



Forfait à la capitation, du rêve à la réalité

.....
Rendre les soins de santé accessibles, promouvoir la prévention, identifier une population, responsabiliser... Pour atteindre ces objectifs, le forfait à la capitation est-il la bonne méthode de financement ? La question a été longuement débattue au congrès.
.....

Le médecin qui pratique le forfait aurait le cœur sur la main. Le généraliste à l'acte verrait des dollars défilier dans ses yeux en fonction de l'affluence dans sa salle d'attente. Caricature ? Certainement. Mais, oui, on exerce son métier différemment lorsque le salaire, fixe, tombe tous les mois ou lorsque la hauteur de son gain est fonction de la quantité de travail effectué. C'est une évidence.

Catherine Ernens,
journaliste à L'Avenir.

Appliqué aux médecins, le débat peut déranger. Le généraliste n'exerce ni un service aux personnes ni un commerce comme un autre. Alors comment le financer ? Avec quelles conséquences, quels pièges et quels bénéfices ? La question est délicate. Le congrès de la Fédération des maisons médicales a pris le risque. Les praticiens se sont mis à table.

*L'auteur remercie
Yves Nissen,
Michel Lejeune,
Christian Legrève
et l'ensemble des
participants et
animateurs des
ateliers consacrés
au financement
pour leur aide dans
la réalisation de cet
article.*

Pour prendre distance et mesure, les participants ont été lancés sur une autre piste : le financement de l'enseignement. Déroutant. Le démontage d'un autre mode de financement d'un autre service à la population a permis de délier les langues et d'interpeller de nombreux participants à l'atelier (lire l'encadré sur cette question). La question de la médecine au forfait est revenue comme un boomerang. Est-ce le « bon » système ? Quels avantages et quels écueils ? Pourrait-on le généraliser ou cette éventualité est-elle dangereuse ?

Le financement de la médecine de première ligne a été conçu sur un modèle libéral, soit un financement à la prestation. L'alternative à ce modèle n'est arrivée que vers 1984 : le financement dit 'au forfait à la capitation'. Il concerne actuellement quelque 5 % des généralistes. Il est essentiellement pratiqué en maisons médicales. Environ 80 % des maisons médicales ont aujourd'hui opté pour cette formule de financement.

Chaque maison médicale, lorsqu'elle est financée au forfait, décide de la manière dont elle rétribue chaque travailleur. Certaines maisons médicales pratiquent encore aujourd'hui l'égalité salariale, soit un même montant pour le médecin que pour l'infirmière ou l'accueillante par exemple, en tenant de compte du temps de travail et de certaines facteurs de pénibilité

Mots clefs : financement, forfait, maison médicale, accessibilité.

Ecoles, un enseignement au « forfait », pour le meilleur et pour le pire

Notre enseignement coûte cher pour des résultats relativement médiocres et élitistes. « Nous sommes les champions des meilleurs et des pires élèves », résume Joan Lismont, permanent du SEL (SETCA enseignement libre), venu apporter son témoignage aux débats lors du congrès de la Fédération des maisons médicales. Ainsi, seulement 3 à 4 % d'enfants d'ouvriers vont à l'université.

Chaque élève inscrit compte, chaque patient aussi

Nos écoles sont pourtant toutes subventionnées même si elles le sont à des degrés divers suivant les différents réseaux. Le mode de financement a évidemment un impact sur le travail des écoles, pose le syndicaliste. L'enseignement en Communauté française est organisé en « capital-périodes ». Pour faire bref, le nombre d'élèves donne droit à un nombre d'enseignants. Chaque inscription d'élève est donc cruciale. Comme dans les maisons médicales.

