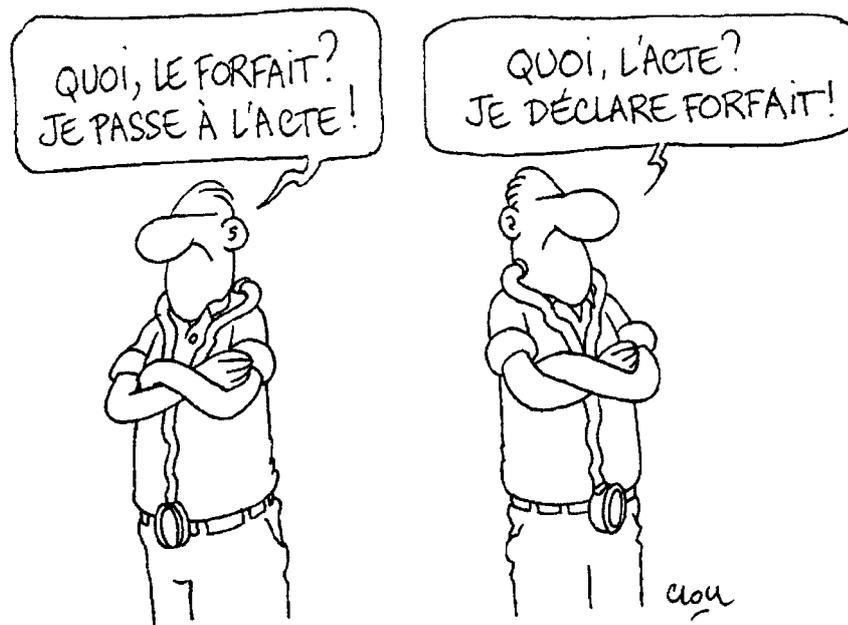


CAHIER

LE financement des soins
de santé primaires au **FORFAIT**



Il est arrivé près de chez vous



Il n'existe à l'heure actuelle que deux modes de financement de la première ligne :

- l'acte, largement majoritaire, héritier de la médecine libérale ;
- et le forfait négocié avec l'INAMI par certaines maisons médicales.

Après dix années d'existence d'un système de financement forfaitaire pour des centres de santé en Belgique, il apparaît intéressant de faire une analyse.

Le sujet a été longtemps très chaud et de vives polémiques se sont développées au sein de la Fédération des maisons médicales entre les partisans de l'acte et les partisans du forfait.

De nombreux fantasmes sur les pratiques des « autres » se sont développés et circulent encore. Pour beaucoup, la question est devenue quasi-idéologique, presque une question de finalité et donc très passionnelle. Pour d'autres, le choix du forfait ou de l'acte est une question de moyen adéquat ou non pour réaliser des objectifs.

En fait, beaucoup de questions sont posées par des équipes à l'acte qui se représentent difficilement comment fonctionne une maison médicale au forfait et quels changements sont induits par cet autre financement.

Beaucoup de questions sont posées par les équipes au forfait qui ne comprennent pas toujours les raisons qu'ont certains de rester à l'acte.

Nous ne dresserons qu'un historique de la genèse du forfait, et nous nous orienterons plutôt sur les aspects pratiques et les effets induits sur les individus et sur le mode de fonctionnement de nos centres de santé.

Nous espérons que ce travail aidera à lever les tabous et à donner plus de transparence à une expérience encore minoritaire dans une pratique qui, en Belgique, reste massivement payée à l'acte.

Bonne lecture.

En guise de préambule :

Aperçu historique du débat entre médecine libérale et médecine socialisée

Le débat entre soins à l'acte et soins au forfait est fortement intriqué à celui qui met aux prises médecine libérale et médecine socialisée. Sans perdre de vue la consanguinité de ces deux débats, nous éclairerons d'abord la polarité libéral/social qui est historiquement première. Un texte de madame Ferrand-Nagels paru dans la Revue française des affaires sociales servira de fil conducteur à notre exploration.

Une précision sémantique s'impose. Nous utiliserons souvent l'expression de médecine **socialisée** pour représenter un système offrant une alternative à la médecine libérale. En effet, nous verrons que le terme médecine **sociale** a un contenu historiquement déterminé, autrement dit variable dans le temps. En outre, nous pensons que l'analyse des systèmes réduit trop souvent la question à l'opposition système libéral - système public.

Cela n'est que trop vrai et réalise une des grandes difficultés que rencontrent les maisons médicales. Elles sont en effet des institutions privées d'utilité publique. Ce qui nuit à leur lisibilité : entre le marteau marchand et l'enclume bureaucratique, quelle place pour les maisons médicales ?

Or la collectivité peut être partie prenante de l'organisation des soins autrement qu'en déléguant à l'Etat ses responsabilités, ce que montrent certaines pratiques actuelles de centres de santé. De même que le système productif s'éloigne de plus en plus de la dichotomie secteur privé pur - secteur public pur, il peut s'avérer fructueux de dépasser le vieux débat opposant à la médecine libérale une médecine fonctionnarisée. Parler de médecine socialisée, c'est donc recourir à un terme plus générique faisant référence à un processus de socialisation, c'est-à-dire de développement des structures collectives, quel que soit leur statut juridique. Celles de l'Etat en font partie, mais le champ s'élargit, en particulier aux entreprises dites parfois d'économie sociale ou du tiers secteur, en

particulier ici les associations et les mutuelles. Les relations qu'elles établissent avec leurs personnels n'ont parfois pas grand chose à voir avec le fonctionnariat.

Ce qu'on observe pleinement dans les débats actuels : ces caractéristiques mi-chair mi-poisson font la richesse et la dynamique de nos centres. Mais elles représentent aussi une difficulté pour la constitution d'alliance ou de front commun.

Texte de **Sabine Ferrand-Nagel**,
centre de
recherche,
faculté
J Monnet-Sceaux.
Commentaires et
notes de **Pierre
Drielsma**,
médecin
généraliste.

Un peu d'histoire

● Au XVII^{ème} siècle, un corps médical pléthorique et peu fortuné

Loin de l'image du médecin de Molière, la plupart des médecins sont dans une situation économique difficile, extrêmement aléatoire et paradoxale. Ils ont conscience de remplir un rôle social important et d'appartenir à la bourgeoisie, mais mis à part les quelques-uns qui possèdent un patrimoine leur assurant des revenus indépendamment de leur activité, les autres, dans l'obligation d'en tirer des revenus, sont confrontés à une clientèle largement insolvable et de nombreux historiens attestent la précarité de leur niveau de vie.

● Les premières expériences de socialisation et leurs limites

Une constante apparaît dans l'histoire de la socialisation de la médecine, c'est la combinaison d'actions publiques et privées, symptomatique sans doute d'une perception généralisée de la nécessité d'améliorer la couverture sanitaire de la population. Cependant, les unes et les autres ont eu une portée et une efficacité variables. Faute de moyens humains et matériels suffisants, **la majeure partie des politiques publiques sont demeurées symboliques** de l'intérêt porté par les responsables politiques à la santé des populations. Quant aux initiatives personnelles, elles ont au contraire eu des résultats concrets, mais sur un territoire et sur une durée restreints. Enfin, les enseignements à tirer des unes et des autres diffèrent et sont de deux

Aperçu historique du débat entre médecine libérale et médecine socialisée

ordres, qui peuvent éclairer les débats contemporains. On voit en premier lieu la pérennité de la question de la nature de l'intervention publique : l'Etat doit-il encadrer, réglementer et contrôler les acteurs de ce secteur, ou bien doit-il aller jusqu'à la gestion directe de ces activités ? En second lieu, les initiatives privées sont surtout intéressantes sur le plan des moyens imaginés pour remédier à l'accès aux soins insuffisant de la population.

Nous divergeons quelque peu sûr ce point. La rencontre entre l'expérience politique autogestionnaire des maisons médicales et la réflexion de chercheurs en santé publique du GERM a permis d'étendre l'analyse : outre la question d'accessibilité, les maisons médicales s'attachent à développer la globalité, l'intégration et la continuité des soins ; à cela s'ajoutent les aspects d'évaluation qui sont fondamentaux dans la démarche des maisons médicales. L'évaluation elle-même se mue actuellement en assurance de qualité. Ce concept exprime plus clairement l'objectif de l'évaluation. C'est ce que dans le jargon des maisons médicales on nomme le GICA : globalité, intégration, continuité et accessibilité des soins. Ces notions ont été largement explicitées dans Santé conjugulée numéro 1.*

Nature et domaines de l'intervention publique

Sans qu'il soit question de recenser ici l'ensemble des mesures prises aux deux échelons territoriaux, gouvernement national et municipalités, on doit tout d'abord rappeler que la situation alarmante des établissements hospitaliers, lieux d'enfermement des personnes indésirables de toute sorte et véritables mouvoirs étant donné leur insalubrité, a amené les municipalités à s'ingérer dans leur administration dès le moyen âge. De même, au début du XVI^{ème} siècle, le grand aumônier du roi de France s'adjuge un droit de surveillance de tous les hôpitaux du royaume. Les officiers royaux sont alors investis de l'administration hospitalière auparavant réservée aux évêques.

« L'idée que l'hôpital doit être considéré comme un service public ne fait que se développer au cours des derniers siècles de la monarchie ».

Nous voici aussi au cour d'un processus qu'il s'agit de garder bien en vue. Le succès de l'hôpital auprès des pouvoirs publics présente une double source : il s'agit actuellement d'un lieu d'excellence et de haute technologie, mais il s'agit aussi antérieurement d'un lieu qui concentre la pauvreté, et la pauvreté doit être contrôlée !

Les soins non hospitaliers, eux, apparaissent **plus tardivement** dans les politiques publiques. Dans la période pré-révolutionnaire, les critiques virulentes portées aux hôpitaux vont de pair avec la préférence aux soins à domicile. Mais surtout, les préoccupations hygiénistes vont se développer aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles. Elles s'intéresseront en particulier à la médicalisation de la naissance et de la petite enfance (Turgot puis Necker encourageront le développement de cours de formation de sages-femmes) et s'attaqueront particulièrement à l'épineux problème des épidémies (et épizooties, qui causent très rapidement un préjudice économique important). Préfigurant l'aide à la recherche, l'objectif essentiel sera d'améliorer les connaissances les concernant, mission de la Société royale de médecine créée en 1778, toujours par Turgot et Necker. Dans tous les cantons, des médecins réunissent les informations, « comparant les faits, enregistrant les médications employées, organisant les expériences ». Il s'agit de réaliser une véritable « topographie médico-hygiénique ». Quelques décennies plus tard, l'action publique dans ce domaine visera à promouvoir et organiser les campagnes de vaccination (initialement contre la variole). Les autorités devront en premier lieu combattre les réticences de la population et donner les moyens nécessaires. A Paris, par exemple, le préfet de police incite les maires des douze arrondissements à créer des offices de vaccination gratuite.

*L'occasion est trop belle pour parler paiement. Cela nous permet de distinguer utilement trois problèmes : tout d'abord **qui paie** ? Ici c'est clair, c'est l'Etat car il juge que l'intérêt de bénéficier d'une population vaccinée est supérieur au coût de la campagne de vaccination. C'est un proto-raisonnement de santé publique.*

*Ensuite, **comment** les agents sont-ils rémunérés ? Le texte ne le dit pas, mais il est vraisemblable que ce n'est pas à l'acte. Il est probable que les agents tiennent des*

*GERM =
Groupe d'étude
pour une réforme
de la médecine.

listes de vaccinés, pour éviter la redondance (l'avantage de la vaccine, c'est qu'elle est visible pour toujours sur le vacciné).

Enfin le patient ne paie rien pour les raisons expliquées ci-dessus.

Des initiatives privées innovantes mais aléatoires

De tout temps des hommes et des femmes se sont saisis des problèmes des populations indigentes de leur voisinage. Pendant longtemps, certes, l'objectif poursuivi par les philanthropes était entaché d'égoïsme puisqu'il s'agissait avant tout de veiller au rachat de leur âme.

Il est plaisant de voir cet argument dans un texte scientifique. La bienfaisance pour aller au ciel, cela suppose l'intériorisation pleine et entière de l'existence du paradis et qu'elle soit strictement déterminée par les oeuvres. On sait que ni les calvinistes, ni les jansénistes n'avaient grande foi dans les oeuvres (au contraire de la thèse jésuite en la matière). Et paradoxalement, c'étaient les pessimistes sur l'efficacité des oeuvres qui les pratiquaient. Il s'agit plus de conformité à des normes transcendantes que d'un vain espoir de récompense céleste.

Mais, à compter des XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles, des humanistes vont s'investir dans des projets qui constitueront une réponse originale aux besoins qu'ils perçoivent. Nous retiendrons ici l'action représentative de deux d'entre eux, l'un est médecin, c'est Théophraste Renaudot, l'autre prêtre, Vincent de Paul.

Si le nom de Renaudot évoque aujourd'hui la fondation du journalisme à travers la création de La Gazette et un prix littéraire, on ignore souvent que cet homme inventif et parfois rebelle fut un médecin ambitieux dont la carrière politique connut une ascension fulgurante. En 1612, il devient médecin ordinaire du roi, chargé de « s'employer au règlement général des pauvres du royaume », et il est investi dès 1619 du titre de commissaire général des pauvres du royaume. Dans sa requête au roi en faveur des pauvres, son Traité des pauvres,

il va concevoir un plan et des mesures concrètes pour lutter contre la misère, à partir d'une analyse classique de l'oisiveté et de la mendicité. Sa conception de l'assistance se fonde sur la distinction nécessaire entre les pauvres valides et les pauvres invalides.

Nous connaissons encore cette distinction au sein de la sécurité sociale, avec l'assurance chômage et l'assurance maladie-invalidité.

L'action de Renaudot n'est pas unique, elle a sans doute eu un retentissement important étant donné le personnage. On a par exemple retrouvé deux expériences de « dispensaires » dans la ville d'Orléans au cours du XVII^{ème} siècle. Il est significatif de constater qu'elles se heurtèrent au même type d'hostilité. Ainsi, le docteur Petit, qui avait eu l'idée très moderne de salarier les professionnels pour institutionnaliser ses consultations gratuites, ne trouva pas à pourvoir ses postes.

Déjà au XVII^{ème} siècle, les « maisons médicales » souffraient d'une pénurie de recrutement. Et n'hésitons pas à le dire, nous pouvons appliquer le principe géologique des causes actuelles à cette pénurie : prestige, pouvoir et revenus insuffisants pour le niveau d'études.



Aperçu historique du débat entre médecine libérale et médecine socialisée

Un homme cependant va jouer un rôle fondamental parce qu'il cherchera à améliorer la pratique à domicile des dames, dans l'attente d'une véritable qualification soignante, c'est Vincent de Paul (« Monsieur Vincent », ou saint Vincent de Paul) ; **il va créer et professionnaliser l'action paramédicale**. Né en 1580 près de Dax, prêtre formé à la faculté de théologie de Toulouse, lui aussi débute sa carrière avec ambition dans la société mondaine. Mais, il découvre lors d'un prêche à la campagne la détresse morale et matérielle des gens de la terre, abandonne Paris et devient curé de campagne en 1617. Il fonde aussitôt la première confrérie des Dames de la Charité. Doué d'un sens pratique, Vincent de Paul organise cette association de « femmes vertueuses » avec des règles et des rôles bien définis.

Le relâchement rapidement constaté dans les villes amène Vincent de Paul à redéfinir les rôles des charités. Les « dames » seront cantonnées dans leur domaine de prédilection, celui de donatrices et de collectrices de fonds. Les soins des malades, dont les dames s'étaient le plus souvent déchargées sur leurs servantes seront confiés à des « filles des champs, robustes et saines » (à l'image de Marguerite Naseau). D'un point de vue institutionnel, l'organisation sera assez révolutionnaire puisque ces « Filles de la charité » seront liées par un règlement, rattachées aux charités des dames, mais ne seront pas cloîtrées (elles garderont d'ailleurs leurs vêtements civils et ne prononceront pas de vœux). Leur reconnaissance officielle sera obtenue tardivement, douze ans après, par l'archevêque de Paris, et encore treize ans plus tard par lettres patentes du roi (en 1658). Les responsables des actuels centres de soins infirmiers considèrent les filles de la Charité comme les précurseurs de leurs structures.

La médecine socialisée, alternative aux carences du modèle libéral des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles

Au sortir de la Révolution et durant tout le XIX^{ème} siècle, la compétence médicale constitue la préoccupation principale des hommes politiques et des praticiens. Ce qui est en jeu, c'est l'organisation et la reconnaissance des études, l'unification des diplômes, le droit d'exercice et l'élimination de la

concurrence. Cependant, la recherche de l'organisation optimale de la distribution des soins demeure, généralement, sous-jacente et à plusieurs reprises explicite. L'objectif de professionnalisation se double de celui de la médicalisation, entendue comme l'implantation régulière de médecins qualifiés et l'accès généralisé des patients. Dès ce moment, les finalités des autorités et des praticiens sont contradictoires. Certes, le développement de la consommation de soins intéresse les médecins, qui y voient une possible augmentation de leurs revenus, mais elle suppose une politique de tarifs bas, voire de gratuité étant données les faibles ressources des ménages.

Les pouvoirs publics veulent développer l'accès aux soins, les médecins veulent améliorer leur statut social et leur niveau de vie.

Ce noeud croisé d'intérêt est capital : l'Etat veut bien organiser un flux financier qui permette l'accès aux soins pour les citoyens en particulier pour les plus démunis, mais il se méfie du prélèvement effectué par les professionnels (médecins en particulier) sur ce flux.

Cependant, la période révolutionnaire sera propice au brassage d'idées de toutes sortes, et, de la révolution de 1789 à celle de 1848, des médecins utopistes et réformateurs vont rechercher la solution permettant de concilier ces deux objectifs. Elle passe selon eux par la création d'un service public de médecine. C'est également à cette période qu'apparaît le concept de médecine sociale. S'il pose lui aussi la question des relations entre les médecins et la société et de l'organisation d'un système de soins, il ne se traduit pas par la conception de projets mais se situe initialement à un niveau politique plus global avant d'évoluer.

On voit clairement apparaître l'idée d'une alternative entre plusieurs modèles d'organisation des soins : d'un côté, des médecins indépendants, de l'autre une médecine socialisée selon plusieurs versions possibles jusqu'au fonctionnariat.

Une fois de plus on observe l'intrication entre choix politique et mode de paiement. La médecine socialisée s'oriente vers le fonctionnariat. Il ne faut pas hésiter à parler de deux cultures :

- la première admet l'argent comme mesure du travail, de l'efficacité, de la

performance. L'argent régule l'utilisation des ressources rares suivant la thèse marchande ;

- *la seconde voit l'argent comme un obstacle, une nuisance, au mieux un mal nécessaire. Le fonctionnariat permet d'exclure l'argent de la relation de soin. D'autre part, un salaire de fonctionnaire met à l'abri des aléas de la vie et permet de se concentrer sur son objet social.*

La mutation décisive s'opère à la fin du XVIII^{ème} siècle, dans la mesure où c'est à cette époque qu'une fraction novatrice du corps médical acquiert une forte conscience politique et cherche à participer activement à la transformation de la société. Ce mouvement résulte d'un faisceau de prises de conscience nouvelles. Au moment même où les idées libérales se développent, empreintes d'individualisme et d'encouragement à la prévoyance, des droits et des devoirs en matière de secours sont affirmés. La lutte contre la pauvreté sous ses différentes formes est reconnue comme une tâche collective, un devoir national qui incombe en premier lieu à l'Etat. Aussi les projets d'organisation qui naissent à cette période sont-ils fondés sur un système public, rationnel et centralisé. On retrouve ce phénomène un demi-siècle plus tard, lorsque des médecins s'engagent dans les luttes aux côtés des ouvriers. C'est alors qu'émerge la notion de médecine sociale, dans une première approche très militante.

Deux phases propices aux projets de médecine publique

L'approfondissement des travaux de la Société royale de médecine débouche en effet sur des propositions paradoxales à l'heure où l'on vante les libertés individuelles et où l'on dissout les sociétés (loi Le Chapelier, 1791). Les projets sont plus ou moins précis, mais ils vont tous dans le même sens. Face à la quasi-absence de médecins dans les campagnes, on propose de réaliser une topographie médicale de chaque canton et d'établir trois médecins par district. L'organisation du clergé inspire divers auteurs, qui voient dans le rapprochement des prêtres et des médecins le moyen d'organiser une **médecine gratuite** par un partage des revenus ecclésiastiques.

Menuret propose, en 1791, que les revenus du

clergé financent les soins aux indigents ; Sabarot de l'Avernière va plus loin en suggérant, en 1789, que les biens ecclésiastiques soient confisqués au clergé et que leurs revenus soient partagés à parts égales entre les curés des paroisses et les médecins. Ce faisant, les soins pourraient être gratuits, et les médecins, délivrés de la quête des honoraires, pourraient se consacrer aux soins aux indigents.

