

# Sélection de risque au sein des maisons médicales au forfait en Belgique. Mythe ou réalité ?

## *Comparaison de la prévalence des pathologies chroniques au sein des populations wallonnes et bruxelloises et des patientèles de maisons médicales au forfait de la Fédération des maisons médicales*

*Dr Roger van Cutsem, médecin en maison médicale et analyste au Service études et recherches de la Fédération des maisons médicales. Décembre 2022.*

### Introduction :

Lorsque le modèle de financement au forfait est abordé, le problème de la sélection des risques par éviction des patients porteurs des pathologies les plus lourdes est souvent évoqué. Il s'agirait d'une conséquence naturelle d'un financement à la capitation<sup>1</sup> : « Dans le cas où le forfait n'est pas ajusté au risque du patient, les médecins ont un intérêt financier à évincer de leur liste les patients nécessitant les soins les plus lourds. Empiriquement toutefois, ce type de comportement n'a pas été vérifié à ce jour. »  
Didier Jaffre 2018<sup>2</sup>

Le phénomène de sélection de risque dans le modèle forfaitaire est complexe. D'une part, il y a potentiellement un phénomène de recrutement à l'inscription des patients les plus fragilisés qui sont intéressés par un modèle financièrement très accessible. C'est ainsi que la mutualité Solidaris a montré qu'en Belgique les maisons médicales au forfait recrutent toujours plus de patients en précarité que la moyenne observée au niveau de la population des quartiers où elles sont implantées<sup>3</sup>. D'autre part, il y a le risque de sélection évoqué ci-dessus, via désinscription des patients les plus requérants de soins à l'initiative de structures qui voudraient alléger leur charge de travail ou dont la composition de l'équipe de soins ne permet pas une prise en charge adéquate.

La comparaison des données disponibles de prévalence de pathologies chroniques peut permettre d'illustrer ces phénomènes de sélection. Et le cas échéant d'observer si une tendance se dégage permettant de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses de sélection des risques, dans le modèle des maisons médicales au forfait en Belgique.

---

<sup>1</sup> Dans un financement à la capitation, le médecin ou le groupe de prestataires perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera.

<sup>2</sup> <https://www.espaceinfirmier.fr/media/08e/af284965c9af8dce46b80e964f57f/articlesOBJ263.pdf>

<sup>3</sup> <https://www.institut-solidaris.be/index.php/etudes/medecine/les-maisons-medicales-a-la-loupe/>

## Données et méthodologie :

Les résultats de l'**Enquête de santé (HIS) 2018<sup>4</sup>** ont été publiés en 2019. Pour cette enquête, 9 753 belges de plus de 15 ans, ont été interrogés sur leur état de santé subjective et notamment la présence d'une série de pathologies chroniques. Les résultats sont fournis par Régions et par genres ; ils concernent 2.513 résidents de la région bruxelloise et 3.601 de la région wallonne.

Le **Service études et recherches de la FMM** a effectué en 2021 une étude sur la prévalence des maladies chroniques au sein des maisons médicales participant au projet « Tableau de Bord ». Le but était d'étudier le lien entre précarité financière et maladies chroniques<sup>5</sup>. Les données utilisées étaient extraites des dossiers de santé informatisés (DSI) des patients de plus de 18 ans, en utilisant les éléments de santé encodés comme « actifs » en 2019. Nous utilisons ici les données de 98 711 patients, issus de 51 maisons médicales wallonnes (=66% des patients) et bruxelloises (=34% des patients) au forfait membres de la FMM.

Pour comparer les prévalences au sein des deux populations, nous avons sélectionné des pathologies chroniques dont le diagnostic s'appuie sur des critères clairement définis et un traitement validé. Il s'agit de l'hypertension, du diabète (type 1 et 2), de la bronchite chronique et de l'épilepsie. Nous y ajoutons la dépression dont le diagnostic est plus subjectif, afin d'inclure un indicateur de la santé mentale dans notre analyse.