Sous-financées, nos écoles ? L'enseignement finlandais, tant cité en exemple pour sa qualité et son efficacité, ne l'est pas davantage. Ce n'est donc pas tant une question de moyens financiers que d'utilisation de ces moyens. En Finlande, il n'existe qu'un seul réseau et il y a très peu d'immigrés. Les défis relevés sont donc moins importants. Du côté de la Belgique, nous sommes le pays qui a le plus de professeurs par nombre d'élèves. « Mais nous sommes aussi le pays où nous avons le moins d'autres corps professionnels que les enseignants, comme des éducateurs, des infirmières,... nuance Joan Lismont. Et surtout, il y a énormément d'options possibles. Donc beaucoup de professeurs enseignent à de très petites classes. De mémoire, il existe toujours 80 options possibles dans le secondaire. Cela coûte beaucoup d'argent. ».

Les écoles reçoivent globalement une subvention via les traitements des enseignants, une subvention pour l'équipement et une subvention de fonctionnement (chauffage, électricité, matériel scolaire...). Détail piquant, relevé par Joan Lismont, 20 % de cette subvention de fonctionnement doivent impérativement être dédiés au nettoyage. Une école où des parents décideraient de nettoyer eux-mêmes risque ainsi de perdre cette subvention. Le 'tout au subventionnement public' présente ce risque : des règles venues d'en haut qui se révèlent absurdes sur le terrain.

Les risques d'un système organisé « d'en haut »

Le redoublement est un sport national dans nos écoles. L'échec scolaire est culturel. Il coûte 300.000 euros par an à la société. « Et on fait redoubler dès la maternelle. Or ceux qui redoublent ne finissent le plus souvent pas leur cursus dans le général. » Tiens donc, un élève dans le technique ou le professionnel rapporte plus à son école que s'il est dans le général. Les risques de dérives d'un système organisé essentiellement « d'en haut » apparaissent rapidement.

Voilà qui apparait aussi comme une leçon de prudence dans l'utilisation du financement au forfait. Les travailleurs des maisons médicales qui participaient au débat ont d'ailleurs souligné très vite une énorme différence entre leur système de subvention et celui des écoles, même et y compris celles du réseau libre. Le subventionnement des maisons médicales permet une marge de manœuvre locale beaucoup plus grande. Telle maison médicale a mis au point un service de garde d'enfants malades à domicile. Telle autre organise une « école du dos ». Il s'agit donc de trouver la bonne articulation entre une organisation globale et étatique du financement et la liberté d'utilisation de cet argent sur le terrain.



(gardes, heures pénibles, ...). C'est le cas de maisons médicales du côté de Liège. Mais de plus en plus souvent, les salaires divergent et s'alignent sur les règles barémiques en vigueur dans le secteur, en recherchant toujours le plus petit écart possible entre les plus grands et les plus petits salaires.

Les rentrées des maisons médicales au forfait se répartissent comme suit, avec quelques variations d'une maison à l'autre : 80 % des rentrées proviennent directement de l'INAMI via les forfaits à la capitation, 0,5 % proviennent des actes posés par les médecins et remboursés, entre 3 et 6 % proviennent de subsides régionaux et, enfin, entre 2 et 10 % proviennent des emplois subventionnés.

Des patients mieux suivis qui courent moins aux urgences

Les maisons médicales touchent donc plus d'argent public, à la source, que les médecins à l'acte, en particulier via ces subventions supplémentaires, en échange de missions complémentaires. Mais des économies substantielles sont réalisées notamment sur la médecine dite de seconde ligne dans les pratiques au forfait. L'étude menée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) l'a démontré. Les patients au forfait sont mieux suivis en termes de prévention, bénéficient de toutes les prestations généralistes (kinésithérapeute, infirmière,...) et, de ce fait, recourent moins aux hôpitaux. « Dans l'idée du forfait, il y a la fidélisation. Donc cela permet d'économiser beaucoup d'énergie et de compétences en désencombrant les cabinets des spécialistes », témoigne une participante au débat.