Il est plaisant de voir ainsi réunis les médecins et les prêtres, c'est-à-dire une forme de retour aux sources grecques de la profession médicale.

Profondément marquées de l'utopisme de l'époque, ces réflexions construisent le « mythe d'une **profession médicale nationalisée** » qui se double d'un mythe contradictoire, celui de la disparition totale de la maladie : l'achèvement de la médicalisation entraînerait l'éradication de la maladie « dans un milieu corrigé, organisé et sans cesse surveillé ». Comparativement aux réflexions utilitaristes menées en Angleterre et en Allemagne, la spécificité française tient à la critique sociale contenue dans ces travaux. Les problèmes de santé et, plus globalement, de société sont rattachés aux effets des mauvais gouvernements et aux modes de vie (recherche du plaisir, oisiveté, relâchement du sentiment de la Patrie, guerres). Dès lors, les médecins doivent s'engager dans un combat d'ordre politique pour agir efficacement sur la maladie, en combattant l'esclavage et la tyrannie, en enseignant la diététique et la frugalité des repas...

La critique sociale n'est certainement pas absente du processus belge. Au contraire, nous observons sa prégnance croissante dans les théories actuelles sur la genèse des maladies. Ces thèses insistent en particulier sur l'effet de hiérarchie bien plus que sur les modes de vie librement choisis.

Les leaders français de la médecine sociale (Guérin, mais aussi Buchez et Guépin) ne sont pas isolés. A la même époque, des réflexions similaires émergent dans d'autres pays européens. En Allemagne, en 1847, le docteur Salomon Neumann, à l'instar de Buchez, pose le principe du droit à la santé en tant que « droit à la force de travail, unique possession des ouvriers, que l'Etat se doit de reconnaître et de protéger grâce à une organisation publique de l'activité médicale ». Médecins engagés sur les

Aperçu historique du débat entre médecine libérale et médecine socialisée

barricades de Berlin, anatomopathologistes, Virchow et Leubuscher fondent en juillet 1848 une revue dans le premier numéro de laquelle ils écrivent : « **Les médecins sont les avocats naturels des pauvres, et la question sociale relève en grande partie de leur juridiction** ».



*Voilà une profession de foi tout à fait satisfaisante, elle repose sur une reconnaissance des **besoins** de la population et des **intérêts** des médecins : ce sont surtout les pauvres qui sont malades, mais ils ne peuvent payer, il est donc nécessaire que l'Etat, via l'impôt (ou d'autres prélèvements) rende leur demande solvable. De plus, on utilise le terme de juridiction. Ce terme couvre à la fois la conception du territoire et de la magistrature ce qui est magnifique pour une profession en butte aux avanies des militaires et des avocats.*

L'alliance de la médecine sociale avec la politique sociale se traduit par le fait qu'elle vise des

catégories spécifiques de la population. Des dispensaires mettront en œuvre l'assistance et l'hygiène sociale, qui seront gérés par des institutions privées (comme la Croix-Rouge française) ou publiques.

La question des catégories spécifiques de la population est encore actuellement des plus vives. N'avons nous pas vu plusieurs politiques nous inviter fermement à nous consacrer exclusivement aux pauvres pour éviter de faire ombre à nos confrères...

Notre choix est pourtant clair, les maisons médicales s'adressent à toute la population. Ce qui n'empêchent nullement d'établir des priorités en fonction des besoins.

Voici un extrait d'un courrier adressé à la maison médicale du Nord à Charleroi qui dit ceci : « une telle médecine doit être réservée aux vrais pauvres, englobant ceux qui n'ont pas de mutuelles, qui sont au CPAS, qui ont un revenu minimum (et cela doit être contrôlé) ». Ceci prouve que nous avons encore beaucoup de chemin à faire pour être compris.

Au moment du vote des premières lois sociales, la notion de médecine sociale recouvre pour une part importante du corps médical la défense de la législation sociale naissante, en particulier celle relative au travail. La création en 1909 du Syndicat de la médecine sociale traduit ce phénomène. Face au patronat, qui entend gérer de façon autonome la politique sociale, ce groupement lutte aux côtés des syndicats ouvriers pour faire respecter les lois sur les accidents du travail et l'hygiène industrielle. Initialement composé de médecins socialistes, le mouvement va prendre de l'ampleur grâce à l'appui du syndicat médical de l'époque, l'USMF. Des syndicats de médecine sociale se créent dans les grandes régions industrielles, le Nord, la région lyonnaise, la Seine ; ils se fédèrent en 1909 et adhèrent à l'USMF pour « diffuser la médecine sociale dans le corps médical ».

Rapidement, ce phénomène évolue vers un soutien généralisé du corps médical à la politique sociale qui se met en place. En 1913, l'USMF préconise une « évolution évidente et nécessaire vers l'assurance maladie, service d'Etat » en faveur de laquelle elle multiplie les appels.

Cela appelle deux remarques :

- en premier lieu, on constate que les médecins, conscients des aspects politiques et sociaux de leur profession, devançant les pouvoirs publics, qui ne se saisiront réellement de la question des assurances sociales qu'en 1921 ;
- cependant, dans le même temps, la médecine affirme son attachement à la pratique libérale, créant par là un système unique en son genre : exercice libéral/couverture sociale, alternative au modèle public réclamé quelques décennies auparavant. On peut pourtant considérer que cette attitude revenait pour le corps médical de l'époque à se défaire de la moitié du problème (l'accès aux soins) sur l'Etat. Les contraintes ne seront perçues que beaucoup plus tard, à travers les négociations de tarifs conventionnels.

On voit ainsi la majorité des médecins, en tant que citoyens responsables, chercher à solvabiliser les pauvres par l'intervention de l'Etat. Mais ils veillent en tant que corporation, à maximiser leur gain. Ils ne prennent aucun risque personnel dans l'aventure. En fait, la meilleure façon de maximiser les gains des professionnels consiste à disposer de dispensaires pour les pauvres, dans lesquels des médecins travailleraient à temps partiel pour disposer d'un salaire fixe et d'une protection sociale. En complément, ils s'engageraient dans une pratique privée orientée vers des patients solvables ; pour cette catégorie, ils laisseraient jouer les lois du marché. La pratique à l'acte est la plus adaptée au marché. Car théoriquement le prix est chaque fois le fruit d'une négociation ponctuelle, tenant compte de la compétence, de la notoriété, etc.

Un rôle résiduel d'ajustement

La médecine sociale sort amoindrie des affrontements des années 1920-1930 autour des assurances sociales. Dans le contexte libéral dominant, qui valorise la « médecine de l'individu » et dénonce la « médecine sociale tutélaire, sans âme, remplie de paperasserie », la médecine sociale devient un contexte largement vidé de sens, qui a une connotation péjorative et se définit d'abord en négatif.

Selon les cas, l'expression désignera

- tout ce qui n'est pas la médecine de famille ;
- la médecine pratiquée dans une sorte de mutualité à bas prix ;
- la seule médecine préventive¹.

Il est possible que la médecine sociale soit en partie responsable de cet aspect rébarbatif. Le cantonnement dans des rubriques spécifiques ou des publics défavorisés induit presque automatiquement cette position de rejet. Notre souvenir personnel de la médecine scolaire corrobore cet aspect fragmentaire, rapide, peu humain de la médecine sociale dans les années 60. Ceci justifie pleinement le choix d'une médecine intégrée longitudinale et globale. La meilleure façon de valoriser la prévention, c'est de l'intégrer au curatif.

Cet état de fait s'accroît dans les années 1960-1970. La médecine sociale, échappant au prestige croissant de la médecine libérale comme de la médecine hospitalière prendra de plus en plus nettement un caractère résiduel dans l'organisation sanitaire.

Le développement du plateau technique hospitalier et l'amélioration de l'image de marque des établissements hospitaliers et de la carrière hospitalière soustraient l'hôpital du domaine charitable et misérable. Le secteur hospitalier quitte alors le champ de la médecine sociale.

Mais ce secteur ne quitte pas l'intérêt des politiques, car il est visible, c'est un grand bâtiment doté d'un réel prestige. Et aussi, parce qu'il est source d'emplois qualifiés (santé et gestion) et non qualifiés (hôtellerie). Les communes veulent leur hôpital, comme elles veulent leur piscine et leur salle multisport.

La situation actuelle, deux secteurs d'activité plus que deux modèles

Certes, un modèle est par nature une construction théorique. Mais force est de constater qu'ici le décalage est énorme entre chacun des modèles envisagés et le fonctionnement concret tant de la

¹. En ce compris, la médecine du travail et scolaire, la protection maternelle et infantile, mais aussi par extension la médecine conseil et contrôle.

Aperçu historique du débat entre médecine libérale et médecine socialisée

médecine libérale que de la médecine sociale. On est en réalité en présence de deux champs nettement différenciés de la pratique médicale hors de l'hôpital.

Une répartition explicite ou tacite des rôles partage le terrain : la médecine libérale se charge des soins de ville, la médecine sociale gère la prévention, l'éducation, les soins des **exclus** des assurances sociales. Ainsi, une ligne de partage très claire se dessine, la médecine libérale produit les services médicaux de ville marchands, la médecine sociale, publique ou privée, les services non marchands.

A ceci près qu'un type de structure de la médecine sociale vient troubler ce jeu de rôles : les centres de santé qui produisent des soins marchands à destination des assurés sociaux. D'où leur position maintes fois délicate vis-à-vis des représentants du corps médical libéral qui les perçoit comme des concurrents directs des cabinets libéraux.

Pourtant, nous avons pu montrer que cette concurrence, exacerbée dans les discours, ne se vérifie pas forcément sur le terrain. Dans les Hauts-de-Seine, un département qui présente comme toute la région parisienne un nombre conséquent de centres de santé, on a observé par exemple que ces derniers étaient implantés dans des communes à dominante ouvrière et de personnel non qualifié tandis que les cabinets libéraux, de spécialistes en particulier, se trouvaient dans des communes où la population diplômée et les cadres supérieurs étaient plus présents.

Cette concordance entre le type d'organisation des soins et les caractéristiques socio-démographiques de la population, significative à propos de services personnels de proximité, révèle plutôt une sorte de complémentarité entre ces deux modes de production, un partage de marché plus qu'une compétition intense.

Ce texte pose très correctement la question de l'existence de nos centres de santé (maison médicale) dans le paysage sanitaire « belge ». Il y donne malheureusement une réponse totalement inacceptable à nos yeux, un secteur ambulatoire tripartite :

1. des services préventifs et pour exclus de la sécurité sociale ;
2. une médecine libérale de ville (et village), tant spécialisée que généraliste à destination de la population solvable ;

3. des centres de santé pour les populations modestes, mais assurées.

Notre projet est strictement unifié, il suppose des centres de santé intégrés (CSI) pour toute la population. De Schaerbeek à Uccle, de Tilleur à Embourg et de Marchienne à Lovreval. Le modèle que nous développons nous paraît assez souple et adaptable pour satisfaire tous les types de public.

Il va de soi que le succès de ce projet dépendra pour l'essentiel de l'accueil que lui feront le public et les professionnels. Nous savons que la population est dans l'ensemble assez favorable à notre modèle puisque partout où nous avons pu le tester, il a reçu une réponse favorable des patients-usagers. L'accueil des professionnels en particulier des médecins généralistes est plus mitigé. Nous pensons que la désinformation joue un rôle non négligeable dans ces réticences. Ainsi probablement que le désir de reconnaissance sociale des professions les plus « prestigieuses ».

Éléments de conclusion

L'histoire de la pratique médicale en ville montre que l'exercice libéral n'est pas la seule forme possible d'organisation des soins, forme naturelle ou neutre. Au contraire, on a pu constater des mouvements de va-et-vient entre le modèle libéral et plusieurs variantes d'un modèle que l'on peut qualifier de socialisé parce qu'il repose sur une gestion collective...

La médecine sociale n'a eu dans la réalité qu'un rôle mineur, en marge du système dominant, le système libéral, duquel elle dépend.

Cela est particulièrement vrai pour le calcul du forfait à la capitation en Belgique qui se base sur des prix (nomenclature) et des volumes de la médecine à l'acte. Au demeurant, le modèle des CSI, s'oppose autant à la médecine libérale à régulation marchande qu'à la médecine bureaucratique à régulation politico-administrative. N'oublions pas que le schéma de notre auteur est tripartite. Les CSI sont pris entre deux modèles mais ont pour projet de garder

les avantages de ceux-ci sans les inconvénients.

En particulier, tant que la médecine libérale ne pouvait trouver dans la société les moyens de son existence, la médecine sociale a eu sa place dans les discours ou dans les faits. Mais la « bonne santé » réelle ou apparente du modèle libéral a fortement réduit ses prérogatives, essentiellement à l'application de la politique sociale. Cependant, le système de santé est aujourd'hui en crise, dont le secteur de la médecine de ville.

Aujourd'hui, le contexte économique incite, ou devrait inciter, les acteurs du système de soins à faire évoluer le système. Les analyses globales du système de santé, du point de vue des économistes, sont très rares...

Soit on attribue la croissance des dépenses de santé à l'insuffisance des mécanismes d'incitation traditionnels de régulation de l'économie, et l'objectif est alors d'introduire une dose suffisante² de ceux-ci pour parvenir à maîtriser le système. Derrière la simplicité du principe, cette position entraîne en France³ une transformation fondamentale... qu'il ne faut pas nier dans la mesure où elle induirait une remise en cause des principes qui prévalent depuis un demi-siècle au moins⁴...

Ceci montre qu'une crise peut conduire soit vers un mieux soit vers un pire, selon la capacité des acteurs vertueux et compétents à orienter le changement dans le « bon » sens ou non.

Mais il devient encore plus clair que les acteurs d'un tel système, en particulier les professionnels qui sont au cœur de la connaissance médicale et du système d'information, ne peuvent rester totalement indépendants, ils doivent rendre compte à la société de l'utilisation faite de ses fonds...

Les représentants actuels du corps médical refusent dans les faits toute analyse médico-économique de l'efficacité de leurs actions.

Cette fois, l'économie est indissociable de la politique, parce que si les contraintes de financement ont rendu nécessaire d'économiser le système, la très forte dimension sociale du secteur de la santé interdit une régulation purement économique.

Cela est évident et pourtant de nombreuses

tentatives d'améliorer le système de soins via le marché sont élaborées dans le monde entier, cela à l'instigation de pseudo-experts internationaux ruminant sans fin leur vulgate libérale.

Là encore, ces analyses font largement écho aux phases importantes de l'histoire du système de santé dans lesquelles l'articulation du politique et de l'économique était essentielle.

Au centre de cette articulation se trouve un agent économique spécifique, l'Etat,...

La question de l'Etat est justement posée. Pourtant rappelant à notre aimable lecteur le débat entre Jean Ziegler et Régis Debray, nous concluons, alors, que l'état réel n'était pas à la hauteur de l'idéal de sa fonction.

In fine, cet article débouche sur des interrogations sur le **rôle de l'Etat** et suggère les limites de l'analyse économique à ce sujet. S'il apparaît aujourd'hui que l'on ne réussit pas à concevoir théoriquement une régulation du système de santé, n'est-ce pas que la question est mal posée, que l'on est enfermé dans une logique de régulation marchande qui ne convient pas ou pas complètement à cet objet d'analyse ?

On ne peut mieux conclure. ●

2. Une dose de marché, mais ce que fera le marché c'est diminuer l'accessibilité des soins aux pauvres.

3. Et en Belgique, avec l'hypothèse du « managed care ».

4. Dont le principe d'équité.

Acte ou forfait ?

Petit historique d'une confrontation

*Pierre Grippa,
médecin
généraliste*

L'histoire de la médecine et des soins de santé depuis le 19^{ème} siècle est intimement liée aux évolutions de la société capitaliste et au rôle et au développement de l'état providence en Europe.

Avant l'apparition de la sécurité sociale, l'offre de soins libéraux est limitée à une clientèle plus ou moins aisée, solvable, les classes populaires ayant le plus grand mal à accéder aux soins.

A côté de la « médecine de ville » et de cliniques privées se sont donc développés des hôpitaux religieux ou publics ou mutuellistes et des dispensaires pour indigents.

● Soins de santé : offre publique, offre privée

L'émergence dans la conception des rôles de l'Etat de mécanismes de sécurité sociale comprenant pour les ouvriers des indemnités et un accès aux soins va modifier cette situation.

L'apparition de la sécurité sociale modifie radicalement les conditions de solvabilité de la population en finançant les soins. En quelque sorte, sur un « marché » des soins, l'Etat socialise les ressources et redistribue, mais garde aux dépenses leur caractère libéral, comptant sur la main invisible du marché pour réguler les coûts, ce qui est une impasse.

Le corps médical, soucieux de son autonomie professionnelle, campe sur ses positions de principe : libre choix du médecin, liberté thérapeutique, liberté des honoraires.

Le système conventionnel médico-mutualiste, destiné à assurer un niveau tarifaire fixe, a historiquement connu bien des conflits et ne s'est jamais complètement imposé aux médecins.

L'idée d'une offre publique de soins n'est pas neuve comme en témoigne la création d'hôpitaux ou polycliniques régulés par les mutuelles ou par les communes (CPAS).

En ce sens, même au sein du financement à l'acte, il existe un conflit idéologique entre les acteurs : les uns voulant garantir l'accès du plus grand nombre aux soins en créant une offre et en imposant une sécurité tarifaire, les autres posant le principe d'une autonomie professionnelle comme étant le garant des intérêts des malades, régulée par le marché et s'opposant à toute organisation efficiente.

Cependant, le fait pour cette offre publique de fonctionner sur le même mode de financement

introduit d'une part une concurrence avec le secteur libéral et d'autre part les mêmes dérives en ce qui concerne la surproduction d'actes.

Les principaux conflits médico-mutualistes de l'après-guerre (dont entre autres les questions de « ticket modérateur » et de son exigibilité) reposent sur cette divergence et cette concurrence.

Historiquement, en Belgique, le secteur médical s'est imposé comme opérateur de l'offre de soins, reléguant autant que possible les initiatives publiques dans des activités purement préventives comme l'ONE, la lutte contre la tuberculose, et imposant un cloisonnement vertical.

● Le forfait : émergence du concept

Le concept de paiement forfaitaire comme mode de financement et moyen de contrôler les dépenses est déjà inscrit dans l'arrêté du Régent de 1945. Il sera repris par le congrès des Mutualités socialistes en 1950.

H. Fuss¹ commente l'instauration du régime AMI (assurance maladie invalidité) en ces termes : « *L'engagement que nous avons pris, dès l'instauration de l'AMI, d'appliquer une liberté absolue de choix du médecin, pharmacien etc., sans contrepartie, a été un marché de dupe. Après réflexion, nous avons proposé une solution : la médecine à l'abonnement* ».

Le principe du forfait est finalement inscrit, dans sa forme actuelle, dans la loi Leburton de 63 qui visait à financer ainsi un certain nombre d'hôpitaux socialistes². Sept tentatives ont eu lieu durant les années 64 et 65, minées par des conflits internes au sujet du ticket modérateur, entre établissements de soins et les médecins membres des chambres syndicales qui y travaillent.

Le forfait à cette époque comprenait les honoraires des spécialistes et les frais de fonctionnement, calculés sur une base historique.

La nouveauté dans les années 70 est l'émergence d'un nouveau courant d'idée représenté par le GERM et les premières maisons médicales, préconisant le transfert des fonctions gérées de façon hospitalo-centriste vers une première ligne essentiellement représentée par la médecine générale et souhaitant une autre manière d'exercer que le secteur marchand.

1. Cité par M. Van Dormael in Cahiers du GERM 133, décembre 79

2. Voir M. Van Dormael, in Cahiers du GERM, idem.

Il est clair que l'on se trouve alors en présence « d'un petit morceau de secteur privé, structuré autrement »³.

Ce secteur travaille durant des années à la réalisation de ses objectifs dans le système à l'acte et ne voit pas d'objections à ce mode de financement, étant donné l'absence d'alternative.

● Autre financement, autre philosophie

Cependant, au fil du temps et des réflexions, certaines maisons médicales élaborent de plus en plus les concepts qui sous-tendent cette volonté d'une « autre médecine ». Ainsi émergent comme

ensemble à la mise en commun de nos savoirs-faire avec le patient).

Dans ces conditions, le mode de financement à l'acte, privilégiant le colloque singulier (sans dimension collective), la nomenclature curative (n'intégrant pas la prévention, la globalité et le psychosocial) et l'intervention ponctuelle (sans continuité) se révèle, pour certains, de plus en plus comme un obstacle à la réalisation optimale des objectifs sanitaires poursuivis.

Il se crée donc un groupe de travail pour essayer d'élaborer un mode de financement alternatif à



l'acte. Différentes solutions sont envisagées dont le forfait à l'abonnement et le forfait à la fonction. Finalement, c'est l'option du forfait à la capitation qui rencontre le mieux les objections relevées.

