation des services de soins de santé primaires sont fort proches de la moyenne fédérale mais la distribution des profils par catégorie socio-démographique est différente. Les bénéficiaires d'intervention majorée non actifs (exemple : VIPO 100) ont des consommations plus basses en maison médicale au forfait (ce qui peut s'expliquer en partie par un effet de substitution des soins vers les travailleurs psychosociaux et les infirmières). Les bénéficiaires d'intervention majorée actifs, quant à eux, ont des consommations plus élevées en maisons

Cette étude comportait deux volets :

- un volet médical et paramédical confié à l'université de Liège consistant à
 - définir le profil des patients suivis en maison médicale ;
 - définir le profil de soins actuellement dispensés en maison médicale ;
 - définir la charge de travail résultant des profils précités ;
 - définir le profil de soins souhaité pour les patients en maison médicale ;

médicales au forfait.

Des résultats partiels démontrent un nombre de contacts plus important, pour chaque catégorie d'affiliés mutualistes, lorsque le patient bénéficie d'un taux de remboursement préférentiel.

Le pourcentage de consultation par rapport aux visites à domicile est plus élevé dans les maisons médicales au forfait que dans la population générale (pour les médecins, le taux de consultation versus visite à domicile est d'environ 80 % en maison médicale au forfait contre 55 % dans la population générale), ce qui peut s'expliquer en partie par l'âge moyen des populations, mais aussi probablement par une politique volontariste d'incitation à la consultation au cabinet.

L'étude qualitative des soins dispensés montre une importance considérable du suivi psychosocial des patients ; ce type de travail est présent dans tous les secteurs et entraîne généralement une nette augmentation de la charge de travail tant en quantité de prestations qu'en durée moyenne de contact. Environ 30 % des contacts avec les patients comportent un volet non curatif et chacun de ces contacts représente une augmentation de temps de consultation d'environ 30 %.

••••• La charge de travail

Pour l'étude de la charge de travail, nous avons demandé à tous les travailleurs en contact avec les patients : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, accueillant(e)s, psychologues, travailleurs sociaux,... de noter jour après jour durant quatre semaines

toutes les prestations réalisées ainsi que le temps consacré à chacune de ces tâches. Nous avons ensuite regroupé les tâches en six rubriques :

- Contacts directs : consultations, visites à domicile, avis ;
- Contacts téléphoniques ;
- Tâches administratives : courrier, ordonnances, gestion du matériel... ;
- Réunions et concertations ;
- Formation ;
- Activités de « santé communautaire ».

La charge de travail directement en rapport avec les soins des patients se répartit de la façon suivante : 91 % par les fonctions directement rémunérées par l'INAMI (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) et 9 % par les autres fonctions (accueil, travailleurs sociaux, psychologues).

- 67 % du temps de travail est directement en relation avec les prestations de nomenclature INAMI : consultations, visites et avis (55 % du temps de travail global est utilisé en contacts directs avec le patient, 3 % en contacts téléphoniques, 9 % en trajets).
- le travail administratif, consacré à la rédaction de documents, au courrier, à l'encodage, à la gestion des échéanciers représente 11 % du temps de travail global.

- la coordination, formelle (réunions) et informelle (concertations), représente 17 % du temps de travail. On peut la diviser en coordination avec des intervenants extérieurs (11 %) et coordination interne (89 %).
- la formation et la santé communautaire représentent respectivement 4 et 1 % du temps de travail. La formation intéresse surtout le secteur médical chez qui elle représente une charge de travail d'environ dix heures par mois et par médecin.

Les médecins voient en moyenne quatorze patients par jour, hors garde. Les infirmières voient en moyenne treize patients par jour et les kinésithérapeutes ont en moyenne huit contacts-patients par jour.

Par comparaison, en 1998, les données INAMI indiquaient 13,5 contacts par médecin et par jour : 16,3 contacts par jour en Région flamande, 7,2 en Région bruxelloise et 12,2 en Région wallonne.

Le temps moyen de contact est de 17 minutes chez les médecins sans tenir compte du temps de trajet, de 14,5 minutes chez les infirmières et de 28 minutes chez les kinésithérapeutes.

Si l'on compare les contacts uniquement curatifs avec les contacts comportant un suivi spécifique, ces derniers sont significativement plus



• L'étude sur le financement des maisons médicales • (suite) • • • • • • • • •

longs. Ce sont particulièrement les suivis psychosociaux qui prennent plus de temps : 54 % de temps de consultation supplémentaire chez les médecins, 74 % chez les infirmières. Dans le secteur médical, comme dans le secteur infirmier, c'est le maintien à domicile qui représente le motif de contact le plus long : 33,5 minutes en moyenne chez les infirmiers et trente minutes chez les médecins.

Pour les sept centres étudiés, l'étude de la fonction « accueil » montre qu'environ 14 % du temps de travail de l'accueil est consacré aux contacts patients et à la coordination, 86 % du temps de travail consiste en une disponibilité pour les patients et des tâches administratives.

Afin de quantifier la charge de travail réelle des secteurs médecins, infirmiers et kinésithérapeutes, un recueil complémentaire de données a été réalisé en mai 2003 auprès des thérapeutes ayant participé à l'étude d'octobre 2002. L'analyse des données montre une surcharge de travail de 6,80 % pour l'ensemble des thérapeutes, sans tenir compte des gardes et des réunions de soirée.

Le travail du secteur administratif peut être globalement subdivisé en trois catégories :

- la gestion du centre représente 41 % du temps de travail du secteur administratif (la gestion du personnel occupe 12 % du temps de travail) ;
- la gestion des patients représente 41 % du temps de travail du secteur administratif (20 % pour la gestion du forfait) ;
- la coordination représente 17 % du temps de travail du secteur administratif.

• • • • Profil de soins souhaité

Pour le profil de soins souhaité, la diversité des sept centres étudiés, au niveau tant des fonctions représentées que de leur importance relative, posait la question de la légitimité de normaliser les données existantes pour créer un centre « moyen », nécessairement réducteur.

La présence de psychologues, travailleurs sociaux, travailleurs interculturels, dentistes et diététiciennes résulte à la fois du choix des équipes mais également du profil de la patientèle. Aucune variable socio-démographique ou régionale n'a permis d'expliquer cette diversité et les données de morbidité manquaient.

Il n'a donc pas été possible, dans le cadre de cette étude, de déterminer avec exactitude la répartition idéale de personnels d'un centre de santé intégré, mais seulement la répartition moyenne (après élimination des valeurs extrêmes) afin de calculer le coût théorique de fonctionnement d'un centre de santé intégré.

• • • • L'avis du comité d'accompagnement

Le comité d'accompagnement a estimé que « le rapport remplissait le cahier des charges formulé par l'INAMI fournissant une vue détaillée sur la spécificité du travail des centres multidisciplinaires et la composition de la patientèle, et sur les charges de ces centres ».

Le comité d'accompagnement a proposé de demander à la commission forfait de formuler sur base de ce rapport de nouvelles propositions qui

permettraient de rendre opérationnel un nouveau mode de financement et estimé qu'une nouvelle collecte de données était nécessaire notamment en ce qui concerne la mise en évidence des besoins de la patientèle.

De plus, le comité d'accompagnement a souhaité attirer l'attention du comité d'assurance sur le fait qu'il serait intéressant de réaliser ce même type d'étude (analyse des activités, des charges et des flux financiers) dans d'autres structures comparables, y compris celles pratiquant à l'acte. Une telle approche scientifique permettrait dès lors de valider des décisions d'un point de vue gestionnaire.

Mots clés : *financement - maison médicale.*