La maison médicale reçoit un montant fixe par mois par patient inscrit. Le nombre de patients inscrits détermine donc la hauteur des subventions. C'est une question débattue régulièrement par l'équipe : combien de patients pouvons-nous accueillir ? Et aussi... quel type de patients ? Car le forfait sera plus ou moins élevé en fonction du profil du patient. Les

forfaits octroyés par l'INAMI sont majorés pour les patients 'à risque'. Un VIPO rapportera plus qu'un patient 'normal'. Mais le VIPO, en moins bonne santé, demandera aussi plus de visites que le « normal ». Et c'est ici qu'intervient le véritable *casus belli* du financement au forfait : « Moins on a des patients malades, moins on a de travail. Mais plus nos patients sont malades, plus on a de subsides », résume un généraliste de maison médicale. L'idée de sélectionner les patients en fonction de ce qu'ils rapportent est un danger qui peut se présenter.

L'engagement ne se finance pas

Le forfait a cependant amorcé une extraordinaire avancée pour les médecins qui sont aux côtés des moins favorisés. Un généraliste de Charleroi, engagé dans Médecine pour le peuple témoigne de sa période avant le forfait : « chaque patient venait avec sa vignette mutuelle. Mais parfois le patient n'était pas en ordre et on ne pouvait



pas le vérifier. Et puis, sans le forfait, le patient allait parfois chercher ailleurs et on était dans une médecine de consommation. Le forfait a permis que ça devienne nos patients et qu'on puisse, du coup, faire de la prévention. ». Une autre praticienne souligne que « le forfait en maison médicale donne à chacune les moyens de ses projets. Le forfait donne une liberté de choisir à quoi on affecte cet argent ». « L'argent influence comment tu fais mais ça donne aussi les moyens de le faire », renchérit un autre. « Oui mais en maison médicale, on fait beaucoup de bénévolat », lâche alors un participant au débat.

Tous le confirment. Et donnent ainsi l'une des clés de la réussite d'un financement au forfait : la motivation d'une équipe autour d'un projet

de santé et de société. Pour un généraliste, s'inscrire dans un financement au forfait implique une part de bénévolat, un salaire moindre pour le médecin et une autre façon de penser, un engagement.

Qu'on ne s'y trompe pas cependant. Les médecins des maisons médicales au forfait ne sont pas non plus des frères ou des sœurs de la charité. Ils ont leurs limites. Certains, souvent des jeunes, osent le dire. « Les patients sans domicile fixe vont vivre dans les quartiers en fonction de la maison médicale qui les accepte. Parce qu'il y a des maisons médicales qui n'en veulent plus trop », explique un participant au débat. « Un patient qui déménage à 10 ou 20 kilomètres, c'est difficile de le suivre. Surtout s'il devient un cas lourd qui nécessite des soins infirmiers », explique un autre.

Le financement au forfait entre dangers et défis

1. Le forfait n'est pas "complet" et reste sous financé

Les maisons médicales qui ont opté pour le forfait ont recours à d'autres subventions pour compléter leur budget. L'accueil, l'accompagnement social et psychologique ne sont pas financés par le forfait. Le forfait ne finance « que » le trio médecin généraliste, kinésithérapeute, infirmier. Or le psychologue et l'assistant social deviennent des piliers d'un projet de santé de première ligne complet. « Le psychologue qui travaille pour notre maison à mi-temps nous rapporte 1200 euros par an et nous en coûte 40 000. C'est un gros problème. Le forfait doit permettre plus de prévention, donc de passer plus facilement le relais à un psychologue par exemple. ». Par ailleurs, le montant du forfait reste calculé à la base sur une médecine à l'acte. Et de ce fait, selon plusieurs praticiens, il reste sous-financé par rapport aux missions qu'une maison médicale doit ou veut relever.