Ses qualités étaient sa bonne adaptation à nos critères de qualité⁴, la connaissance et la délimitation de la population couverte, la possibilité pour le patient mécontent de sanctionner le système en se désa-

bonnant, le maintient d'une certaine concurrence par rapport à l'acte. Il existait donc un groupe de prestataires de première ligne, demandeurs de l'application de la législation autorisant le paiement forfaitaire de certaines prestations, sans demande des politiques. Il restait à faire accepter le principe par les mutuelles et l'INAMI, et à trouver des modalités pratiques de calcul et de fonctionnement.

La méfiance des interlocuteurs vis-à-vis du groupe demandeur et l'absence de « solution historique » comme en 65 a conduit à rechercher des critères « objectifs ». Une des conditions était l'absence

bonnant, le maintient d'une certaine concurrence par rapport à l'acte.

Il existait donc un groupe de prestataires de première ligne, demandeurs de l'application de la législation autorisant le paiement forfaitaire de certaines prestations, sans demande des politiques. Il restait à faire accepter le principe par les mutuelles et l'INAMI, et à trouver des modalités pratiques de calcul et de fonctionnement.

La méfiance des interlocuteurs vis-à-vis du groupe demandeur et l'absence de « solution historique » comme en 65 a conduit à rechercher des critères « objectifs ». Une des conditions était l'absence

3. Voir Luc Carton, *intervention au colloque de la Fédération, « santé et gestion », 1992.*

4. Soins accessibles, globaux, continus, intégrés, fonction de synthèse et communication.

totale de surcoût de la solution envisagée, ainsi que l'absolue impossibilité de soigner les malades à l'acte en abonnant les biens portants. C'est ainsi que le calcul, particulièrement défavorable, était basé sur les coûts engendrés pour l'INAMI par les consommations de l'ensemble de l'effectif assuré dans trois secteurs curatifs (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes) possédant une nomenclature. Les prestataires travaillant dans une équipe au forfait ne peuvent exercer ailleurs une activité à l'acte ni percevoir de ticket modérateur. Par la suite, sous la pression du comité de l'assurance, cette règle a été modifiée, créant un ticket modérateur « exigible » mais forfaitaire. Actuellement, ces montants ne sont pas exigés car cela créerait un biais vers le non-abonnement des gens peu malades qui se verraient ainsi pénalisés ainsi que la maison médicale.

Ce règlement ne correspond donc pas à un réel financement global d'une structure alternative ayant des coûts particuliers liés au fait de remplir des fonctions non rémunérées par l'acte curatif. Au départ, des équipes volontaires ont reconverti leur activité à l'acte en inscription des patients au forfait. En général, on peut constater que l'adhésion et la fidélisation des patients a été remarquable. Toutes ont connu un développement important. Ensuite certaines ont été à la base de la création de nouvelles équipes d'emblée au forfait.

● Perspectives

Actuellement vingt équipes sur quarante six maisons médicales ont opté pour le forfait.

Pour d'autres équipes, restées à l'acte, ce problème du mode de financement ne semble pas ou peu important, soit que leur mode d'organisation actuel leur donne satisfaction, soit que leur pratique ne soit pas gênée, voire favorisée, par l'acte par rapport à un règlement très contraignant au forfait (par exemple, zones à forte mobilité de population), ou encore que l'effort demandé pour changer de système soit plus important que les bénéfices envisageables.

En conclusion, on pourrait dire que le forfait actuel est loin d'être idéal. Il est un moyen d'améliorer le

fonctionnement local d'une structure, là où c'est possible. A ce titre, entre des maisons médicales partageant les mêmes objectifs, c'est une question de moyen de financement, et non une question idéologique.

Par contre, si les pouvoirs publics veulent développer et orienter une politique de santé envers la population, la définition, la répartition des tâches et leur financement deviennent des questions critiques face à une partie de la corporation qui résiste à toute mesure capable d'améliorer l'efficacité du système. Mais les pouvoirs publics sont-ils aujourd'hui prêts à développer une telle politique ?

Si le niveau fédéral avance certaines réponses en proposant la gestion des données au niveau du généraliste et des pistes pour un échelonnement, cela reste timide face à l'ABSyM (Association belge des syndicats de médecins) qui fait barrage. Sur le plan régional, l'existence d'un décret confiant certaines missions aux maisons médicales constitue un pas vers leur reconnaissance publique comme secteur de santé à part entière.

La question est de savoir si les maisons médicales avec leur analyse et leur fonctionnement peuvent et veulent être une avant-garde dans la promotion d'une politique de santé basée sur des soins de santé primaires performants. ●

Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : vingt ans de controverses belges

Après le débat sur médecine sociale et libérale, voici le débat sur médecine à l'acte et au forfait.

Pour l'éclairer, nous nous baserons sur un texte de Monique Van Dormael paru en 1979. Nous tenterons de souligner les points forts de cette analyse. Nous établirons aussi ce que treize ans de pratique forfaitaire a permis de tester des hypothèses émises a priori.

A cet égard, il ne faut pas oublier qu'aucune maison médicale ne représente un CSI (centre de santé intégré) accompli dans toutes les dimensions prévues par les experts du GERM (groupe d'étude pour une réforme de la médecine). Il n'est d'ailleurs pas certain que cela soit regrettable.

Introduction

1. Le « forfait » est une notion vague ; les formes concrètes qu'on peut lui donner varient selon les objectifs qu'on se fixe ;
2. Le « mode » de rétribution des soins devrait être pensé en fonction des objectifs de l'organisation médico-sanitaire ;
3. Le mode de paiement à l'acte est inadéquat pour atteindre ces objectifs ;
4. D'autres modes de financement (forfait¹, abonnement²) pourraient permettre de mieux les atteindre, sous certaines conditions.

Mode de paiement et politique de santé

L'enjeu essentiel du mode de rétribution des prestataires de soins est de favoriser une dispensation des soins la plus efficace et la plus efficiente³ possible pour la santé des cotisants et contribuables.

Plutôt que de préjuger sur d'éventuelles économies ou dépenses supplémentaires, nous posons la question dans les termes suivants : à supposer que l'on consente à dépenser une somme définie pour les soins de santé, celle-ci sera-t-elle mieux utilisée si l'on remplace le système de paiement à l'acte par un autre mode de paiement ? Ou encore, quel mode de paiement incite le plus à dispenser des soins de qualité ?

La question posée est celle de l'efficacité maximale ou recherche du meilleur rapport qualité/prix. A cet égard, il est important de remarquer que ne rien faire a souvent un bon rapport qualité/prix, puisque le prix est nul. Nous noterons d'abord que la division par zéro est interdite et que, d'autre part, le rôle des services de santé est d'améliorer la situation sanitaire et non de la laisser en l'état. Entre deux rapports qualité/prix égaux, il faut choisir celui de la qualité la plus élevée. Pour des rapports inégaux, on est quand même parfois amené à choisir la qualité la plus élevée mais alors sur base de critères externes.

L'inadéquation du paiement en vigueur

Un problème, lié surtout à l'absence de délimitation de la population, entraîne des conséquences dommageables à plusieurs niveaux :

- la fonction de synthèse de l'ensemble des informations « santé » ne peut pas être assurée valablement ;
- la continuité des soins est rendue très fragile ;

Monique Van Dormael.

Texte paru dans
les Cahiers du
Germ -
1979 ;133 : 1-38.
Commentaires de
Pierre Drielsma,
médecin
généraliste

1. Le texte de Monique Van Dormael fait ici référence au forfait à la fonction qui a été abandonné par les maisons médicales lors de la négociation en 1980-1981.(ndlr)

2. Il s'agit de ce que les maisons médicales appellent forfait (ou capitation).

3. Une action est efficace si elle atteint ses objectifs. Elle est efficiente si elle les atteint aux moindres coûts.

Si l'on veut rapprocher un tabouret et un piano, pousser le piano est efficace, mais pousser le tabouret est efficient.

Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : vingt ans de controverses belges

- la prévention collective s'avère difficile puisque les besoins prioritaires ne peuvent être établis avec précision ;
- la responsabilité sanitaire, tant du personnel de santé que des usagers, reste floue.

*En ce qui concerne la **délimitation**, l'expérience nous montre que la capitation fournit une délimitation encore imparfaite (même si elle s'avère déjà très supérieure). En effet, il existe une viscosité dans le système forfaitaire qui fait qu'il existe un retard à l'inscription mais aussi un retard à la désinscription.*

Concrètement, cela signifie que des patients acquis à l'idée de la maison médicale ne s'inscrivent que lors d'un épisode morbide. Mais aussi que des patients déjà désinscrits dans leur tête (ou ayant déménagé) n'effectuent les mesures administratives que lors d'un problème de remboursement à l'acte.

*Toujours à propos de la délimitation, on remarquera que le **forfait à la fonction** ne peut être considéré comme une voie pour la délimitation ; au contraire, ce mode de financement dans le cadre concurrentiel actuel ne pourrait qu'ajouter à la confusion.*

Le système à l'acte incite à privilégier les actes remboursés sans qu'ils ne soient nécessairement rentables sur le plan sanitaire. La responsabilité à l'égard d'une collectivité, nécessaire à une véritable intégration des soins telle que nous l'avons définie, n'est pas rétribuée. Des activités préventives qui ne relèvent pas d'actes techniques, telles que l'éducation sanitaire individuelle et collective ou la surveillance de l'environnement sont pénalisées financièrement. Le caractère ponctuel des services rémunérés est en contradiction avec la notion de continuité.

Paradoxalement, on ne voit guère une explosion préventive dans les maisons médicales au forfait. On observe que la prévention de type vétérinaire⁴ s'en trouve améliorée et quantifiée⁵. La raison souvent évoquée est la croissance du nombre d'usagers qui génère une activité curative rédhitoire.

Les taux de rémunération en vigueur favorisent par ailleurs les actes techniques aux dépens d'une

approche plus globale. Ceci est vrai pour les médecins généralistes mais aussi pour les « paramédicaux » auxquels aucune activité autre que l'exécution technique n'est reconnue.

Un aspect qui n'était guère envisagé, c'est l'effacement de la nomenclature : les infirmières en particulier disposent dans le cadre forfaitaire de la possibilité de prise en charge psychosociale ou médicale chronique. Les kinésithérapeutes ne sont plus enfermés dans une réglementation tatillonne de nombre de prestations.

Chez les généralistes, l'acte technique n'est jamais très rémunérateur.

Les alternatives théoriques : l'acte, le forfait et l'abonnement

Si le système de paiement à l'acte en vigueur en Belgique est inadéquat pour rétribuer les soins de base, cela ne signifie **pas qu'il existe un système idéal**.

Nous dirions même qu'il n'existe pas de système idéal, mais il existe peut être un système optimal, c'est-à-dire qui dispose de la meilleure solution mathématique au problème de la maximisation des qualités et à la minimisation des défauts.

En réalité, la manière dont est appliqué un système peut entraîner des conséquences parfois aussi importantes que le système en soi. Un aménagement du système à l'acte, même s'il laissait la plupart des contraintes structurelles en place, pourrait sans doute déjà apporter des améliorations appréciables (par exemple, l'assortir d'une inscription et revoir fondamentalement la nomenclature de manière à ne pas pénaliser les activités préventives). Encore faudrait-il expérimenter de tels réaménagements avant de les généraliser.

Théoriquement, il existe trois systèmes de base : la rétribution à la vacation (ou à l'**acte**), la rétribution à la **fonction** et la rétribution à la **capitation** (système capitation où l'unité de soins est rétribuée en fonction du nombre d'abonnés auxquels elle assure des soins)⁶.

4. Ce terme n'a sous notre plume aucun caractère péjoratif, il s'agit de prévention collective, où la participation de l'individu est modeste.

5. Les vaccinations, en particulier contre la grippe.

6. Dans la pratique, on rencontre souvent des systèmes mixtes (le système utilisé en Belgique est le forfait à la capitation pure pour les kinésithérapeutes et infirmières, mixte pour les généralistes : capitation pour les consultations et visites, vacation pour les actes techniques).



Nous le répétons, les **modalités** concrètes ainsi que le terrain d'application de ces systèmes déterminent en grande partie leurs avantages et inconvénients. Ainsi, si l'on reproche couramment au système à l'acte de favoriser une multiplication des prestations coûteuses, c'est surtout depuis que ce système est appliqué sur un marché rendu solvable par l'instauration de l'AMI (assurance maladie invalidité) et le principe des conventions.

Le système à la **fonction** ou forfaitaire inciterait plutôt à une sous-production de soins, dans le mesure où les revenus des prestataires sont indépendants de la quantité de soins. Sans doute davantage que dans les autres systèmes, les avantages et inconvénients du « forfait » découlent avant tout de la responsabilité que couvre la rémunération.

Le système à l'abonnement (capitation⁷) semble être **le plus favorable** à la **qualité** de soins de base telle que nous l'avons définie, tout au moins sur le plan **théorique**.

En effet, il engage une responsabilité continue de l'unité de soins vis-à-vis des abonnés individuels ; les prestataires de soins ont intérêt à ce que leurs interventions soient efficaces, y compris les activités préventives qui, dans ce cadre, ne sont pas pénalisées. Ce système permet par ailleurs de délimiter clairement la population dont l'unité de soins de base a la charge et donc d'engager sa responsabilité à l'égard de cette population et non seulement à l'égard d'une somme aléatoire d'individus ; ceci est essentiel pour pouvoir intégrer efficacement la prévention collective dans les

activités de l'unité de soins de base et de développer une politique de santé publique locale au départ de ces unités.

Il n'y a rien à ajouter au sujet de ces merveilleuses considérations. Si ce n'est que pour établir une politique de santé publique locale, il est nécessaire que l'équipe du CSI en prennent suffisamment conscience et que des ponts soient jetés entre le CSI et les autres intervenants locaux ce qui est tout sauf évident tant du chef des travailleurs du CSI que des partenaires locaux.*

Ce système engage aussi davantage la responsabilité des usagers ; ceux-ci pourraient être davantage incités à faire part de leurs critiques et suggestions à l'unité de soins de base et ainsi à permettre à celle-ci de mieux répondre aux besoins. La possibilité de désinscription (corollaire du « libre choix » dont le principe est maintenu même s'il est réglementé et engage davantage la responsabilité du patient) oblige d'ailleurs, dans une certaine mesure, l'unité de soins de base à assurer des soins dont les usagers soient satisfaits : toute inscription retirée signifie en effet une réduction dans les revenus.

La prédiction de Monique Van Dormael s'est complètement réalisée, la désinscription (ou sa menace) est utilisée comme mode de régulation par le patient. Ce qui prouve que certains ont bien compris la valeur économique de leur abonnement. Par contre tous ne comprennent pas d'emblée que le paiement est complètement indépendant des

*CSI = centre de santé intégré. Préconisé par les experts du GERM, il s'agit d'un modèle d'unité de soins de base.

7. Système forfaitaire réalisé en Belgique !

Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : vingt ans de controverses belges

actes prestés par l'équipe de soins. Ceux-là continuent à supposer que le contact face à face est indispensable pour valoriser notre rémunération.

Mais, comme pour tout autre système, l'application d'un tel modèle comporte des risques de déviations par rapport aux objectifs que l'on veut atteindre et aux fonctions que l'on veut voir assurer. Des mécanismes de régulation et de contrôle⁸ s'imposent par conséquent. Elle impliquerait par ailleurs une expérimentation préalable sur une petite échelle et une évaluation rigoureuse.



Qu'est ce qu'une petite échelle ? Aujourd'hui, plus de quarante mille personnes bénéficient du cadre forfaitaire. Des évaluations ont lieu chaque année pour l'INAMI. Certes, ces évaluations sont imparfaites et incomplètes. Elles ne semblent pourtant montrer aucune déviation majeure telle que : sous consommation abusive, référence accrue en deuxième ligne, sélection des risques.

⁸ On parle maintenant d'assurance de qualité. Ce distinguo n'est pas anodin.

Le forfait dans la loi du 8-4-1965 (modifiée par la loi Moureau de 94)

La loi du 8/4/1965 abroge l'art. 29 § 4 de la loi du 9 août 1963 sur le forfait et introduit un article 34 ter libellé comme suit :

« Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'engagement.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi.

Le Comité de gestion du Service des soins de santé élabore, après avis de la Commission nationale de convention compétente ou de la Commission nationale médico - ou dento-mutualiste, les règles selon lesquelles ces accords sont conclus et établit les normes suivant lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs.

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. Ils sont soumis à l'avis du Comité de gestion du Service des soins de santé et à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale.

La composition et les règles de fonctionnement de la Commission visée à l'alinéa précédent sont fixés par le Roi. La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les 2/3 des organismes assureurs. L'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs ».

Le ticket modérateur

Parmi les questions soulevées à propos du forfait figure, on s'en doute, le problème du ticket modérateur. La Commission à la Chambre rappellera l'interprétation à donner à la notion d'exigibilité. Elle ajoutera que « Tous reconnaissent cependant qu'il est raisonnable de garantir la liberté en ce domaine... Etant donné que l'intervention personnelle de l'assuré ne doit pas être liée a priori

au mode de rémunération du médecin ou de paiement de l'institution de soins, la Commission reconnaît qu'il est important que la loi ne mette pas d'obstacle à la conclusion d'accords généraux ou particuliers au sujet d'une intervention personnelle, même forfaitaire éventuellement, de l'assuré »⁹.

Le texte de la loi restera volontairement vague : « c'est à la Commission médicomutualiste qu'il appartient de fixer le cadre dans lequel ce problème pourra être résolu »¹⁰.

Un ticket modérateur exigible (= facultatif dans le chef du prestataire !) a été institué (100 Frs/an/personne avec maximum 500 francs/an/foyer).

Le nouveau texte signifie-t-il que des accords forfaitaires peuvent être conclus avec des dispensateurs de soins individuels ? La réponse à cette question est floue après lecture des débats :

M. Brouhon : « D'aucuns prétendent que les 'dispensateurs de soins' ne doivent pas comprendre les institutions de soins parce qu'une institution de soins ne dispense pas les soins elle-même ; ce sont les médecins qui y travaillent qui 'dispensent les soins'. Or, les accords forfaitaires sont prévus, en ordre principal, en faveur des institutions de soins... ».

Réponse de M. Leburton : ... « Lorsqu'on dit 'dispensateur de soins', il va de soi que lorsqu'on a élaboré les textes précis cela visait les institutions de soins. Il n'y a d'ailleurs pas de terminologie consacrée à ce sujet et 'dispensateur de soins' comporte évidemment les institutions de soins. D'ailleurs, le texte n'aurait pas de sens si on n'avait pas inclus dans les mots 'dispensateurs de soins' les institutions de soins car avec qui aurait-on établi un régime forfaitaire ? »¹¹.

C'est d'ailleurs le cas actuel. Seule la maison médicale a un numéro INAMI forfaitaire, mais elle déclare périodiquement les prestataires qui y travaillent forfaitairement. Le droit de la maison médicale est cependant lié à un prestataire de chaque discipline au moins.

Qui fixe les règles du forfait ?

Enfin, on a posé le problème de savoir à qui il revient de fixer les règles pour l'établissement des

conventions forfaitaires. La loi en donne la compétence au Comité de gestion après avis de la Commission médico-mutualiste (et infirmier-mutualiste, et kiné-mutualiste) actuellement de l'assurance.

M. Leburton a précisé qu'il s'agissait bien de... « conditions objectives. Il est entendu que le rôle du Comité de gestion du Service des soins de santé est de définir les conditions applicables à toutes les institutions et non pas de déterminer au gré des circonstances ce que peuvent être les conditions du forfait. Cela vaut tant en ce qui concerne le contenu que les règles pour l'obtenir »¹².

Le refus des mutualités socialistes est motivé par le fait que, dans cette proposition, le ticket modérateur serait exigé pour les consultations.

En conséquence de cette impasse, le renouvellement des engagements n'est pas discuté et la Fédération Wynen annonce l'application d'une augmentation de 25 % sur les honoraires. En dernière minute, on reporte l'échéance du premier janvier au 7/1/1966.

Le 7/1/1966, on frôle un accord sur le forfait : provisoirement, on maintiendrait les anciennes bases de calcul pour le forfait mais aucune nouvelle demande ne serait acceptée tant que les nouvelles règles ne sont pas fixées ; d'autre part, un droit d'entrée de 30 francs, remboursable (par mutualisation ou réassurance), serait prélevé dans toutes les institutions de soins bénéficiant ou non du forfait - ceci afin d'éviter toute concurrence « matérielle » entre les institutions de soins. Mais une « divergence de vues se produisit sur les modalités techniques de perception du droit d'entrée dans les institutions. Les médecins et les mutualités, à l'exception des mutualités socialistes étaient d'avis que paiement et remboursement devaient se confondre en cas de réassurance ».