Vu que la population soignée en maison médicale au forfait est significativement plus jeune que les populations régionales de référence, nous avons réalisé un ajustement selon l'âge et le genre des prévalences observées au sein des maisons médicales, en utilisant les données disponibles sur Statbel (régions, genres, catégories d'âge de 5ans). En raison des lieux d'implantation des maisons médicales, leurs patientèles sont également particulièrement urbaines et précarisées<sup>6</sup>. Selon l'**Agence intermutualiste (AIM)**, il y avait en 2019, au sein des maisons médicales étudiées, 44% de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), indicateur de précarité financière, versus 24% dans la population des régions bruxelloises et wallonnes. Pour étudier l'impact de cette précarité sur nos résultats, nous utiliserons les données de l'Atlas AIM qui permet de croiser des données d'âge, de statut BIM et d'une pathologie (diabète) par régions et par années, pour toute la population belge affiliée à une mutuelle.<sup>7</sup>

## Limites de l'étude :

Dans l'HIS 2018, le calcul des prévalences est établi sur base déclarative, avec des risques d'omission ou d'erreur de compréhension. L'impact de ce « biais cognitif » est probablement atténué par le choix des pathologies retenues. Au sein de la patientèle des maisons médicales, la prévalence est basée sur l'encodage par le médecin d'un « élément de santé actif » selon la Classification internationale des soins primaires ICPC-2. Il y a un risque évident de sous-encodage lié à une absence de consultation pour la pathologie concernée, l'omission d'encodage ou un encodage inadéquat. L'impact de ce « biais de

---

<sup>4</sup> [https://www.sciensano.be/sites/default/files/his\\_resume\\_fr\\_def.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/his_resume_fr_def.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.maisonmedicale.org/maladies-chroniques-et-precarite-financiere/>

<sup>6</sup> <https://www.iweps.be/publication/maisons-medicales-impacts-laces-aux-soins-de-sante-personnes-precaires>

<sup>7</sup> <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

recrutement » est probablement atténué par la bonne accessibilité des pratiques forfaitaires<sup>8</sup> et le travail réalisé sur la qualité de l’encodage au sein du projet « Tableau de bord », dont sont issues les maisons médicales participantes. Néanmoins il doit persister une variabilité de la qualité d’encodage entre les pratiques et, au sein des pratiques, entre les prestataires.

La population participant à l’enquête de santé comprend des personnes à partir de 15 ans ; dans les patients des maisons médicales, la prévalence est enregistrée à partir de 18 ans. Cette différence n’aura qu’un impact minime pour notre étude et probablement uniquement pour la dépression et l’épilepsie.

La comparaison des prévalences des maladies chroniques au sein de ces bases de données est un objectif « à postériori ». Cela signifie que les limites propres à chacune de ces collectes de données se retrouvent cumulées dans cette analyse.

La population rurale wallonne est fortement sous-représentée dans l’échantillon des maisons médicales, alors que le lieu d’habitat est susceptible d’influencer les prévalences des pathologies étudiées.

Les maisons médicales impliquées dans cette analyse sont toutes issues de la Fédération des maisons médicales et elles participent au projet « Tableau de bord » sur base volontaire. Cela signifie qu’on ne pourra généraliser les conclusions observées à l’ensemble des pratiques forfaitaires ; même si l’échantillon analysé ici représente un quart des pratiques forfaitaires et des patients au forfait en 2019, en Belgique.