2. Le forfait pourrait être détourné à des fins de rentabilité

C'est une inquiétude lourde : que le mode de financement au forfait soit perverti, détourné, rentabilisé. Le financement au forfait n'est pas réellement protégé ou réservé à des projets porteurs de valeurs. Une équipe au forfait, voir un médecin au forfait, peut très bien n'utiliser l'argent reçu que pour attirer le patient et gonfler sa propre rémunération. Rien ne l'oblige à intégrer d'autres travailleurs ou faire des projets de santé. Les intervenants au congrès ont lourdement souligné cette inquiétude. Ils proposent un système d'autorégulation des maisons médicales via un cahier des charges à remplir. L'idée de trouver des indicateurs leur semble toutefois compliqué. Ils craignent qu'un système de contrôle réduirait la sacro-sainte liberté d'action de chaque maison médicale. Une liberté qui fait d'ailleurs la force et la vitalité des maisons médicales.



D'un autre côté, les généralistes qui optent pour les maisons médicales ne le crient pas trop fort, mais interrogés sur les avantages de leur situation, ils avouent bénéficier d'un certain confort de travail. Leurs revenus sont fixes et assurés, c'est le principe du salaire. Ils ont des horaires de travail plus réguliers et peuvent compter sur les collègues en cas d'absence, de gardes ou de réduction de leur temps de travail. Ils peuvent, enfin et surtout, travailler en équipe. Plus le médecin solo travaille, plus les sous rentrent. Le médecin de maison médicale, non. Le fruit de son travail est redistribué entre tous les acteurs qui l'épaulent. « Cela modifie les rapports entre les gens. C'est plus convivial pour l'équipe et pour les non médecins », témoigne un participant à l'atelier.

Et si tous les généralistes étaient financés au forfait ?

Merveilleux ? Et si tous les généralistes pratiquaient au forfait ? Les uns disent en rêver. La plupart se montrent nettement plus mesurés. Le tout au forfait n'est pas forcément la panacée. Le risque de scléroser le système guetterait. Car la médecine en maison médicale repose sur une autre idée de la santé et des soins. « Mais il ne faut pas se tromper. Le forfait ne nécessite pas l'engagement. C'est l'engagement qui entraîne le forfait », réplique un participant.

Par ailleurs, médecins solos ou collectifs peuvent travailler main dans la main. A Schaerbeek, commune de 100 000 habitants dont 30 000 ont opté pour le forfait, les maisons médicales travaillent ensemble avec les solos sur des politiques santé de quartier. Les médecins solos sont d'ailleurs parfois au moins aussi engagés que ceux des maisons médicales.

Le patient, entre fidélité et shopping

Reste le point de vue du patient. Pour lui, le financement au forfait change tout. Il ne paie plus le surcoût du ticket modérateur qui représente environ 25 % de ce qu'il déboursa lors d'une consultation. Ainsi, pour une consultation chez

un généraliste conventionnée de 22,98 euros, le patient payera de sa poche 5,09 euros après remboursement de sa mutuelle (1 euro s'il est VIPO). Schématiquement, pour 100 euros dépensés dans le financement à l'acte, 25 euros viendront du patient et 75 euros de l'INAMI. Dans le système au forfait, le patient ne paie plus rien. C'est ce qui fait dire erronément qu'il s'agit d'une médecine gratuite.

Les patients nantis sont souvent moins heureux dans le système au forfait car il leur interdit le shopping. Ou du moins fait payer chèrement les infidélités car le patient ne sera pas remboursé par l'INAMI en cas 'd'écart'. La sacro sainte liberté d'exercer la médecine va de pair avec la liberté de choisir son médecin comme on veut, quand on veut. Le belge est cependant globalement fidèle à son médecin généraliste, contrairement aux idées reçues. Mais il aime consulter ailleurs, au cas par cas. Un homéopathe ici, un médecin nutritionniste là. Le forfait limite cette possibilité.

Un paramètre évoqué aussi par les participants au débat est enfin celui de la compréhension pour le patient du système au forfait ou à l'acte. Pour le patient, le financement des soins de santé repose sur des mécanismes et un charabia incompréhensible. Cela permet difficilement de poser des choix raisonnés et en connaissance de cause. Maximum à facturer (MAF), ticket modérateur, Dossier médical global (DMG), médecin conventionné... Une médecine plus accessible financièrement passerait nécessairement aussi par une meilleure information des patients. ●