Ce point est intéressant. On peut le lire de la façon suivante :

1. Les hôpitaux privés et catholiques ne souhaitent pas subir la guerre des prix des hôpitaux socialistes ;
2. Ce droit d'entrée n'existe pas pour le forfait de première ligne car les chambres syndicales représentant essentiellement les intérêts des spécialistes hospitaliers se moquent éperdument de la guerre des prix subie par les médecins généralistes libéraux.

9. Doc. Chambre 974/11, pp. 40-41.

10. M. Leburton à la Commission du Sénat, Doc. Sénat 264 (1964-1965), p. 11.

11. Ann. Chambre, 16/3/1965, p. 30.

12. Ann. Chambre, 16/3/1965, p. 30.

Possibilité d'avenir

Alors que l'INAMI est en pleine crise, n'est-il pas plus que temps de songer à utiliser plus efficacement les ressources limitées dont elle dispose et de se fixer comme cadre de référence une politique de santé cohérente ? N'est-il pas plus que temps d'éclairer aujourd'hui les choix qui devront être faits demain en tirant les conclusions d'expérimentations locales ?

Deux risques d'égale importance guettent l'INAMI. Le premier est que l'on poursuive la politique du court terme en se limitant à chercher des solutions budgétaires immédiates. Le second est que l'on introduise précipitamment des modifications majeures dans l'organisation des soins sans être en mesure de préjuger de leurs conséquences tant budgétaires que sanitaires.

L'instauration d'un autre mode de paiement que le système à l'acte doit être, si elle ne veut pas se condamner à l'échec, une opération qui s'inscrit dans une politique de santé, c'est-à-dire qui envisage simultanément les objectifs santé que l'on veut atteindre et les moyens financiers que l'on utilise à cet effet. Elle ne peut se contenter d'être une opération financière.

Cela est toujours vrai. Il est heureux que la Fédération des maisons médicales aie une politique de santé (elle est bien seule, hélas !). Il est amusant de comparer la fin de l'article de Monique VAN DORMAEL et celui de Mme Ferrand-Nagels : tous les deux stigmatisent le court terme et souhaitent des réformes en profondeur tant du côté de la médecine sociale (socialisée) que du côté des mode de paiement. Et pourtant le cheval « Etat » renâcle devant l'obstacle.

Les Etats démocratiques occidentaux sont-ils frappés de langueur réformatrice, ou alors les intérêts en jeu sont-ils si puissants que tout changement en est obéré ? ●

Le forfait des maisons médicales

Description du fonctionnement

Remarque préliminaire : nous allons essayer de décrire concrètement ce que donne au quotidien la pratique du règlement forfaitaire dans une maison médicale, celle de Forest. Certaines choses sont certainement traitées de façon différentes dans d'autres équipes.

Le règlement

Les principes du forfait négocié entre les organismes assureurs, les maisons médicales et l'INAMI sont les suivants.

Il s'agit d'un **forfait à la capitation**, c'est-à-dire qu'il sera payé pour chaque individu qui a signé un contrat d'abonnement et qui est en règle de mutuelle.

C'est un contrat entre trois parties :

- le patient qui s'inscrit auprès d'une maison médicale et qui s'engage à faire appel à celle-ci ;
- la maison médicale qui s'engage à donner les soins ;
- la mutuelle qui s'engage à payer le montant des forfaits.

Il couvre les secteurs de la médecine générale, des soins infirmiers et de la kinésithérapie.

Pour la médecine générale, font partie du forfait les avis, consultations, visites, et prestations d'urgence. Ne font pas partie du forfait les actes techniques.

Pour les infirmier(e)s et les kinésistes, tous les soins sont inclus dans le forfait.

Si la maison médicale a passé une convention forfaitaire pour ces services, tous les patients inscrits le seront pour tous les services, sans possibilité d'abonnement partiel.

Les prestataires de soins qui s'engagent au forfait ne peuvent plus faire d'attestations de soins donnés payées à l'acte en dehors d'urgences. Des exceptions sont prévues pour les centres de planning et les centres pour toxicomanes. Le raisonnement suivi par l'INAMI est d'empêcher

que les prestataires ne puissent soigner à l'acte les plus malades et encaisser les forfaits des biens portants !

Le forfait est ventilé en trois catégories :

1. les assurés ordinaires ;
2. les VIPO sans remboursement préférentiel ;
3. les VIPO avec remboursement préférentiel.

Récemment, la catégorie VIPOMEX a été créée.

Le calcul du montant se fait par la division des dépenses constatées par l'INAMI pour ces prestations au plan national, divisées par l'effectif des bénéficiaires (donc hors ticket modérateur).

Actuellement, l'effectif des bénéficiaires est ramené à 90 % en raison de l'existence de « non-consommateurs structurels » de soins de première ligne.

Ce forfait est majoré de 10 % en raison de l'existence d'un biais de recrutement social entraînant une surmorbidity. Les maisons médicales doivent prouver tous les deux ans l'existence de ce biais. Une autre majoration de 10 % est accordée sous condition que l'INAMI constate un gain par patient inscrit en ce qui concerne la biologie clinique, la radiologie et les hospitalisations par rapport à la population globale.

Il est également tenu compte de la tendance (trends) des consommations, et des tarifs actuels, les données n'étant disponibles que tardivement.

Le paiement par la mutuelle de ces dépenses au groupe de prestataires de soins implique que l'INAMI n'intervient plus auprès de ces patients pour des prestations effectuées à l'acte concernant les trois catégories de prestataires.

La maison médicale s'engage à fournir l'ensemble des prestations prévues dans le forfait à l'intérieur d'une zone géographique qu'elle détermine.

Dans cette zone, si un abonné consulte un médecin, kinésiste ou infirmier(e) en dehors de la maison médicale, il ne sera pas remboursé.

S'il fait appel à un service de garde organisé, c'est la maison médicale qui rembourse l'attestation. Il en est de même si c'est la maison médicale qui prescrit un soin qu'elle ne peut fournir.

La maison médicale est obligée de rembourser les soins donnés pour ces secteurs en dehors de la zone couverte (cas des vacances par exemple) puisque le montant de ses soins lui a été payé.

*Pierre Grippa
avec la
collaboration de
Béatrice De
Coene
et Marie-France
Bouillon*

Le forfait des maisons médicales. Description du fonctionnement

Toute rupture d'assurabilité suspend le paiement du forfait. L'hospitalisation supérieure à un mois supprime le paiement pour le(s) mois concerné(s).

Pour tout ce qui est des **prestations spécialisées**, le patient continue à fonctionner à l'acte comme avant.

Lors de l'inscription, le montant du forfait est payé par la mutuelle au plus tôt le mois suivant l'inscription.

Durant les trois premiers mois de l'inscription, il est prévu de pouvoir prêter à l'acte si le patient le souhaite.

Le désabonnement d'un abonné est possible à la fin de chaque trimestre calendrier (premier janvier, premier avril, premier juillet, premier octobre). En cas de désabonnement motivé (déménagement par exemple) le délai varie entre un mois minimum et deux mois maximum.

La maison médicale peut également désabonner un affilié, mais dans ce cas toute la famille abonnée devra être désabonnée.

Ce n'est certes pas un pactole si on se réfère au prix d'un acte (600 et 720 Frs actuellement), référence pour ceux qui ne connaissent pas le forfait.

En réalité, ce n'est pas le prix payé pour un abonné qu'il faut envisager, mais bien le budget que produit l'ensemble de la population.

En effet, il faut constamment se rappeler qu'il s'agit là d'une moyenne dans une population ou le fait d'être malade va survenir de façon aléatoire, certains ayant besoin de beaucoup de soins, d'autres de très peu.

Pour mieux se faire comprendre, on peut se dire qu'une équipe qui aurait environ quatre mille abonnés, dispose d'un budget total de plus de vingt sept millions de francs, budget avec lequel on peut payer une équipe dont la composition sera en fonction des demandes rencontrées le plus souvent. Elle comprendra des médecins, infirmières, kinésithérapeutes, mais aussi accueil, psychologues, assistantes sociales, secrétariat.

Cette équipe réalisera par exemple environ dix huit mille prestations médicales, quatre mille prestations infirmières et quatre mille prestations kiné, chaque abonné n'ayant pas besoin de soins tout au long de l'année, ni de tous les services.

Les montants actuels du forfait

Au 1/10/97, ces montants étaient par exemple pour Forest :

- pour un assuré ordinaire : 271 Frs ;
- pour un VIPO 75 % : 1068 Frs ;
- pour un VIPO 100 % ; 2525 Frs.

Ces montants sont calculés pour chaque équipe en fonction de sa composition.

Il existe en réalité un montant infirmier, un montant kinésithérapeutes et un montant médecin. Ce dernier est différent pour un généraliste non recyclé, recyclé et accrédité, ce qui explique que les montants ne sont pas identiques pour chaque équipe.

Sachant que, sous réserve de variation locale (qui peut être importante) la répartition entre ces groupes est d'environ 80 % assurés ordinaires, 10 % de VIPO 75 % et 10 % de VIPO 100 %, on peut estimer qu'un abonné « moyen » représente environ 576 Frs par mois.

Il est clair que dans un système forfaitaire l'application d'un ticket modérateur à l'acte est dépourvue de sens. Le patient ne paye donc rien, ni à l'inscription, ni lors de ses consultations auprès d'un membre de l'équipe au forfait.

Ce financement répond à l'échelon local au principe de solidarité entre malades et non malades, et au principe d'équité (plus à ceux qui ont plus de besoins).

En pratique

● Au moment de l'abonnement

L'application stricte et rigide du règlement ne facilite pas l'accès au système. Ainsi, lors d'un premier contact (non-urgent) le nouveau patient devrait s'abonner immédiatement, choisir l'option trois mois à l'acte pour pouvoir faire honorer les premières prestations, et s'il ne choisit pas de rester abonné après cette période d'essai, se désabonner au terme du trimestre. Ce n'est évidemment pas pratique du tout et crée une confusion chez le patient à qui on explique le principe forfaitaire... pour lui faire payer ensuite à l'acte...

C'est pourquoi nous avons choisi une méthode plus souple. Toute personne qui vient pour la première

fois à la maison médicale est informée par l'accueil du mode de financement choisi par l'équipe. S'il a un médecin extérieur, il sera aiguillé vers lui ou vers un autre médecin. Si cela paraît difficile une consultation de dépannage sera faite.

S'il souhaite s'abonner, l'accueil remplit les formulaires avec le patient qui passe immédiatement après à la consultation.

S'il souhaite réfléchir avant de s'abonner, nous acceptons jusqu'à trois dépannages. Au-delà nous demandons au patient, soit de s'abonner, soit nous lui donnons une autre référence extérieure à l'acte. D'autres équipes ont choisi des stratégies différentes.

Le manque à gagner est certainement injuste en principe, mais minime en réalité par rapport au budget global et permet de garder une fonction d'ouverture et de convivialité avec la population du quartier, de ne pas fonctionner en ghetto.

Les indépendants n'ayant qu'une couverture gros risques n'ont pas accès au forfait. Nous leur proposons dès lors de payer eux-même un montant annuel et de bénéficier des mêmes soins que les autres abonnés.

● Au moment d'un désabonnement

Le délai pour pouvoir se désabonner est certainement trop long et pose des problèmes pour gérer cette période. Le patient est averti du fait qu'il reste encore abonné durant une période. Il peut alors continuer à bénéficier de soins jusqu'à l'échéance. S'il ne souhaite plus faire appel à la maison médicale selon les conditions négociées avec lui, soit le patient prend en charge cette période, soit nous le remboursons (totalement ou partiellement). S'il s'agit d'un déménagement hors zone, nous prenons en charge les remboursements.

De même, pour certains patients qui se sont désabonnés, nous leur permettons de garder la possibilité de continuer à voir un thérapeute qu'ils jugent important à la maison médicale.

● Facturation

Le secteur administratif envoie chaque mois à chaque mutuelle le listing des nouveaux abonnés et des modifications survenues. Ce listing reprend, nom, prénom, date de naissance, adresse et code



mutuelle, etc. Ce listing est renvoyé avec les corrections par les mutuelles. On envoie alors la facture qui reprend toutes les données qui elle-même sera vérifiée et les non en ordre déduits. Ceci ne peut évidemment se faire que par informatique. Aucun montant supplémentaire n'est alloué pour la charge de cette gestion administrative lourde.

Les coordonnées des patients non en ordre sont mises dans une « liste des pas en ordre » en vue d'une refacturation périodique, les mutuelles ne signalant pas systématiquement les remises en ordre. Ceci constitue un problème majeur, car beaucoup de patients ne sont à un moment ou l'autre pas en ordre et certains montants ne seront jamais récupérés, la prescription sur les sommes dues étant de deux ans ce qui constitue, outre le travail complémentaire, une perte financière chronique. Cela représente chez nous chaque mois environ 10 % des montants facturés.

Toutes les équipes au forfait ont dû élaborer des stratégies pour palier à ce problème (à l'acte, c'est le patient qui se voit éventuellement non remboursé). Certains considèrent que si le forfait

n'est plus payé, les soins ne seront plus prestés ; pour d'autres (dont nous sommes) nous continuons à les considérer comme abonnés en attirant leur attention sur la nécessité de se mettre en ordre ou en les accompagnant dans les démarches nécessaires.

● **Pour le patient**

Pour le patient et le soignant, il n'y a plus de formalité à faire que ce soit en consultation, en visite, en urgence, en kinésithérapie ou au dispensaire infirmier. L'ensemble des demandes est géré par l'accueil qui occupe une place centrale et fait un travail d'information, de décodage et d'orientation. Les patients peuvent accéder par l'accueil à tous les membres de l'équipe. Chaque soignant détermine avec le patient comment résoudre au mieux le ou les problèmes qu'il pose. Cela permet par exemple un investissement important dans des situations aiguës ou dans la coordination autour de cas difficiles. Inversement, certains contacts routiniers sans réel objectif poursuivi, comme des renouvellements de prescription ont été diminués.

Une large place est ainsi faite à l'élaboration, avec le patient, de ce qui va se passer et des mesures utiles à prendre. Cette verbalisation modifie le contenu des contacts et semblerait remplacer au moins en partie l'échange financier.

L'existence d'un contrat oblige et permet un échange et un dialogue sur la façon de prendre le problème en charge, entre les possibilités réelles de la maison médicale et les droits du patient à demander des soins. Il est sûr que les possibilités d'offre de soins jouent également un rôle auquel on doit rester attentif pour garantir la satisfaction des usagers et garder une exigence de qualité.

Pour les patients, un horaire avec un accès quasi continu possible de 8h30 à 19h permet d'être vu le jour même par son médecin, les rendez-vous étant proposés pour les prises en charges chroniques ou les mises au point, ainsi que les visites à domicile en cas de difficultés de déplacement.

L'activité des kinésistes comporte les soins aux cas aigus, mais également la reprise de contact régulier, pour renforcer les attitudes préventives avec les patients ayant un problème récurrent.

Les infirmières, outre les soins à domicile et les dispensaires, gèrent les programmes de vaccina-

tion, les suivis de diabète et obésité, et le suivi de certaines familles à risque, ainsi que des actions santé dans le quartier.

Le service social et la psychologue prennent en charge les problèmes psychosociaux les plus lourds. Un relevé est fait de tous les contacts, pour les statistiques, pour la facturation des actes techniques et la mise à jour de la date de dernier contact qui permet de trier les dossiers qui deviennent inactifs et pour prendre contact avec des groupe particuliers (vaccination, etc.).

Un journal de la maison médicale est envoyé chaque trimestre à chaque famille d'abonnés.

Conclusion

En conclusion, le forfait actuel présente énormément de contraintes réglementaires. Ces contraintes viennent de la volonté de l'INAMI de supprimer tout risque d'usage abusif du système, contraintes que ne connaît pas le régime à l'acte.

Ces contraintes restent acceptables dans la mesure où elles rencontrent également notre volonté de prise en charge globale, accessible, continue et intégrée pour lesquelles le forfait est un bon moyen. La gestion administrative est manifestement désavantageuse pour les centres au forfait et génère des surcoûts.

Les montants du forfait sont relativement peu élevés et nécessitent une rigueur budgétaire pour pouvoir dégager des marges de manoeuvre pour des choix de politique du centre de santé.

Inversement, pour les patients et pour les soignants, le système forfaitaire est d'un grand confort à l'usage. Le forfait introduit pour les soignants une modification de la grille de lecture de leurs activités. On peut réfléchir avec le patient en termes de besoins, d'objectifs, de résultats.

L'accessibilité financière y est totale. L'équipe de soins est amenée à structurer son offre en fonction des engagements pris vis-à-vis de la population abonnée. La distinction entre « curatif » et « non curatif », « rentable » et « non rentable » devient sans objet, toutes les activités participant aux mêmes objectifs.

●

Une maison médicale à l'acte regarde le forfait par le petit bout de la lorgnette

A la maison médicale Norman Bethune, nous fonctionnons « à l'acte ». Périodiquement, nous plongeons sur la balance à souper avantages et inconvénients de l'alternative : continuer à l'acte ou passer au forfait. La question se pose le plus souvent lors d'un « couac » lié au paiement à l'acte.

● Qu'est-ce qui nous dérange dans le paiement à l'acte ?

Dans notre pratique (il en ira autrement chez d'autres soignants), un reproche majeur que nous adressons au système actuel est de favoriser le shopping médical. Le quartier pullule de praticiens et de polycliniques. Si nombre d'entre eux exercent sainement, ce n'est pas le cas de tous. La distribution généreuse de prescriptions et de documents administratifs « à la demande » sans réel souci de santé est banalisée au point que les « clients » se choquent si l'on tente d'analyser leur demande. « Je veux un scanner, un antibiotique, dix boîtes de ce médicament que le CPAS rembourse et il faut me mettre sur la mutuelle » ou encore « Le professeur a dit que je devais avoir un certificat médical pour ces dates (longue liste) » sont des commandes que l'on nous glisse entre deux consultations : « Docteur, vous n'allez pas me faire attendre mon tour pour ça... ».

Stupéfait qu'on s'inquiète des circonstances de cette demande, il n'est pas rare que l'usager tourne les talons, fâché. Qu'à cela ne tienne, il trouvera aisément son bonheur : les panneaux « cabinet médical » de trois mètres de long sur un mètre de haut sont à la mode.

Parmi d'autres, ces exemples illustrent les méfaits de la concurrence entre praticiens pléthoriques conjuguée à un usage irrationnel de la liberté de choix laissée à l'usager. Les effets pathogènes du « libre marché » ainsi conçu peuvent être dramatiques voire mortels. Une mère de famille encore jeune est morte d'un cancer intestinal. Elle s'était présentée chez un grand nombre de médecins, se plaignant de constipation. Obnubilée par la quête du bon laxatif, elle n'a jamais entamé de suivi chez un même praticien. Jusqu'au jour où, trop tard, son cancer a été décelable à l'examen clinique...

On pourrait développer jusqu'à plus soif l'analyse « illustrée de cas » des dysfonctionnements du système qui raniment chez nous le débat du forfait.

Nos critiques ne se situent pas sur le plan de la défense professionnelle ou de l'intérêt privé. Elles représentent un constat « de terrain », un relevé des obstacles qui entravent la réalisation de notre objectif de santé.

Voici ces obstacles, relevés sur « notre » terrain avec ses spécificités, sa population, son contexte bien défini :

- l'absence de garde-fou à la liberté de choix des usagers : le shopping médical que nous avons esquissé ;
- l'absence d'échelonnement : variante du shopping ;
- l'absence de garde-fou à la liberté thérapeutique : associée à la concurrence (exacerbée par l'offre pléthorique) et à l'incitation financière à multiplier les actes, la liberté thérapeutique sans frein laisse libre cours à des pratiques peu soucieuses de la santé ;
- les difficultés d'accès financières et culturelles aux soins (population d'origine non belge à plus de 80 %, peu favorisée, souvent analphabète fonctionnelle) ;
- la difficulté à construire un projet de santé, à remplir des fonctions de synthèse, de communication, d'évaluation et de recherche : la pratique à l'acte abandonne ces tâches à la bonne volonté du soignant individuel et n'incite en rien une élaboration collective pourtant bien plus efficiente.

● La solution est-elle dans le forfait ?

A priori oui. Et pourtant... Reprenons la liste de nos griefs.

- dans un système au forfait, l'inscription rationalise la liberté de choix des usagers sans la brimer : les effets néfastes du shopping médical sont amortis. L'usager choisit une structure ou un praticien avec lequel il partagera la gestion de santé, quitte à se désinscrire s'il est mécontent. Au moins, les choses sont claires. Toutefois ce qui est souhaité ici est **l'inscription**, qu'on pourrait envisager sans la coupler au forfait.
- l'absence d'échelonnement n'est que partiellement corrigée par le forfait : si la désignation d'un soignant de référence facilite la discussion des renvois en seconde ligne de soins et la centralisation des données, le patient reste libre de consulter les spécialistes de son choix sans

Axel Hoffman,
médecin
généraliste.