## Résultats

**Tableau 1 : Comparaison des prévalences « Enquête de santé-HIS 2018 » et « Tableau de bord des maisons médicales au forfait-FMM 2019 », données ajustées pour l’âge et le sexe .**

	Région wallonne			Région bruxelloise		
	HIS 2018	FMM 2019 ajusté	Comparaison FMM/HIS	HIS 2018	FMM 2019 ajusté	Comparaison FMM/HIS
<b>HTA</b>	18,4%	23,2%	<b>+26,3%</b>	13,3%	18,1%	<b>+36,6%</b>
<b>Dépression</b>	8,4%	12,6%	<b>+49,9%</b>	7,7%	11,3%	<b>+46,2%</b>
<b>Diabète</b>	6,6%	9,6%	<b>+45,6%</b>	5,9%	8,2%	<b>+39,3%</b>
<b>Bronchite chronique</b>	5,2%	6,5%	<b>+24,2%</b>	3,7%	3,1%	-17,6%
<b>Epilepsie</b>	1,0%	0,9%	-10,4%	0,9%	0,7%	-21,4%

*En gras, les différences significatives sur base des intervalles de confiance (95%) fournis autour des prévalences de l’HIS 2018.*

Nous observons que la prévalence au sein des maisons médicales étudiées est fortement [+25% ; +50%] et significativement plus élevée pour les pathologies les plus fréquentes à savoir l’HTA, la dépression et les diabètes type 1 et 2. Pour la bronchite chronique, la prévalence est significativement plus élevée en Wallonie et non-significativement moins élevée à Bruxelles. Pour l’épilepsie, les différences sont non-significatives.

<sup>8</sup> <https://www.iweeps.be/publication/maisons-medicales-impacts-laccs-aux-soins-de-sante-personnes-precaires>

D'un point de vue statistique, la pathologie la plus intéressante à nos yeux est le diabète car c'est une pathologie qui s'expose à peu de biais quant à son identification (critères diagnostiques clairs et traitements univoques). En outre, c'est une pathologie qui génère inévitablement des contacts récurrents avec le médecin traitant pour le renouvellement des médicaments et les examens de suivis. Enfin, cette pathologie est un vecteur important de multi-morbidité vu ses conséquences délétères sur de nombreux organes. Une prévalence de diabétiques de 40 à 45% plus élevée au sein de la patientèle des maisons médicales au forfait induit inévitablement une surcharge de travail conséquente pour les soignants de ces structures qu'ils soient médecin généralistes, prestataires de soins infirmiers, kinésithérapeutes ou diététiciens.

Le différentiel de prévalence particulièrement élevé pour la dépression est interpellant. Néanmoins, il faut être prudent par rapport aux valeurs rapportées vu l'absence de définition objective d'un état dépressif. En outre, l'HIS fait référence à « *une dépression sérieuse ou d'une dépression ayant duré au moins 2 semaines* » alors que nous ne disposons pas d'indication quant à la sévérité ou la durée des états dépressifs encodés au sein des maisons médicales. Enfin, le constat a été fait au sein du « Tableau de bord » d'une tendance au sous-encodage des éléments de santé relatifs à la santé mentale ; ce qui pourrait encore accroître le différentiel réel.

Comme évoqué en introduction, les maisons médicales étudiées recrutent une population particulièrement fragilisée. Le lien entre cette précarité et le risque d'être atteint de pathologies chroniques n'est plus à démontrer<sup>9</sup>, en particulier dans le domaine de la santé mentale<sup>10</sup>. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'en s'implantant de façon préférentielle dans des quartiers plus précarisés, les maisons médicales recrutent une patientèle plus précarisée que la moyenne régionale et donc plus à risque d'être atteinte de pathologies chroniques.

Par contre, les résultats présentés ci-dessus ne permettent pas de savoir s'il existe également un phénomène de sélection des plus malades au sein de la population susceptible de s'inscrire en maison médicale au forfait. Pour cela, il est intéressant d'utiliser les données de l'AIM et de comparer la prévalence du diabète au sein des populations BIM et non-BIM des deux régions.