Une maison médicale à l'acte regarde le forfait par le petit bout de la lorgnette

relier ces consultations via le référent ou l'en informer ;

- la liberté thérapeutique n'est pas modifiée par le forfait, mais la suspension des pressions concurrentielles peut désinfecter le parasitage lié aux jeux de séduction du soignant et aux chantages de l'usager ;
- l'accès aux soins est gratuit dans le forfait. Toutefois, il existe d'autres moyens d'assurer un accès financier aisé : la pratique du tiers-payant en cas de détresse financière, la collaboration avec les CPAS, etc. ;
- d'autre part, même si cet élément est interprétable en sens divers, le rapport symbolique lié au geste de payer l'acte est perdu dans le forfait (la conscience d'avoir déjà payé via les cotisations de solidarité n'a pas la même portée) ;
- la difficulté d'élaborer un projet de santé...
Le forfait permet de délimiter sa population, seuil liminaire de toute activité de santé publique performante. Ici encore, c'est surtout l'inscription qui est visée. Mais au delà de la délimitation, le forfait ouvre des possibilités d'action. Via le paiement global des activités et les choix de répartition des revenus à l'intérieur de l'équipe, il favorise le financement des activités non liées à l'acte (prévention, gestion du dossier, recherche...). Toutefois, la répartition des revenus dans un système de pooling est possible à l'acte. Certains projets de santé peuvent également faire l'objet de subsidiations ponctuelles.

Revenons alors à notre question. Oui, le forfait est une réponse possible à nos critiques de l'acte. Mais d'autres voies sont possibles : l'inscription des usagers, l'échelonnement, la rétribution du travail non curatif, l'accessibilité accrue sont des points de politique de santé qui peuvent se matérialiser hors forfait.

L'alternative change donc de visage.

Soit continuer d'utiliser des moyens « de remplacement » comme nous le faisons et « militer » au plan politique pour l'inscription, l'échelonnement... sans certitude de les obtenir.

Soit passer au forfait maintenant parce que c'est la seule manière actuellement de rencontrer nos critiques... tout en sachant que le forfait n'est pas qu'une réponse négative : il modifiera notre

pratique dans le sens d'une plus grande efficacité et d'une plus grande satisfaction.

Ceci est évidemment un survol rapide et extérieur de la question et, à considérer les équipes travaillant au forfait, nous avons le sentiment qu'il apporte encore bien d'autres choses (ouvertures en santé communautaire, etc.). Nous ne l'avons envisagé que sous l'angle « émiété » de nos critiques au système actuel. C'est par ce bout de la lorgnette que la question s'impose dans notre équipe aujourd'hui.

● Qu'est-ce qu'on attend pour se décider ?

Il suffirait de retourner la lorgnette pour faire le tour de la problématique... Mais l'équipe n'est pas prête à faire le saut du forfait. Pourquoi ?

Passer au forfait remet en question un système qui fonctionne. Il règne dans l'équipe l'intuition que cela impliquerait un rééquilibrage périlleux entre projets individuels et projet collectif. La crainte d'une menace sur notre convivialité et de l'irruption du politique s'ajoutent aux problèmes de communication de groupe pour retarder sans cesse le débat.

Au grand soulagement de tous (?), notre contexte spécifique présente un faisceau d'entraves techniques à passer au forfait sous sa forme actuelle.

La principale : 50 % de notre population active a plus de soixante ans. C'est dire que le nombre de VIPO est insuffisant pour assurer la viabilité financière du forfait à Norman Bethune. Pourtant, n'est-ce pas dans une structure dont 40 % de la population a moins de vingt ans que la prévention et le travail communautaire seraient le plus nécessaires... ●

A propos du paiement à l'acte à la maison médicale du Maelbeek

Le paiement à l'acte est ce qu'il est, avec ses avantages, ses inconvénients et ses contradictions. Il est celui que nous pratiquons actuellement, mais il ne nous définit pas pour autant.

Que permet-il sur le plan de la politique de la santé à l'échelon local ?

Ce qui existe l'est-il grâce à lui ? Ce qui manque, est-ce à cause de lui ?

Un mode de paiement peut-il être rendu responsable de réalisations ou de non-réalisations ?

Nous n'aimons pas les généralisations ; nous avons simplement réfléchi aux niveaux auxquels il nous semble pouvoir intervenir.

Dire que les travailleurs de notre maison médicale fonctionnent uniquement au paiement à l'acte serait erroné si on le conçoit comme un échange d'argent entre patient et prestataire. Ce n'est vrai que si l'on considère le paiement à l'acte de l'INAMI par rapport au travailleur.

Ce mode de paiement a comme avantage que nous le connaissons.

Ce n'est pas (seulement) par immobilisme que nous ne sommes pas (encore ?) « passés au forfait » (serait ce le contraire de « passer à l'acte ? »), mais la balance de nos analyses, contacts et coups de sonde successifs n'a pas jusqu'à présent penché dans un sens favorable à ce nouveau fonctionnement. Loin de nous l'idée de dénigrer l'un pour encenser l'autre.

Le paiement à l'acte, avec possibilité d'adaptation des tarifs (33 % des patients ne paient pas un tarif normal conventionné), et de recours au tiers-payant pour les personnes en difficulté (jusqu'à 20 % de nos actes), voire de gratuité pour les personnes non protégées, nous semble être une garan-

tie de cette **accessibilité** qui nous est chère ; sans être pour autant synonyme à priori d'une image de gratuité qui reste selon nous facteur de déresponsabilisation.

Le risque de **surconsommation** induite par les prestataires par envie de gagner plus ou peur de gagner moins, nous semble être évité par un souci d'autonomie des patients, par un intérêt pour une médecine efficace et efficiente, par une envie de valorisation de nos actes (qui passe par le fait de ne pas appeler acte médical - ou kiné - ou infirmier, ce qui n'en est pas un), et par le fait enfin que nous ne désirons pas augmenter notre quantité de travail. Autodiscipline, autoévaluation et responsabilisation nous semblent être autant de garanties de non multiplication et d'adéquation des actes (ce qui n'est en rien particulier aux maisons médicales).

En ce qui concerne la (sur)consommation en **deuxième ou troisième ligne**, elle dépend plus de

*Bénédict
Roegiers,
médecin
généraliste.*



la fidélisation du patient, de la confiance mutuelle et de la compétence éclairée d'un praticien responsabilisé.

Une des réalités de notre pratique est le recours direct encore trop fréquent aux services de garde des hôpitaux, aux spécialistes et au « changement d'épicerie ».

Le système à l'acte nous semble être une manière plus douce et plus respectueuse de la liberté du patient de faire connaissance avec les avantages de la médecine de première ligne et de la **fidélisation** (surtout pour certaines populations). Il n'empêche pas l'organisation d'une procédure d'inscription pour favoriser cohérence, efficacité et continuité. Mais il empêche actuellement toute évaluation des patients qui vont voir ailleurs, le forfait permettant au minimum un regard sur la désinscription ; d'où la question de transmission du dossier si on ne sait pas que le patient ne vient plus et où il va...

L'éducation à la santé et la prévention sont pour nous d'autres soucis constants. Les intégrer au niveau du colloque singulier ne dépend pas d'un mode de paiement. Tout ce qui déborde ce cadre et n'est donc pas « rentable financièrement » dépend de notre souci de pratiquer une médecine intégrée de qualité, ce qui est facilité par les subsides qu'il nous revient de gérer dans ce sens. Le système au forfait permet probablement de dégager davantage de temps et d'énergie dans ce sens, et à tous les niveaux de compétence.

Les maisons médicales sont encore méconnues pour beaucoup de gens, même politiciens, parfois même confrères.

Cette méconnaissance peut-être source de blocages par simplification ou diffusion de contrevérités. Se positionner actuellement dans un mode de financement connu peut éviter des incompréhensions supplémentaires.

Sans y être indifférents pour autant, nous ne pouvons pas dire que nous sommes actuellement passionnés par la question du mode de paiement. Nous désirons continuer à y réfléchir en lui laissant la place qui lui revient, sans lui demander de faire notre travail ni de répondre à nos questions sur « La Santé, pour qui, comment, pourquoi et avec qui ? ».

●

Dix ans d'expérience du financement forfaitaire

Examen critique des conséquences du mode de financement au travers de l'expérience de la maison médicale de Forest

Nous voudrions, au travers de l'observation et du récit de ce que fut l'aventure du forfait pour la maison médicale à Forest, essayer de tirer des traits probablement communs aux difficultés rencontrées par tous pour progresser dans la voie d'un centre de santé pratiquant réellement des soins de santé primaires, de qualité, c'est-à-dire, accessibles, globaux, continus et intégrés.

Nos équipes ont pour beaucoup d'entre elles connu une période de financement à l'acte, précédant le choix du forfait. Elles peuvent donc témoigner du fonctionnement à l'acte, des attentes mises dans le forfait, des difficultés rencontrées pour réaliser ce passage, ainsi que des modifications induites par ce nouveau mode de financement.

Cette perception est certainement différente pour ceux qui ne connaissent que l'acte et craignent le forfait, ou pour ceux qui ont créé une maison médicale d'emblée au forfait, ou encore pour de plus jeunes praticiens qui sont rentrés dans une équipe qui fonctionne déjà au forfait et qui n'ont pas connu l'acte.

Une équipe très classique au départ

Notre équipe a commencé, comme la plupart, sur une initiative de généralistes et d'une kinésiste.

Tout le monde au départ étant indépendant et bien entendu à l'acte.

C'est le cas de figure le plus fréquent parmi les maisons médicales créées avant 85, bien que certaines équipes ont eu un autre mode de fonctionnement, comme par exemple un pool financier d'emblée.

Cela nous a permis d'observer des caractéristiques de ce fonctionnement et d'expliquer la maturation de notre démarche vers le forfait.

Pour être bref, on pourrait caractériser l'acte comme **un mode de paiement (bien) conçu pour des prestataires isolés exerçant essentiellement des actes curatifs.**

Le paiement à l'acte est centré sur une demande et donc l'épisode de soins. Ceci constitue une qualité,

limitant le risque de surconsommation par la demande du patient. C'est aussi une méthode facile et souple qui individualise le montant de la prestation à la quantité de travail effectué.

Il n'en est pas moins vrai que le seul moyen pour un praticien de modifier ses revenus dans un système où le tarif est fixe, est d'agir sur le volume. Le revenu de chaque praticien est individualisé (c'est lui qui est « honoré » ou rétribué) et favorise l'individualisme et l'absence de partage financier dans une équipe. Ce revenu est continu, au jour le jour, et ne favorise pas la planification et l'évaluation de besoins.

Il privilégie la relation, déjà affectivement forte, avec le « noyau dur » de la patientèle, au détriment de l'attention portée aux « petits consommateurs ». C'est à ce titre un système narcissiquement auto-satisfaisant.

Il ne permet pas d'identifier les limites de la population qui consulte ni de connaître les motifs pour lesquels quelqu'un revient ou ne revient plus, ce qui limite fortement la responsabilité du prestataire en matière de prévention, de fonction de synthèse et de continuité.

Au niveau de l'équipe de soins, il favorise le cloisonnement des disciplines et met en évidence la capacité du généraliste à « absorber » les spécificités des autres professionnels (appelés paramédicaux) en fonction des recettes potentielles (concurrence interne) et donc à médicaliser les problèmes.

Il permet enfin à chacun de fonctionner librement, sur base d'un consensus implicite sur les objectifs poursuivis avec les autres membres de l'équipe. Dans ce cas, la notion d'équipe peut se limiter à la mise en commun de moyens matériels.

L'acte est donc très peu exigeant sur le plan de la structuration interne, ce qui peut être perçu comme un avantage en terme de confort personnel, mais est certainement un handicap en terme d'objectifs. Seul le curatif étant nomenclaturisé et donc remboursé, il y a risque d'inflation dans ce domaine

*Pierre Grippa,
médecin
généraliste*

« Le système à l'acte incite à privilégier les actes remboursés sans qu'ils ne soient nécessairement rentables sur le plan sanitaire... Le caractère ponctuel des services rémunérés est en contradiction avec la notion de continuité ».
M. Van Dormael.

au détriment d'autres fonctions (comme la prévention, la gestion des données et la fonction de synthèse).

Dans notre équipe, le constat le plus sûr était que lorsque la structure est alimentée par des prélèvements sur des honoraires individuels, il est très difficile de sortir du fonctionnement curatif classique.

Toutes les ressources provenant d'une nomenclature de soins curatifs prestés à l'acte par des individus dont cela constitue le revenu, tout investissement dans un projet est, dans ce cas, perçu comme trop cher, ou se faisant au détriment du revenu du travail individuel.

Notre équipe, dans la cohérence de ce mode de fonctionnement, était arrivée à postuler l'autofinancement à l'acte de chaque secteur disposant d'une nomenclature et à minimiser le plus possible les frais d'accueil, de psychologue et de service social, jugés « non rentables » financièrement. La pression mise à la rentabilité pour développer une pluridisciplinarité, et donc à la production d'actes était vécue comme difficilement supportable.

Engager des travailleurs pour réaliser concrètement une équipe pluridisciplinaire capable de fournir des soins globaux, continus, intégrés était dès lors une difficulté majeure.

Première crise de croissance

« Passer d'objectifs implicites à un programme explicite » 1985, année du pool

Face aux limites atteintes dans le développement de la structure dans le cadre du financement à l'acte et des tensions créées entre partisans du développement et partisans du statut quo, (la maison médicale a alors sept ans) l'équipe entreprend alors une réflexion approfondie sur ses propres finalités et parvient à se mettre d'accord sur l'importance de réaliser à côté du « curatif »¹ un travail « non-curatif »² qui était jusqu'alors militant.

Le constat d'un fonctionnement peu collectif et insuffisamment pluridisciplinaire est également fait par l'équipe par rapport à ses objectifs.

La décision est prise par l'équipe de passer au pool financier global, c'est-à-dire de centraliser toutes

les recettes pour les redistribuer ensuite, dans l'optique du passage au forfait au premier janvier 86.

Cette décision me paraît fondamentale, plus encore que le choix du forfait comme mode de financement, parce que, en inversant la circulation de l'argent redistribué depuis un pool global, on crée les conditions pour avoir des marges de manoeuvre pour développer une politique collective explicite.

On rompt avec le sentiment de frustration que génère la ponction répétée de revenus individuels. Par contre, on déplace l'exigence d'une « rentabilité » du niveau individuel au niveau collectif.

La masse financière étant identique les revenus de chacun et en particulier des médecins ont été diminués, non sans difficultés, mais les choix d'engagement de fonctions nécessaires à réaliser des objectifs sont devenus explicites.

Ce passage de l'implicite à l'explicite et l'augmentation de la contrainte sur chacun que constitue l'organisation collective représente un passage de tension voire de crise non négligeable. On peut comprendre que des équipes qui ne fonctionnent pas trop mal dans le modèle décrit plus haut hésitent ou renoncent à passer ce cap difficile qui peut remettre en question la stabilité d'une équipe.

Le passage au forfait

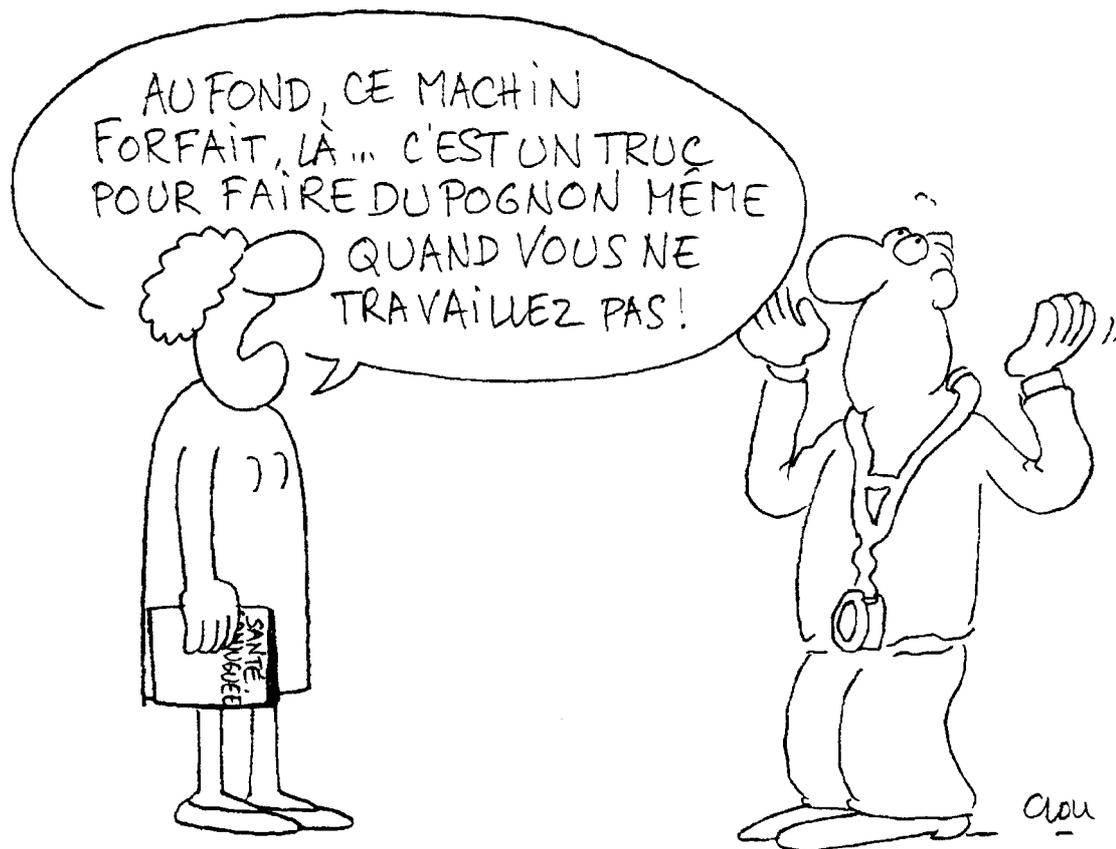
Les avantages théoriques du forfait apparaissent assez clairement.

Un premier argument porte sur l'autonomie du patient. Le malade se trouve en situation de perte d'autonomie par rapport au soignant. Dans le système forfaitaire, l'intérêt du soignant comme du malade est de résoudre ou tout au moins trouver des solutions qui permettent une reprise de l'autonomie. A l'acte, la reprise d'autonomie marque la fin du paiement. Consciemment ou non, cela a une influence.

Concernant le contrôle du coût des soins de santé : au forfait, l'enveloppe est connue et aucune dérive n'est possible, il n'y a pas d'incitant à la surconsommation. A l'acte, si le prix est connu, le

1. Il s'agissait bien évidemment du nomenclaturisé versus non nomenclaturisé dans le jargon de l'époque.

2. C'est-à-dire tout le travail organisationnel, politique, de promotion de la santé, etc.



volume dépend du couple médecin-malade et le système se révèle inflationniste et encourage une surconsommation éventuelle.

A priori, l'acte éviterait toute sous-consommation, l'intérêt du soignant étant de prester un acte. Cependant, ceci n'est que partiellement vrai si on tient compte des problèmes d'accessibilité financière.

Au forfait, il peut exister un risque de sous consommation. Celui-ci est cependant limité par une accessibilité financière maximale (pas d'échange financier lors du contact) et par le contrat qui comprend l'engagement de répondre à la demande de soins.

Le système à l'acte est fortement marqué par la concurrence très vive entre prestataires, particulièrement dans un contexte de pléthore. En témoigne que le détournement de patient est un des délits les plus graves aux yeux de l'ordre.

Au forfait, la pression de la concurrence est moindre parce que l'un ou l'autre désabonnement ne va pas changer beaucoup les recettes globales, mais elle existe car si globalement l'offre de soins est insuffisante les désabonnements vont se multiplier. La notion de satisfaction de l'utilisateur (et non de l'exigence de l'un ou l'autre) est importante.

Le paiement à l'acte n'est pas favorable à un échelonnement optimal, ni au développement d'activités préventives.

Au forfait, l'accessibilité de la première ligne étant maximale la tendance « naturelle » est de passer d'abord par son généraliste. Celui-ci est également incité à faire de la prévention, privilégiant la santé à la maladie.

La délimitation de la population permet de remplir de façon optimale la fonction de synthèse.

Cependant, l'équipe ne visualise que difficilement en quoi l'activité va changer dans la transformation du financement de l'acte au forfait.

L'argumentaire des avantages d'un mode de financement forfaitaire décrit par l'équipe est en gros le suivant :

- le forfait, en sortant de la rigidité curative de la nomenclature favorise la « santé globale » et sa prise en charge intégrée ;
- le forfait permet de travailler plus en fonction d'objectifs à atteindre en terme d'utilité et d'efficacité, plutôt qu'en terme de production. Cette modification permet de revoir des habitudes de fonctionnement et de revoir les contenus des contacts d'une façon différente ;

- la notion de contrat devrait favoriser l'adhésion du patient aux choix de type de médecine que nous souhaitons. Il devrait faciliter une série de notions comme la titularisation et la stabilité de la relation au fil du temps, et donc réduire le nomadisme médical, si défavorable à l'obtention de résultats ;
- le forfait permet de connaître tous les individus composant la population qui se considèrent comme pris en charge par la maison médicale et leurs caractéristiques, et donc de pouvoir s'adresser à eux pour leur proposer activement, sans crainte d'être taxés de racolage, des programmes, par exemple préventifs ou dirigés vers des groupes à risque ;
- la délimitation de la population permet aussi de pratiquer un recueil de données et de faire une micro-épidémiologie locale ;
- pratiquement, on sort d'un financement continu dépendant de l'alimentation (in) constante d'une chaîne de production d'actes, avec les risques de voir la pression du nombre d'actes à produire dénaturer la qualité du travail effectué. Corollairement, de voir des individus aux revenus inconstants devoir se porter garants de financer la croissance et donc des frais fixes en augmentation constante ;
- au forfait, seul compte le nombre de patients inscrits pour assurer le financement de la maison médicale. Celui-ci hormis des mouvements importants d'abonnements ou de désabonnements sera constant. Inversement, le principe de la capitation (paiement par nombre d'abonnés) permet à la population qui serait mécontente de quitter le système et donc de sanctionner la maison médicale qui ne donnerait pas la qualité de service attendue ;
- le forfait permet et exige une plus grande solidarité entre les membres de l'équipe qui prennent leurs distances avec la notion de « clientèle ou patientèle » pour aller vers une prise en charge d'un ensemble qui compose « la population inscrite ». Il faut redéfinir le rapport gain/charge de travail dans un processus où la mesure du travail n'est plus l'acte³. Cette difficulté était particulièrement aiguë chez les médecins peu habitués à mettre en commun revenus et patientèle ;
- dans les relations entre médecins et paramédicaux, outre les qualifications techniques

propres à chaque profession, il permet d'envisager un autre partage des fonctions et une plus grande polyvalence.

Les craintes et les objections au sein de l'équipe étaient les suivantes :

- est-ce que le forfait, liant les patients à une maison médicale, ne limitait pas la liberté de choix du patient : la crainte de voir les patients refuser cette proposition ;
- est-ce que l'absence de ticket modérateur, ou de participation personnelle du patient ne risquait pas d'engendrer (chez le patient) une surconsommation et une désresponsabilisation ;
- crainte aussi que la « gratuité » apparente ne dévalorise nos soins aux yeux des patients, ou que des patients ne se sentent en « dette » vis-à-vis des thérapeutes ;
- le forfait ne couvre que les soins curatifs de médecins, kinésistes, infirmières ; le problème des autres activités et le statut de ceux qui s'en occupent reste entier (pas pire qu'à l'acte, mais pas réellement financé) ;
- crainte de ne pas réussir à expliquer et à faire comprendre ce nouveau système et ses avantages ;
- crainte également de la charge administrative.

Consciente de ces avantages théoriques et malgré les objections, l'équipe choisit donc le forfait comme moyen de financement. Rappelons que le forfait n'a jamais été chez nous un objectif en soi, mais bien un moyen au service des objectifs de constituer un centre de santé intégré.

En bref : **un moyen (mieux) adapté à une équipe recherchant, pour réaliser ses objectifs, un fonctionnement plus collectif et l'intégration des fonctions.**

La date du 1 janvier 86 ayant été fixée, on a procédé d'abord à l'évaluation des moyens nécessaires pour fonctionner (sur base des budgets antérieurs).

A partir de là, connaissant les montants par type d'abonnés AO (assurés ordinaires)/VIPO 75/VIPO 100, et leur répartition dans la population (approximativement 80 %, 10 %, 10 %), il est possible de déterminer le nombre minimal d'abonnés nécessaire pour démarrer le passage au forfait.

L'équipe s'est mobilisée pour se driller à l'explication du forfait et commence six mois avant la date à abonner les patients.

3. Cette redéfinition a pris chez nous initialement la forme d'un tarif horaire et d'une standardisation des durées pour les visites et les rendez-vous. D'autres équipes ont des recettes au forfait et rémunèrent leurs médecins à l'acte. Antinomie?

On se rend compte alors que le groupe de patient le plus facile à abonner est le « noyau dur », c'est-à-dire le petit nombre de patients présentant des problèmes importants et consultant (très) fréquemment. Il en résulte un « trou d'air » financier important.

On aura donc au départ un important biais de recrutement (plus de travail et moins de recettes), la population qui ne consulte qu'épisodiquement, voire pas du tout à certaines périodes, ne rejoignant les abonnés que beaucoup plus lentement. Or le forfait est calculé sur base d'une population qui serait aléatoirement allouée au centre. Ce n'est que progressivement, après plusieurs années que le profil des pathologies se rapprochera (sans jamais l'atteindre) de celui de la population générale.

Cependant, les patients adhéreront rapidement au système et peu nous quitteront à cette époque.

Ce qui a changé

● Pour l'équipe

Le fait de se porter responsable pour l'ensemble des soins médicaux, kinésithérapeutiques et infirmiers nous a obligé à travailler sur l'offre de soins nécessaire (en temps et compétence) et donc sur l'organisation (ouverture de jour permanente, un seul planning des consultations et visites commun à toute l'équipe, garde de nuit et de week-end).

Le financement global de la structure, lié au nombre de personnes prises en charge a fait largement disparaître le clivage rentable/non-rentable (l'accueil, les assistants sociaux, les psychologues ont une évidente fonction « rentable » en terme de service et de soins) et est ressenti comme un financement de toute l'équipe et de ses choix.

Il a permis (et obligé) de développer un important secteur d'accueil, qui est devenu actuellement vraiment une plaque tournante où se gèrent et se travaillent les demandes.

Le forfait met également en valeur l'importance des fonctions psychosociales, et leur rôle dans la sensibilisation et la formation des autres intervenants.

Il nécessite également une infrastructure informatique, et donc des gens pour la gérer, sans avoir de financement lié à cette contrainte.

Le forfait permet de proposer aux travailleurs une

stabilité financière, un statut de salarié et donc une meilleure couverture sociale avec l'élaboration graduelle d'une grille barémique interne.

Sur le plan qualitatif, une réflexion importante a été développée sur les fonctions spécifiques liées à la qualification professionnelle, et les fonctions non-spécifiques, dites polyvalentes partagées par tous, liées aux capacités relationnelles et au décodage de la demande, ce qui nous a amenés à réfléchir en terme de transdisciplinarité.

Ceci est important pour notre spécificité de travailleurs de première ligne. Ce processus est loin d'être terminé et se heurte à des difficultés (diminuer le poids des formations spécifiques, oser mettre en commun)⁴.

Il permet de développer la promotion de la santé par des actions dans les écoles et auprès d'autres associations du quartier.

Il permet par exemple d'envoyer le journal « info-santé » (trimestriel) à toutes les familles abonnées, d'écrire aux plus de soixante cinq ans pour proposer la vaccination anti-grippe ou aux onze/douze ans pour proposer le vaccin anti-rubéole ou anti-hépatite B.

Il nous permet d'implanter une pratique de consensus sur les prises en charge de différents problèmes type par des réunions régulières entre secteurs et de mettre en place un processus continu d'assurance de qualité.

Élément négatif, il existe d'importantes difficultés dans les relations administratives avec les organismes assureurs.

● Pour les soignants

Le principal changement est conceptuel et celui-ci crée des changements de comportement.

La vision de la population abonnée comme un ensemble modifie considérablement la façon de percevoir notre action. À côté de la relation d'aide individuelle toujours présente, la responsabilité collective et donc le sens de démarches adressées à toute la population est devenue inséparable de l'aspect individuel.

Le cadre de travail est devenu à la fois plus

« Le centre de santé doit fonctionner avec une équipe intégrée, ce qui signifie une équipe de travailleurs de santé agissant comme un ensemble polyvalent. Une équipe intégrée se compose idéalement de travailleurs polyvalents qui partagent, selon leurs qualifications, une responsabilité commune pour tous les problèmes de santé de la communauté ».

P. Mercenier

4. Ce travail semble s'effectuer sous le nom de « travailleur collectif » à Seraing par exemple.

sécurisant et plus contraignant. La distance mise entre la fonction remplie et le revenu est à la fois positive en diminuant la pression et négative en ceci que la source du financement est parfois perçue comme allant de soi au détriment du sentiment de responsabilité. On ne peut exclure une dérive vers une « fonctionnarisation ». Ce qui oblige à retravailler constamment les objectifs poursuivis.

● **Sur le contenu des contacts et des fonctions**

Prendre du temps pour se coordonner à l'intérieur comme à l'extérieur est devenu un acte faisant partie intégrante du travail.

Il est devenu normal de se réunir autour d'un dossier, ou chez le patient pour évaluer les moyens à mettre en oeuvre.

Une partie des contacts routiniers (renouvellement de prescription, par exemple) a été diminuée et se gère au téléphone ou depuis l'accueil, au profit de conseils et d'un traitement plus approfondis de la demande et de son analyse.

Des membres de toutes les professions participent aux activités de prévention. Par exemple, des animations de salle d'attente par l'accueil, suivi de

interventions et réunions de consensus.

On est de toute façon loin du cadre restrictif que définissait la nomenclature et nos possibilités se sont considérablement élargies.

Des discussions entre un thérapeute et des familles qui prennent du temps ne représentent plus un obstacle. De même des co-consultations entre plusieurs intervenants avec un patient sont devenues courantes.

● **Par rapport à la population et ses demandes**

Les craintes de surconsommation se sont rapidement estompées, ce qui confirme que la consommation de soins est plus liée à une morbidité qu'à une envie de consommer. Contrairement à l'acte où l'on imagine que c'est le paiement qui régule offre et demande, la régulation se fait ici sans argent. Les mécanismes n'en sont pas évidents mais une négociation entre la demande et le moyen le plus adéquat pour y répondre semble un élément initial des plus importants.

En d'autres mots, on a l'impression (confirmée par les nouveaux abonnés) que dans le système traditionnel, la demande commande l'action qui



familles à risque par les infirmières, campagnes de vaccinations cogérées par les infirmières et les médecins, école du dos pour les kinésistes, etc.

La spécificité des formations reste néanmoins un obstacle à la polyvalence qui s'obtient progressivement par un travail interne de discussions de cas,

débouche sur une solution, tandis que dans le système forfaitaire, le travailleur aborde plus directement la raison de la demande qui va déboucher sur une proposition de solution qui conditionne ou non une action.

L'aspect relationnel et l'accord entre le patient et

son thérapeute semblent devenir l'élément principal, ceci dans le sens d'une prise d'autonomie.

La relation contractuelle avec le patient ouvre une nécessité de dialogue réel, et parfois de confrontation avec les droits du patient.

En tous les cas, l'effet de fidélisation apparaît comme très important puisque la part de désabonnement touche une frange de moins de 10 % par an et a pour motif principal les déménagements. Cela nous donne en général une bonne vision synthétique dans la durée de la problématique des personnes.

Sans régulation financière, nous atteignons 75 % de consultations pour 25 % de visites à domicile. Un point noir est la chronicité de près de 10 % de patients pas en ordre de mutuelle pour lesquels le forfait n'est pas perçu.

La réglementation du forfait semble en général bien comprise et acceptée par les patients.

L'engagement à offrir les soins nous oblige à nous organiser collectivement de façon à avoir une permanence d'accès importante. Il est possible que cela ait finalement un effet négatif sur la titularisation (avoir un thérapeute de référence) qui reste pour nous un objectif important.

En même temps, cela oblige à une meilleure utilisation du dossier santé unique, puisqu'il peut être utilisé à tout moment par un autre, dans lequel sont reportées toutes les interventions de tous les intervenants intérieurs et extérieurs.

On peut également relever les difficultés occasionnées par certaines demandes que nous ne couvrons pas (homéopathie, etc.) et certains besoins (kinésithérapie uro-gynécologique, etc.).

Difficultés également parfois avec les secteurs payants au sein de la maison médicale (psychologue, dentiste, gynécologue, etc.), coexistence pas toujours bien comprise et ressentie.

En conclusion

Après dix ans d'expérience forfaitaire, nous pensons que personne dans l'équipe n'imaginerait de retravailler à l'acte, les changements qualitatifs dépassant les contraintes réglementaires.

Malgré ses limites dues au financement des seuls secteurs médecine générale, infirmières et

kinésithérapeutes, le forfait s'est rapidement imposé comme un financement sûr et stable de toute la structure. Il a permis de prendre conscience de l'importance et de la qualité du travail fourni par tous les intervenants dont l'accueil, le secteur psychologique et le service social font partie intégrante.

La lourdeur administrative et l'aspect peu souple du règlement sont contrebalancés par la dynamique relationnelle qui s'installe entre population inscrite et l'équipe, et au sein de l'équipe. Ces changements pratiques et conceptuels sont difficilement imaginables sans une pratique des conditions du forfait.



Financement à l'acte et au forfait : aspects budgétaires et allocation des ressources

Marc Hombergen, kinésithérapeute, gestionnaire de la maison médicale Essegem.

Pour une maison médicale, travailler à l'acte ou au forfait change fondamentalement la perception des ressources par la structure et implique dès lors une série importante de prises de position, en équipe, sur la manière d'utiliser l'argent perçu.

Dans la plupart des maisons médicales à l'acte, les soignants perçoivent eux-mêmes leurs honoraires, par les paiements des patients, lors des consultations, visites et autres actes techniques. La maison médicale peut, selon les cas, disposer de deux sources de revenus :

- un pourcentage des honoraires de chaque soignant ;
- un fixe, décidé en équipe, pour participation aux frais de la maison médicale.

Notons tout de suite l'aspect fluctuant des rentrées financières de la maison médicale dans le premier de ces deux cas. S'il y a beaucoup de malades, la maison médicale ne rencontrera pas beaucoup de problèmes. Dans le cas contraire, elle pourrait avoir des difficultés de trésorerie importantes.

Dans le système de paiement forfaitaire, les choses sont différentes. Ce sont les patients qui, par leur seule décision de se faire soigner par la maison médicale et la signature d'un « formulaire d'abonnement », apportent à cette dernière une rentrée financière mensuelle, qu'ils soient ou non malades, qu'ils consomment ou non des soins. Ce financement étant payé directement par les mutuelles des patients à la maison médicale. En allant au bout d'une logique financière pure, les meilleurs patients dans le fonctionnement au forfait seraient les patients qui sont en bonne santé et qui ne consomment jamais de soins.

On peut remarquer ici l'aspect régulier des rentrées financières de la structure. La maison médicale envoie le vingt du mois aux mutuelles des factures qui sont payées, pour une grosse part, dans le courant du mois qui suit.

La richesse de la structure est donc liée principalement au nombre de patients abonnés et à la qualité du travail global en équipe.

En résumé : à l'acte, le financement est quotidien et fluctuant en fonction des actes prestés, au forfait le financement est mensuel et stable en fonction du nombre de patients abonnés, indépendamment du nombre d'actes.

Et les chiffres ?

Au-delà de ces idées, qu'en est-il réellement et de manière palpable dans la caisse des maisons médicales ?

La consultation à l'acte d'un médecin se monte depuis le 1 janvier 1998 à 600 Frs, la visite à 720 Frs. Pour les kinésithérapeutes, l'acte presté rapporte 544 Frs. Quant aux infirmières, un soin simple équivaut à la somme de 117 Frs.

Au forfait, la répartition des sommes payées mensuellement par les mutuelles se fait de la manière suivante :

| | Assuré ordinaire | VIPO 75 % | VIPO 100 % |
|-------------------------|------------------|--------------|--------------|
| Médecin | 192 | 431 | 853 |
| Kinésithérapeute | 71 | 259 | 493 |
| Infirmière | 24 | 408 | 1.232 |
| TOTAL | 287 | 1.098 | 2.578 |

Chiffres INAMI (avec médecins recyclés) exprimés en francs belges.



Ces montants peuvent être influencés par la composition de l'équipe de la maison médicale. Si des médecins non recyclés y sont présents, les chiffres sont légèrement moins élevés.

Sans entrer dans le détail, on pourrait rapidement penser que le forfait est un système invivable de par la pauvreté de certains montants. Les 192 Frs par mois pour le pôle médecin pour un assuré ordinaire, en les comparant au paiement à l'acte, ne sont même pas équivalents à une seule consultation ou une seule visite sur le mois.

Ne parlons pas des dérisoires 24 Frs pour les soins infirmiers.

Et pourtant, le forfait peut être viable pour la maison médicale par le fait que le nombre d'abonnés à la structure n'est jamais équivalent au nombre de consommateurs de soins de cette même structure. Et heureusement... Il s'agit donc d'une nouvelle solidarité entre les patients. Les sous-consommateurs de soins apportent à la maison médicale des rentrées financières qui peuvent être utilisées pour les personnes plus malades.

Pour aller plus avant dans les chiffres, voici un exemple concret. Une maison médicale qui a abonné au forfait 3.575 patients dont 30 % de VIPO (75 ou 100 % confondus) envoie aux mutuelles une facture mensuelle qui tourne aux alentours de deux millions deux cent mille Francs.

Réalisons un calcul précis de comparaison entre les deux systèmes. Si l'on tient compte de la partie « médecin » de la facture uniquement, 3.575 abonnés (s'ils étaient tous assurés ordinaires) rapporteraient à la maison médicale la somme de 686.400 Frs pour un mois. Ces mêmes 686.400 Frs nécessitent, dans le fonctionnement à l'acte, la réalisation de 1.144 consultations soit 54 par jour si l'on tient compte de vingt et un jours ouvrables.

Il n'est pas certain que la maison médicale au forfait réalisera moins de cinquante quatre actes mais ils pourront être répartis autrement, partagés entre différentes fonctions et concerner d'autres aspects de la santé : prévention ou éducation pour la santé.

Au-delà de la simple logique arithmétique, il faut constater que la maison médicale au forfait, percevant une somme mensuelle importante, sera amenée à faire des choix sur l'utilisation de ces fonds. La répartition des montants perçus n'est en effet pas séparée par fonction. Les entrées infirmières peuvent servir pour les médecins et inversement. Ou encore pour d'autres objectifs décidés en équipe. Et c'est ici que l'on peut noter une facilité relative, pour les maisons médicales au forfait, de mettre en place une structure mieux adaptée à son fonctionnement (accueil, informatique,...) et des programmes de promotion de la santé ou de prévention plus cohérents.

Financement à l'acte et au forfait : aspects budgétaires et allocation des ressources

Examinons en détail une répartition financière d'un mois particulier, tout en précisant que chaque maison médicale réalisera des choix différents et autonomes en fonction de son histoire et de ses règles de fonctionnement propres.

| Dépenses | |
|--------------------------------------|------------------|
| Frais de fonctionnement | |
| Loyer | 111.791 |
| Charges diverses | 185.083 |
| Leasing | 50.000 |
| Assurances | 10.833 |
| Frais déplacement et formation | 33.333 |
| Fournitures de bureau | 49.167 |
| Nourriture réunion | 8.333 |
| Entretien et réparation du matériel | 16.667 |
| Reproductions / photocopies | 20.833 |
| Public./revues, centre documentation | 4.167 |
| Aide aux patients | 4.167 |
| Frais de personnel | |
| Personnel administratif | 384.056 |
| Gardes | 80.167 |
| Médecins | 747.233 |
| Kinésithérapeutes | 303.018 |
| Infirmières | 173.583 |
| Dentistes | 177.083 |
| Gestion sociale | 4.583 |
| Logopèdes | 68.750 |
| Assistant social | 7.083 |
| Psychologue | 5.000 |
| Femme ménage | 37.500 |
| Architecte | 0 |
| Réunions | 10.917 |
| Frais divers | |
| Cotisation Fédération | 22.463 |
| Produits pharmaceutiques | 4.167 |
| Accessoires petit matériel | 12.500 |
| Remboursements soins externes | 18.000 |
| Comité de patients | 2.917 |
| Taxes | 417 |
| Intérêts sur prêt | 2.400 |
| Frais de banque | 6.250 |
| Petit matériel dentistes | 15.000 |
| Total: | 2.577.460 |

Comme nous pouvons le voir dans cet exemple concret, une série de choix ont été opérés par cette équipe. Des choix de fonctionnement qui comprennent la prise en charge de l'ensemble des frais liés aux activités de la structure mais aussi

des choix plus philosophiques en fonction du vécu de l'équipe.

On y voit par exemple la prise en charge de frais de formation (400.000 Frs pour l'année), l'ouverture d'un budget pour l'aide aux patients en difficulté financière, l'engagement sur fonds propres de logopèdes suite à la forte demande pour ce type de prise en charge, le paiement de réunions d'équipe, le soutien financier à un Comité de patients.