**Tableau 2 : Comparaison des prévalences du diabète, selon le statut BIM®, au sein de la population générale de l'Agence intermutualiste 2019 et au sein des maisons médicales au forfait-FMM 2019, données ajustées pour l'âge.**

Prévalence diabète	Région wallonne			Région bruxelloise		
	AIM 2019	FMM 2019 ajusté	Comparaison FMM/AIM	AIM 2019	FMM 2019 ajusté	Comparaison FMM/AIM
<b>BIM</b>	15,7%	15,3%	-2,5%	13,7%	14,0%	+2,2%
<b>non-BIM</b>	9,7%	9,5%	-2,1%	6,3%	7,9%	<b>+25,4%</b>

® « Bénéficiaire de l'intervention majorée » = indicateur de précarité financière.

En gras, les différences significatives sur base d'un  $p < 0,05$ .

<sup>9</sup> L'HIS 2018 montre des différences de prévalence significatives pour la plupart pathologies étudiées selon le niveau d'étude.

<sup>10</sup> <https://www.institut-solidaris.be/index.php/etudes/sante-mentale/santementale-2/>

Nous constatons qu'en région wallonne il n'y a pas de différence significative entre la prévalence du diabète des BIM et non-BIM selon qu'ils soient soignés en maison médicale au forfait ou dans le système à l'acte. Cela signifie que la prévalence plus élevée du diabète, observée dans le tableau 1 (9,6% versus 6,6%), pourrait être expliquée exclusivement par la surreprésentation des BIM au sein des maisons médicales.

Par contre, en région bruxelloise il existe une prévalence significativement plus élevée du diabète au sein des patients non-BIM soignés dans le modèle forfaitaire. Ce constat peut illustrer un recrutement spécifique de patients plus malades ou porteurs d'une forme de précarité non reconnue par le statut BIM.

## Conclusions :

En utilisant les résultats de l'Enquête de santé HIS 2018 comme données de référence, nous observons que les prévalences de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dépression sont significativement plus élevées dans la population étudiée, soignée au forfait, que dans la population des régions wallonnes et bruxelloises, très majoritairement soignée à l'acte. Il en est de même pour la bronchite chronique mais uniquement en Wallonie. Aucune des pathologies étudiées n'a permis un constat inverse.

Nous avons également montré que le recrutement d'une population plus précarisée était le principal responsable de la présence d'une population plus malade au sein des pratiques forfaitaires étudiées.

**Ces deux constats confirment l'hypothèse d'un recrutement spécifique à l'inscription d'une patientèle plus précarisée et donc plus à risque d'être porteuse de pathologies chroniques, au sein des maisons médicales au forfait étudiées.**

Par ailleurs, aucune donnée ne corrobore l'hypothèse d'un phénomène de sélection des risques, via la non-inscription ou la désinscription des patients les plus lourds, tel qu'observé classiquement dans le modèle du financement forfaitaire à la capitation. Pouvons-nous l'exclure pour autant ? Clairement non ! En effet, comme expliqué en introduction, les chiffres analysés reflètent potentiellement un double flux : recrutement à l'inscription d'une population plus précarisée, donc plus à risque de développer des pathologies chroniques, et désinscription potentielle de patients trop lourds par des équipes qui ne peuvent ou ne veulent pas assurer leur prise en charge. L'ampleur du premier pouvant totalement occulter le second.

**Nous pouvons conclure que s'il existe une éviction des patients nécessitant des soins lourds, ce phénomène est marginal et donc non observable dans notre étude.** Soit qu'il s'agisse de situations très particulières et rares qui débouchent sur une désinscription exceptionnelle, soit que les équipes qui pourraient recourir couramment à cette pratique sont minoritaires dans l'échantillon.

Cela nous oblige à rappeler le fait que toutes les maisons médicales au forfait étudiées sont issues d'une seule fédération (FMM) et toutes participantes volontaires au projet « Tableau de bord » visant à améliorer la qualité de l'encodage. Nous ne pouvons garantir de conclusions similaires à une analyse qui couvrirait l'ensemble du secteur des maisons médicales en Belgique.