Et enfin, pour ne pas dire surtout, la prise en charge d'un important personnel administratif (secrétaires-accueillantes, gestionnaire, administratif,...). Ceci donne à l'équipe les moyens de fonctionner dans des conditions optimales et de centrer son activité sur les soins aux patients et sur le travail préventif et d'éducation pour la santé. Ceci participe aussi à la création d'emploi ce qui, aujourd'hui, n'est pas à dédaigner.

Les choix de cette équipe ne seront pas les choix d'une autre, ailleurs à Bruxelles ou en Wallonie.

Nous parlions de la facilité pour une structure au forfait de mieux adapter son équipe à ses objectifs. Cette facilité restera relative car, quel que soit le système de financement choisi, il sera toujours tributaire des hommes qui l'utilisent et de la volonté qu'ils dépensent à la mise en place d'objectifs de santé de qualité à côté des objectifs financiers.

P.S. : La Fédération des maisons médicales se tient à la disposition des praticiens (isolés, en groupe et en maisons médicales) pour affiner des calculs financiers relatifs à un passage éventuel au système de paiement forfaitaire. ●



de santé primaires au
FORFAIT

Le forfait au regard de la qualité des soins

Le choix d'un mode de financement adéquat pour rencontrer un ensemble de critères de qualité de la pratique nous a orienté vers le forfait à l'inscription :

- L'accessibilité financière : elle est optimale pour l'ensemble de la prise en charge, à l'exclusion des actes techniques mais qui facturés en tiers-payant ne constituent pas un obstacle ;
- La globalité : elle est partiellement renforcée par le fait que le forfait concerne les acteurs INAMI de la santé ; la concertation des médecins et paramédicaux autour de la prise en charge est de ce fait suscitée. La pluridisciplinarité avec les travailleurs psychosociaux n'a pas pu être formellement encouragée dans la mesure où ils ne relèvent pas de la compétence de l'INAMI.

Le forfait est un montant alloué mensuellement à la maison médicale et l'obligation de gestion de cette somme par l'institution la contraint à en définir l'usage le plus opportun à rencontrer les besoins de la population inscrite.

C'est aussi un facteur favorisant des stratégies de prise en charge : l'analyse des comportements des travailleurs des maisons médicales vis-à-vis des hospitalisations, des prescriptions de biologie ou d'imagerie confirme que le forfait, par le renforcement d'une gestion rationnelle de la démarche diagnostique et thérapeutique, est un outil d'efficacité accrue (près de cent millions de non dépense pour les cinq centres évalués par l'INAMI régulièrement depuis plusieurs années).

L'inscription est un **outil de santé publique** : elle permet de savoir à chaque moment quelle est la population prise en charge, quel est son profil, quels sont ses besoins. Cette délimitation de la population en charge permet de s'adresser à elle pour rappeler des échéances de démarches préventives ou de suivi, pour assurer un recueil de données.

A l'inverse, l'inscription délimite une population qui n'est pas nécessairement partagée par d'autres institutions et à propos de laquelle la collaboration n'est pas nécessairement facilitée par les modalités réglementaires du forfait.

L'inscription est une **formulation de contrat explicite** avec le patient : il sait ses droits et devoirs. Son choix s'exerce en toute liberté et en toute connaissance vis-à-vis d'un système et vis-à-vis de prestataires. Le même raisonnement contractuel vaut pour le médecin et les professionnels. Le forfait supprime la transaction financière et conduit

à trouver de nouveaux modes de transactions, éducatifs ou citoyens par exemple. La participation responsable des individus est par ce biais largement renforcée.

La nature de l'acte est complètement modifiée dans le cadre du forfait ; dès lors les comparaisons deviennent boiteuses, le décloisonnement curatif/préventif est facilité. Ce décloisonnement vaut dans la prise en charge des individus et l'intégration d'une approche préventive à l'intervention curative ; elle vaut aussi dans les possibilités accrues de participation à des programmes communautaires de promotion de la santé. Le mobile devient la bonne santé et donc les rythmes et choix d'interventions sont considérablement modifiés.

Le système pourrait faire craindre des abus de consommation. Les chiffres sont là pour montrer que lors du passage d'un centre au forfait, la consommation des soins grimpe de quelques pourcents pendant les trois à six premiers mois pour se stabiliser ensuite, voir dans certains cas se réduire. Il s'agit pour les usagers de vérifier si le non-paiement des prestations maintient une qualité de services équivalents.

La libération par rapport au financement de la prestation à l'acte permet aux généralistes et aux paramédicaux d'exercer leur activité professionnelle avec davantage de souplesse, et d'adaptabilité, c'est-à-dire d'être au plus près de la situation particulière, de personnaliser leur démarche en fonction du sujet qui les interpelle et du contexte dans lequel se vit l'épisode.

Le mode de paiement forfaitaire à l'inscription n'est qu'un outil au service de certains critères de qualité des soins de santé primaires. Il empêche déjà moins que le paiement à l'acte de rencontrer les objectifs que de plus en plus largement nous assignons à la pratique moderne de la médecine générale.

Il reste que le forfait est fait pour couvrir la prise en charge curative des patients qui ont recours aux médecins généralistes, aux infirmiers et kinésistes et en principe pas pour d'autres tâches !

Paradoxalement, ce système qui, dans le contexte libéral actuel paraît plus contraignant et pour les patients et pour les prestataires offre peut-être plus de liberté aux thérapeutes et à la société une dimension contractuelle nouvelle pour la santé. ●

Jacques Morel,
médecin
généraliste

Forfait et économie en deuxième ligne

*Pierre Drielsma,
médecin
généraliste*

Une des critiques souvent exprimées à propos du système forfaitaire en première ligne est la référence excessive en deuxième ligne. Cette prévision se base sur l'hypothèse économiste que chaque agent cherche à maximiser son profit. En d'autres termes, les soignants forfaitaires (capitation) ont des revenus qui dépendent du nombre d'inscrits, ils vont chercher à faire **croître le nombre d'inscrits** (ce qui est en général observé au moins dans une première phase), quoique beaucoup de maisons médicales se fixent un maximum pour conserver une convivialité à laquelle elles tiennent. De plus, ces soignants « rationnels » vont chercher à minimiser le nombre d'actes prestés par inscrit. Une des techniques possibles pour réaliser cet objectif peu vertueux, c'est de renvoyer les patients en deuxième ligne pour des choses que l'on pourrait faire soi-même aussi bien et à moindre coût.

Il semble que dans les pays qui connaissent la capitation majoritaire en première ligne (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Danemark,...) ce genre de phénomène puisse se produire.

Lors de la première demande de revalorisation du forfait, les maisons médicales avaient affirmé

contre toutes attentes réaliser des économies en deuxième ligne.

A vrai dire, il s'agissait d'une pétition de principe. Nos espoirs se basaient sur notre pratique antérieure au forfait. Nous pratiquions des hospitalisations à domicile, des soins palliatifs, notre pratique globale devait diminuer les hospitalisations « sociales », nous rédigeons des demandes d'examen complémentaires moins irrationnelles que la moyenne de nos confrères.

Une première évaluation des hospitalisations de la maison médicale de Seraing avait eu lieu en 1986 avec la collaboration de M. Praet actuellement directeur à l'INAMI.

Nous ne disposons pas actuellement de ces chiffres historiques mais ils étaient favorables à nos thèses. Ensuite, nous avons connu une évaluation couvrant les années 1988, 1991, 1992, 1993 ; nous sommes en attente de l'évaluation chiffrée 1995 (il y a donc plus de deux ans d'écart entre l'enregistrement et la publication des données).

Les chiffres qui suivent concernent les **jours moyens d'hospitalisation** (soit l'utilisation hospitalière moyenne d'une population donnée), ce qui doit se comprendre comme le nombre de jours d'hôpital, par an et par habitant (ou par inscrit). On utilisera aussi le **taux d'admission** qui enregistre le nombre d'entrées à l'hôpital par an et par habitant (ou inscrit). Ce qui signifie que si le taux d'admission est de 0,2 alors vingt admissions ont lieu pour cent personnes sur une année.

Il existe un lien entre taux d'admission et jours moyens d'hospitalisation (ou taux d'hospitalisation), c'est la **durée moyenne de séjour**.

Ce qui permet d'établir que

$$\begin{aligned} & (\text{taux d'admission} \\ & \times \text{durée moyenne de séjour}) \\ & = \text{jours moyens d'hospitalisation} \end{aligned}$$

Par exemple, si le taux d'admission est de 0,2 et la durée moyenne de dix jours, alors le nombre de jours moyens d'hospitalisation est de 2 (0,2 x 10).

Sur le plan méthodologique, on observe que la comparaison est tantôt faite avec les provinces, tantôt avec le pays ce qui est regrettable. Comme le règlement

prévoit une comparaison au niveau fédéral, le pays est le seul point de comparaison actuel reconnu.

Le premier graphique montre que la plupart des maisons médicales se trouvent sous le niveau Belgique, seule la maison médicale de Liège-Passerelle est largement au-dessus.

Les taux d'admission (entrée à l'hôpital) ne montrent pas d'anomalie particulière, toutes les maisons médicales se trouvent sous la moyenne fédérale. En particulier, on observe que la maison médicale la Passerelle présente un taux d'admission en baisse, alors que son nombre de jours augmente. La maison médicale de Linkebeek se distingue par des taux très bas qui s'expliquent par une composition sociale plus favorable.

La réponse est donc à trouver dans la **durée moyenne de séjour** qui est très élevée pour cette maison médicale.

Ces constatations entraînent une chute de l'économie pour moindre hospitalisation, phénomène qu'on n'observe pas pour la biologie et l'imagerie.

Avant tout commentaire, il est important de préciser que les chiffres 94 sont encore au conditionnel. D'autre part, le nombre de maisons médicales concernées par l'évaluation ne fait que croître. Ce qui à la fois devrait théoriquement augmenter les économies en deuxième ligne, mais accroît aussi l'hétérogénéité du groupe des maisons médicales au forfait. Enfin, les chiffres des mutuelles sont parfois fluctuants. Il est embarrassant de subir une évaluation sans pouvoir suivre finement le processus de fabrication des chiffres.

Nous avons déjà expliqué dans d'autres pages que les médecins généralistes ont un meilleur contrôle sur les dépenses de bio-imagerie (surtout biologie clinique d'ailleurs). Le contrôle sur l'hospitalisation est bien moindre. Il va de soi que les médecins généralistes peuvent freiner un certain nombre d'admissions intempestives. Mais les choix de gardes peuvent représenter une véritable passoire. L'hospitalisation parapluie existe aussi en maison médicale.

Forfait et économie en deuxième ligne

Un autre point, c'est la durée de séjour. Notre expérience collective à la maison médicale de Seraing nous enseigne que, sans un passage répété auprès des médecins hospitaliers pour discuter de l'indication d'un maintien à l'hôpital, la durée de séjour dépasse souvent la stricte utilité diagnostique et thérapeutique. Il n'est pas exclu non plus que la croissance en taille de nos maisons médicales ait diminué notre disponibilité pour cette action et d'autres préventions d'hospitalisation.

Le premier graphique montre une hospitalisation dans les services généraux qui est satisfaisante, toutes les valeurs des maisons médicales sont inférieures à la moyenne nationale.

Certes il existe des fluctuations statistiques dans les chiffres des maisons médicales mais elles s'expliquent aisément par le petit nombre d'inscrits dans les maisons médicales par rapport au dix millions de bénéficiaires de l'assurance (INAMI).

La séparation entre l'hospitalisation psychiatrique et l'hospitalisation générale permet d'observer que les maisons médicales ne dépassent la moyenne fédérale que pour ce type d'hospitalisation. On connaît le lien très puissant qui existe entre niveau social et pathologie mentale (a fortiori hospitalisation). Ce sont bien les cas sociaux qui génèrent un tel surplus. La maison médicale la Passerelle accroît sa spécificité en la matière. Mais nous devons constater que la plupart des maisons médicales flirtent dangereusement avec la moyenne fédérale.

Le cas de la maison médicale de Liège est particulier : cette maison médicale collabore activement avec des services de réinsertion psychiatrique

(Siajef, petites maisons). Il s'agit de patients qui connaissaient une hospitalisation permanente (ils étaient ininscriptibles), ils sont sortis hors les murs et subissent de fréquentes réhospitalisations. Ce qui conduit au paradoxe suivant : la maison médicale la Passerelle a contribué à faire baisser le taux d'hospitalisation en Belgique (donc elle a réalisé des économies de deuxième ligne) mais comme ces patients deviennent inscriptibles et sont inscrits, ils donnent l'impression d'une surhospitalisation, alors que c'est le contraire.

Ce graphique un peu touffu permet de mettre en évidence ce qui se passe : nous devenons progressivement négatifs pour l'hospitalisation psychiatrique (delta psy), ce qui peut entraîner à terme une négativation globale. Il est remarquable qu'en maison médicale l'hospitalisation en psychiatrie pèse plus lourd que la générale ce qui n'est pas le cas de la Belgique. En Belgique, la chute d'hospitalisation est égale pour les deux hospitalisations. Pas en maisons médicales.

Conclusion

On peut se poser la question de savoir si les économies induites l'étaient par la pratique forfaitaire ou par la pratique de groupe (plusieurs médecins) ou d'équipe pluridisciplinaire.

Quand on observe des économies en deuxième ligne, il est toujours difficile de savoir ce qui est en cause.

Cependant l'évolution des dépenses induites comme les résultats des profils de biologie clinique, nous permet de répondre à cette question :

- en matière d'hospitalisation de nombreux paramètres sont hors du contrôle des maisons médicales. En particulier, la standardisation des situations sur le terrain (structure de patientèle, modalité de prise en charge psychiatrique) est impossible. Nous devons obtenir de la commission du forfait une autre approche de l'évaluation que le taux d'hospitalisation tous services confondus. Par contre, les hospitalisations dans les services généraux semblent plus satisfaisantes, nos taux d'admission sont sensiblement plus bas, ils ont même, çà et là, tendance à baisser alors que les taux en Belgique montent.

en ce qui concerne la biologie clinique ce n'est pas tant le forfait à la capitation lui-même, qui nous semble en cause, mais plutôt l'article 4 qui prévoit une revalorisation de 10 % du montant en cas d'économie.

Les médecins des maisons médicales forfaitaires ont reçu une formation complémentaire concernant la prescription de biologie clinique (guide critique des analyses), ils ont même reçu des embryons de « guidelines » pour le dépistage tout-venant et le symptôme de fatigue inexplicquée (sans signe d'appel). Ils ont ainsi pu abandonner le contrôle des T3* et T4* pour la TSH* seule, larguer l'urée et l'acide urique (hors pathologies associées), demander le cholestérol seul, garder la TGP** et abandonner la TGO**, pratiquer la méthode de la demande différée (attendre une première vague de résultats avant d'en demander d'autres sur sérum conservé si nécessaire).

Les résultats évalués en région liégeoise sur base des profils INAMI ont montré que les prestataires se concentraient dans le premier décile (les 10 % les moins prescripteurs). Les modifications de prescription ont été importantes et la standardisation des pratiques fût très efficace.

**T3, T4, TSH = dosages hormonaux pour contrôler la fonction thyroïdienne.*

Un point qu'il ne faut pas négliger, c'est le patient : la structure d'une demande d'analyse permet de ne cocher qu'un petit nombre d'items tout en satisfaisant le souhait parfois mal étayé d'un patient.

***TGP, TGO = dosages d'enzymes pour contrôler le foie.*

Pour l'imagerie, la situation est intermédiaire, et assez complexe, les techniques évoluent très vite. Les techniques les plus fiables et les moins iatrogènes sont parfois aussi les plus chères (IRM*** de genou).

****IRM = résonnances magnétique nucléaire*

Quoiqu'il en soit, nos chiffres sont explicites et manifestent un esprit critique éveillé vis-à-vis de la technologie. ●

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

Introduction

Depuis plus d'une dizaine d'années en Belgique, quelques équipes de la Fédération francophone des maisons médicales fonctionnent dans un système de financement forfaitaire. Ce système, prévu explicitement (mais sur des bases essentiellement théoriques) dans la loi de 1963 régissant le fonctionnement de l'INAMI* n'avait jamais été appliqué au niveau primaire.

Aux niveaux spécialisés par contre, certaines expériences de ce type avaient été essayées dans le cadre de quelques structures hospitalières populaires (comme les hôpitaux socialistes du Hainaut-Borinage, une région où la culture ouvrière est traditionnellement très forte) ou dans celui de certaines institutions prenant en charge de façon originale des problèmes de santé spécifiques (par exemple le Centre William Lennox pour l'épilepsie). Ces expériences n'avaient pas toujours été concluantes, malgré la pauvreté de leurs évaluations, et certaines avaient été arrêtées de façon assez abrupte.

Le forfait porte donc souvent en lui l'image négative d'un système rigide, étatiste, ne pouvant s'appliquer que dans des conditions exceptionnelles, souvent non viable (et non fiable) sur le plan financier, une image encore renforcée par la culture médicale traditionnelle, à l'acte et libérale, dans laquelle une certaine « liberté inconditionnelle » sert souvent de facteur humain (patient ou dispensateur) repoussoir à toute solution alternative, même plus logique, même plus juste.

Pourtant, chaque année, de nouvelles maisons médicales (francophones et néerlandophones) passent du système à l'acte au système forfaitaire (actuellement, il y en a une bonne vingtaine), et jamais, aucune d'entre elles n'a voulu ou n'a dû refaire le chemin inverse, prouvant par là, au moins, la faisabilité, la réalité d'existence et le développement continu de ce mode de financement.

Pourtant, à l'étranger, le système des enveloppes est partout favorisé et présenté comme une des solutions sinon « la » solution au problème

apparemment généralisé de l'inflation multiplicative non contrôlée (et non contrôlable dans les systèmes financés à l'acte) du coût des soins de santé.

Il est dommage que ce soit cette vision partielle et exclusive de « cost containment » qui apparaisse lorsqu'on examine le système forfaitaire et qu'on le compare au système à l'acte, et ceci, même s'il est vrai que des enveloppes bien calculées et bien définies en fonction d'objectifs de santé clairs et précis constituent un des éléments importants d'une politique de santé (et pas seulement de soins) qui veut promouvoir la qualité et l'équité. Le présent article tentera d'examiner et de comparer les différents systèmes forfaitaires à l'échelon international en prenant plus spécialement l'exemple de la Belgique.

Matériels et méthode

Une recherche bibliographique a été effectuée à partir de la base de données Medline sur différents moteurs de recherche d'accès gratuits du World wide web d'internet :

Medscape : site <http://www.medscape.com/> ;
Healthgate : site <http://www.healthgate.com/HealthGate/MEDLINE/search.html>, et surtout celui de la NLM (National library of medicine), qui est devenu l'outil de référence en cette matière : site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.

Les mots clés suivants (termes MeSH medical subheadings) ont été utilisés :

- capitation payment & capitation fee ;
- fees, medical ;
- primary care & primary health care/organization, economics & administration ;
- family practice & family medicine ;
- health resources/supply & distribution ;
- quality of health care ;
- physicians/supply & distribution ;
- financing, organized.

croisés avec différents noms de pays : Belgium, Canada, Denmark, France, Great Britain, Italy, Netherlands, Norway, Sweden, United States.



Michel Roland,
*Fédération des
maisons
médicales,
groupe recherche.
Ecole de santé
publique ULB,
unité de socio-
épidémiologie,
groupe MF&SP
médecine de
famille et soins
primaires
CUMG ULB.*

**INAMI = Institut
national de
maladie et
d'invalidité : la
structure fédérale
coordonnant les
différents
organismes
assureurs
payeurs
d'origine privée
et politique.*

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

Résultats

Neuf cent soixante six références ont été collectées, dont cinq cent trente quatre pour les cinq dernières années. Celles qui ont été jugées les plus intéressantes (critères habituels de lecture critique) ont été reprises pour constituer une bibliographie exhaustive.

D'autres critères d'intérêt ont aussi été choisis, ne tenant pas seulement à la qualité de la publication, mais prenant en compte son originalité, son abord de la faisabilité et des potentialités de développement du système forfaitaire, son centrage sur l'aspect concret et l'évaluation des expériences, sur la transposabilité internationale, etc. Ce sont ces articles qui ont servi de trame à la présente publication et qui constituent la bibliographie spécifique. La méthode utilisée est celle du rapport d'expériences ou de situations concrètes dans divers pays plutôt que de la description détaillée des systèmes de financement des soins de santé dans ces pays.

Une curiosité majeure s'est évidemment dirigée sur les articles publiés en Belgique. Il n'y en a que très peu. Deux articles^{1,2} ont donc été sélectionnés malgré leur ancienneté et le fait que le premier ne soit pas indexé dans Medline, mais qui ont la qualité (trop rare dans cette revue de littérature) d'aborder des aspects plus qualitatifs du système forfaitaire. Ceux-ci seront d'ailleurs développés à une échelle un peu plus large pour notre pays.

● Belgique

La situation de la Belgique par rapport au système de paiement forfaitaire à la capitation présente au moins quatre caractéristiques exceptionnelles :

- son point de départ sous forme d'expériences limitées pilotes par quelques centres de soins primaires privés (les maisons médicales francophones) sans aucune initiative publique préalable ;
- un environnement collégial franchement hostile (les maisons médicales portent en effet une image de radicalité et de politisation qui, dans les faits, traduit plutôt une volonté de se démarquer par la praxis de la culture médicale traditionnelle en ne refusant pas, a priori, les implications politiques éventuelles de cette nouvelle praxis) ;
- un centrage constant sur l'assurance et sur le développement de la qualité ;

- un forfait multisectoriel d'emblée (médecine générale, soins infirmiers et kinésithérapeutiques) pour reconnaître la réalité d'un travail pluridisciplinaire, global, continu et intégré.

Les premières maisons médicales sont passées au financement forfaitaire il y a une dizaine d'années mais après un long temps de réflexion¹, puis de conceptualisation et d'élaboration, et enfin de négociation avec l'INAMI. La réflexion a abouti à construire un gros document de référence³, encore largement utilisé aujourd'hui, définissant les critères de qualité des soins primaires ainsi que les fonctions du centre de santé intégré pour réaliser ceux-ci.

Après une analyse critique de la situation existante, il est apparu essentiellement deux facteurs limitant la réalisation des critères de qualité et des fonctions primaires : l'éducation médicale et le système de financement à l'acte. C'est dans ce cadre conceptuel que le système de capitation forfaitaire a été imaginé puis mis en place : « *L'abonnement est en effet une des alternatives possibles au paiement à l'acte. Il a l'avantage de lier la rémunération de l'équipe au nombre de personnes plutôt qu'au nombre de prestations, et d'avoir recours à un contrat qui délimite la population et définit le droit de regard des abonnés sur le fonctionnement de l'équipe. On peut en attendre qu'il incite l'équipe à une plus grande efficacité globale, et qu'il lui permette un plus grande souplesse d'adaptation dans le choix de ses moyens de travail. Il maintient et accentue même le contrôle potentiel des usagers*³ ».

On pourrait ajouter qu'il favorise encore potentiellement bien d'autres critères de qualité :

- le travail pluri- et interdisciplinaire ;
- l'intégration du curatif au préventif et à la promotion de la santé ;
- la mise sur pied de filières de soins préférentiels (échelonnement) ;
- la continuité des soins ;
- la relation soignant - soigné dans le cadre d'un contrat formel avec droits et devoirs de chacune des parties (voir Tableau 1) ;
- la fonction de synthèse par un médecin de famille de référence désigné par ses patients ;
- la tenue d'un dossier médical général centralisé, ébauche d'un véritable système d'information des données de santé dont l'intérêt est évident pour l'épidémiologie, la santé publique et la

décision politique, le développement général de la qualité, l'évaluation, l'enseignement, etc.

Le tableau, dont plusieurs éléments sont déjà réalité aujourd'hui dans les maisons médicales au forfait, montre un exemple de relations contractuelles patient - médecin dans un cadre tripartite plus large (patient - médecin - organisme assureur) avec inscription et paiement à la capitation du praticien, ébauche d'une politique de santé réellement centrée sur la première ligne, à visée de qualité globale.

Depuis le passage de la première maison médicale au système de financement forfaitaire en 1986, plus d'une vingtaine ont suivi, ce qui n'est sans doute pas beaucoup. Mais les limites à son développement plus rapide sont présentement assez clairement identifiées^{2,4} :

- un manque de soutien politique clair à une véritable réforme du système de santé qui renforcerait la première ligne ;
- un environnement médical resté frileux sinon franchement hostile, campé sur des positions classiques hospitalo-centristes et sur un credo de l'acte et du danger de la surconsommation des patients qu'il faut limiter à chaque contact par une participation personnelle et l'interdiction du tiers-payant ;
- une réticence à l'évaluation (quantitative et qualitative) que les maisons médicales demandent depuis longtemps dans le cadre de ce qu'il faut encore bien considérer comme une expérience pilote vu sa faible implantation ;
- un calcul du montant de la capitation assez grossier qui ne distingue que trois catégories sociales, et qui néglige l'essentiel des paramètres de morbidité, démographiques et socio-économiques prédicteurs de la charge de travail des prestataires de soins ;
- un manque complet d'incitants à son développement sous le couvert d'une nécessité de symétrie totale de moyens entre le système à l'acte et le système au forfait, alors que celui-ci est bridé par un règlement rigide, donc défavorable, qui veut assurer à toute force l'étanchéité entre les deux systèmes ;
- la structure institutionnelle de la Belgique qui éclate les compétences et qui empêche un financement intégré des maisons médicales (curatif, préventif, promotion de la santé) ;

Droits du patient

- bénéficiaire d'une relation privilégiée (référence santé) ;
- bénéficiaire de la permanence (gardes) et de la continuité (suivi dans le système) des soins ;
- bénéficiaire d'une information pertinente sur sa situation santé ;
- bénéficiaire d'une réduction de sa participation financière personnelle.

Droits du médecin

- percevoir une rémunération forfaitaire ;
- bénéficiaire d'un dossier testé et validé ;
- bénéficiaire de formation à la gestion des données et à la communication ;
- bénéficiaire d'informations systématiques sur les standards de qualité (guidelines).

Devoirs du patient

- choisir un médecin de référence ;
- s'adresser à lui en première intention, sauf urgence ;
- signaler l'existence du médecin de référence aux spécialistes consultés ;
- alimenter son dossier centralisé.

Devoir du médecin

- tenir un dossier patient centralisé ;
- assurer la fonction de synthèse ;
- assurer la permanence et la continuité des soins ;
- assurer la transmission des données pertinentes lors des références ;
- transmettre le dossier lors d'un transfert de contrat ;
- informer le patient de sa situation santé.

Tableau 1 : Exemple de contrat patient - médecin dans un système de capitation.

- le manque de formation des acteurs au travail pluridisciplinaire en équipe.

● Canada

Comme beaucoup d'autres pays à partir des années 90, le Canada (simultanément au niveau fédéral et au niveau provincial) s'est mis à chercher des moyens efficaces pour réduire les dépenses consacrées à la santé sans mettre en danger ni l'accès ni la qualité des soins.

Une équipe de recherche a imaginé théoriquement, modélisé puis proposé un nouveau système : le « système de prestation intégrée du Canada (SPIC) »⁵, un réseau d'organisations de soins de santé qui fournirait des services continus et coordonnés à une population définie (ou qui prendrait des mesures pour le faire) et qui devrait rendre compte sur les plans cliniques et budgétaires des résultats sur l'état de santé de cette population.

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

Un SPIC servirait de cent mille à deux millions de personnes et les soins qu'il fournirait seraient financés par capitation. Les fournisseurs auraient des incitations financières claires à réduire les coûts

l'exclusion ou au détriment des autres, une ébauche douce de « managed care » en quelque sorte.

● Danemark

Le type de rémunération des professionnels de santé, dans la mesure où il influence le comportement de ceux-ci, est évidemment un puissant instrument aux mains des décideurs pour conduire une politique, sans contrainte directe, mais en agissant par incitants facilitateurs ou freinateurs^{6,7}.

L'objectif déclaré d'un grand nombre de politiques de santé nationales est d'arriver à une diversion des patients à partir du niveau spécialisé vers les soins primaires⁸ (réorientation des flux de patients). Un grand débat s'est fait jour depuis longtemps dans les systèmes de santé qui fonctionnent avec un financement à la capitation en première ligne sur son effet négatif dissuasif, pouvant conduire à une diminution des interventions au niveau primaire au profit de références plus fréquentes vers le niveau spécialisé⁹. En effet, le principe même de la capitation forfaitaire est que le dispensateur perçoit un montant fixe de rémunération, indépendamment du nombre et de la nature des actes prestés (intellectuels ou techniques).

Si on a démontré⁶ que les soins préventifs et que la qualité de la continuité est améliorée, le risque existe simultanément d'une sous-production d'actes, particulièrement des procédures curatives complexes ou qui prennent beaucoup de temps, dans la mesure où les praticiens n'ont aucun incitant pour traiter leurs patients eux-mêmes (sinon leur compétence et leur éthique). En effet, un taux (trop) élevé de références n'aura aucun impact péjoratif sur les revenus mais diminuera par contre le temps de travail global.

Plusieurs expériences sous forme de recherche action ont donc été menées en différents lieux, avec l'idée toujours sous-jacente que seul le paiement à l'acte peut dissuader les prestataires de sous-produire, puisqu'il constitue un puissant incitant financier à la surproduction. Un défaut quasi constant de ces recherches est qu'elles installent des changements locaux sous l'œil acéré des chercheurs et qu'elles introduisent dès lors simultanément plusieurs biais (biais d'observation, ciblage limité à une petite partie pilote d'un système global inchangé, risque de sélectionner certaines catégories de patients et de médecins, etc.).

au minimum. Par ailleurs, la qualité du service serait maintenue et le consommateur pourrait continuer de choisir son praticien de premier recours. Ces derniers et les spécialistes collaboreraient avec d'autres fournisseurs de services de santé pour offrir l'éventail complet des soins. Les fournisseurs du SPIC créeraient au besoin des alliances stratégiques avec des organismes communautaires, des hôpitaux, le secteur privé et d'autres services de soins de santé non gérés par le SPIC. L'affiliation des médecins à un SPIC pourrait être avantageuse pour leurs revenus et leur autonomie. Des projets pilotes de ce modèle lancés dans plusieurs communautés permettraient de déterminer si le concept est réalisable dans le contexte du Canada.

Dans ce type de structure, on sent poindre l'émergence de modèle d'organisation caractérisés par des accords financiers préférentiels entre certaines structures « assureurs payeurs » et certains dispensateurs « fournisseurs » à



Leur résultats nécessitent donc souvent d'être agrégés dans un deuxième temps pour extrapoler des conclusions plus générales à la manière dont on construit un puzzle.

Le système en vigueur à l'échelle nationale au Danemark est dès lors particulièrement intéressant dans la mesure où il organise à grande échelle la coexistence d'un paiement des généralistes à la capitation et à l'acte, après une longue période de capitation intégrale qui a été fort interpellée dans ses processus et ses résultats, notamment dans certaines grandes municipalités comme Copenhague. Le système à l'acte s'applique à une série de services spécifiques qui sont systématiquement relevés et analysés, mais le type et le nombre de services relevant du paiement à l'acte est variable selon les provinces. Une étude¹⁰ du NIVEL* est partie de cet ensemble de données et a construit un modèle comportemental expérimental qui a pris pour hypothèse que les médecins généralistes ont pour objectif de maximiser leurs revenus. Certaines prestations, dont la multiplication n'est pas rentable parce qu'elles sont couvertes par le forfait, risquent alors d'être déviées (« substituées ») au niveau spécialisé. Les résultats, présentés sous forme de comparaison entre provinces, sont assez difficiles à interpréter. Dans les entités où le paiement à l'acte est relativement plus important, on n'observe pas vraiment de substitution du niveau des soins primaires par les soins spécialisés hospitaliers, si ce n'est en ce qui concerne les consultations ambulatoires. Encore est-il suggéré de reprendre l'ensemble de ces données avec une discrimination plus fine, puisqu'il semble bien que l'échelon local soit très important et que la plus grosse partie des disparités puisse peut-être s'expliquer par des particularités régionales de très petite échelle (par exemple la densité médicale), qu'il serait intéressant d'identifier plus avant.

● Etats-Unis

Le système « américain » est bien connu : pas de sécurité sociale organisée par la Nation fédérale ni par les Etats, mais un système actuarien d'assurances privées et une structure de rattrapage pour ceux qui ne sont pas ou plus intégrés dans le système de production économique : Medicaid. Un ensemble d'institutions de soins intégrant verticalement les niveaux primaire et spécialisé (les HMO**) s'est développé progressivement, en

multipliant, systématiquement actuellement, les accords bipartites entre acheteurs (assureurs/payeurs) et fournisseurs (dispensateurs) de soins¹¹ : managed care.

Le caractère essentiellement privé de ce système favorise au maximum toutes les recherches pour l'améliorer et on assiste effectivement à une efflorescence d'expériences organisationnelles. Il faut néanmoins souligner que le principal sinon l'unique critère de qualité visé est l'efficacité (les résultats des processus par rapport à leurs coûts) dans une optique de « cost containment » et de financements alternatifs. Plusieurs études montrent un intérêt certain par leur capacité d'extrapolation ou d'implantation dans des situations étrangères :

- En mai 1995¹², cinq cent nonante deux médecins généralistes de plusieurs Etats Américains, membres de l'« American board of family practice » et sélectionnés aléatoirement, ont été interrogés sur leur perception de l'influence du mode de rémunération sur la nature et la quantité des actes prestés. Trois prestations ont été sélectionnées, faisant partie intégrale de la pratique du médecin généraliste aux Etats-Unis : la recto-sigmoidoscopie, la colposcopie et la vasectomie. L'enquête montre qu'un nombre (statistiquement) significatif de médecins pensent que le paiement à l'acte (à la différence du paiement forfaitaire) est un incitant pour favoriser la réalisation de ces techniques en médecine de famille. A noter qu'on retrouve dans cette étude, comme dans beaucoup d'autres^{13,14}, l'attitude a priori négative et méfiante des médecins de famille par rapport au système forfaitaire à la capitation.

- Le département des services sociaux de l'Etat de New York mène depuis quelque temps une politique de développement d'un système de capitation forfaitaire pour tous les bénéficiaires de Medicaid, pour remplacer le traditionnel paiement à l'acte. Deux types de capitation sont actuellement testés : une capitation partielle, c'est-à-dire limitée à la première ligne et dans laquelle les médecins de famille sont payés sur une base fixe mensuelle en fonction du nombre de patients pris en charge, et une capitation globale qui prévoit, pour les HMO ou les PHSP***, une rémunération fixe globale mensuelle pour tous les services de soins des différents niveaux, de l'ambulatoire première ligne à l'hospitalisation. Les premiers résultats de l'expérience¹⁵ montrent de bons indicateurs de

*NIVEL =
Institut
néerlandais de
recherche en
médecine
générale.

**HMO = Health
maintenance
organizations.

***PHSP =
Hospital-based
prepaid health
services
programs.

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

résultats et de satisfaction des patients, ainsi que la réalisation d'économies (statistiquement) significatives pour l'Etat de New York : 38 % pour le système de capitation partielle (considéré par ailleurs comme plus souple et plus flexible), respectivement 9,3 % et 16,8 % pour les systèmes HMO et PHSP de capitation totale, comparés au système à l'acte.

- Une enquête nationale¹³ a été menée sur un échantillon aléatoire de médecins de famille payés à la capitation (dont le nombre augmente constamment) pour évaluer leurs attitudes par rapport à leur type de rémunération et identifier les prédicteurs de ces attitudes. Les analyses statistiques (factorielles et de régression multiple) des données ont montré que les médecins ont le sentiment que la capitation diminue la qualité de leur relation avec leurs patients, de même que (légèrement) l'accessibilité aux soins. Une durée plus longue de l'expérience réelle de la capitation diminue la mauvaise impression par rapport à l'accessibilité, mais pas celle par rapport à la relation. Indépendamment de la durée, les médecins ont et continuent d'avoir une perception plutôt négative du système forfaitaire.

- Une autre enquête, limitée à la Californie¹⁴, montre également une moindre satisfaction des médecins de famille par rapport à la qualité des soins prestés à leurs patients inscrits dans des contrats à la capitation comparés à ceux couverts par d'autres systèmes. Deux facteurs ont été identifiés comme diminuant ce sentiment d'insatisfaction : la pratique en groupe et une plus grande proportion de patients du groupe capitation.

● France

Aucune référence n'a été retrouvée dans Medline concernant ce pays, et il n'existe effectivement aucune situation, même expérimentale, de paiement forfaitaire à la capitation ou d'inscription de patients.

● Grande-Bretagne

Le cas de ce pays est particulièrement intéressant à étudier¹⁶ dans la mesure où, depuis 1948, existe un système de santé national (NHS*) pour toute la population et couvrant l'ensemble des soins. Souvent décrié en raison de ses aspects rigides à connotation étatiste particulièrement mal vécus par

les partisans du libéralisme et du marché, il n'en constitue pas moins un extraordinaire creuset expérimental, permettant d'imaginer, de tester, puis de valider ou de rejeter des hypothèses de changement dont les principaux moteurs avancés ont toujours été la qualité et la maîtrise des coûts.

Depuis la deuxième guerre mondiale, nombre de pays, de partis politiques, d'universités, de groupes de recherche ou d'individus utilisent systématiquement l'Angleterre et son NHS comme modèle ou repoussoir selon les cas, alors qu'en Grande-Bretagne même, le service constitue une véritable institution nationale, populaire et sociale, qu'aucun parti n'a voulu ou pu jusqu'à présent entamer fondamentalement. Le NHS est financé à 85 % par des taxations indirectes, est responsable devant le Parlement et est administré par un grand département de la santé et de la sécurité sociale. Le département est décentralisé en régions (un pour cinq millions d'habitants) et en districts (un pour trois cent mille). La médecine générale, qui constitue un des trois piliers du système de santé (avec les hôpitaux et les services communautaires) a une administration séparée (les Family practitioner committees) qui passent des contrats avec les médecins. Les listes de ceux-ci ont une moyenne de deux mille patients, avec un maximum autorisé de trois mille cinq cent. Le choix du médecin par le patient et du patient par le médecin est entièrement libre (contrat). La part la plus importante de la rémunération du médecin est un montant fixe annuel (forfait) par patient (capitation), à laquelle il faut ajouter des frais pour le fonctionnement de la pratique (par exemple 70 % du salaire des secrétaires et des accueillants) et le paiement à l'acte de certaines prestations comme les vaccinations, le planning familial, les frottis de col, les visites de nuit, etc. Le forfait est plus élevé pour les personnes âgées.

Récemment (depuis une quinzaine d'années), des incitants financiers puissants ont été introduits pour favoriser la pratique de groupe (trois praticiens ou plus), certaines pratiques en relation avec la santé publique (par exemple le suivi des grossesses), la participation à des démarches d'assurance de qualité (organisées par les districts) ou l'encadrement des jeunes médecins.

L'allocation des ressources aux différentes régions par le gouvernement central dépendait (jusqu'aux années 90) de la taille de la population de la région ajustée en fonction du taux de mortalité standardisé

*NHS = British national health service.

(SMR). Mais plusieurs groupes s'opposaient fortement à ce genre de répartition et proposaient d'autres clés qui tiendraient mieux compte des « besoins » réels : la RAWP¹⁷ (Ressource allocation working party) suggère trois indicateurs plus sensibles que le SMR : le taux de maladies chroniques, d'invalidité et de handicap ; le Livre Blanc¹⁸ « Working for patients » parlait plutôt, lui, d'une capitation pondérée par des indices de morbidité et d'âge. Ces débats montraient en fait surtout la nécessité d'investir dans de vastes recherches destinées à définir les méthodes optimales pour préciser les besoins en soins globaux d'une population donnée.

A partir de 1991, l'argument selon lequel c'est la mesure des besoins, basée sur des données empiriques, qui doit servir au calcul d'une capitation « pondérée » a conduit à un nouveau système d'attribution des ressources (aux hôpitaux) appelé « modèle d'York »^{19,20}. Celui-ci utilise un ensemble de variables parmi lesquelles on peut relever : le taux standardisé de maladies de longue durée en dessous de septante cinq ans, le taux standardisé de mortalité, la proportion de la population active au chômage, la proportion de la population pensionnée vivant seule, la proportion de la population dépendante vivant seule ou dans des ménages de deux personnes, la proportion de familles monoparentales, la proportion de maladies chroniques dans la population, la proportion de la population née dans le New Commonwealth, etc. Le modèle d'York est basé sur l'étude écologique de petites zones pour identifier les déterminants des besoins de soins et de leur utilisation. Les variables de besoins identifiées rassemblent des facteurs de morbidité et des facteurs socio-économiques (indice de Jarman). De plus, des modèles statistiques ont été élaborés pour annuler les facteurs confondants.

Dès à présent, ce modèle est très sévèrement critiqué à la fois sur des arguments méthodologiques et sur le fait qu'il semble inéquitable. Il faut dire que le Département de la santé voudrait faire doucement évoluer le NHS vers un managed care dans lequel les districts locaux deviendraient des « acheteurs » de soins responsabilisés dans un système de marché. Actuellement le modèle d'York rend compte de l'allocation de 76 % des ressources totales et de nouvelles dispositions seront très probablement introduites progressivement dans les années à venir.



● Italie

Le système de santé en Italie a lui aussi vécu plusieurs périodes bien distinctes séparées par des ruptures qualitatives et quantitatives²¹. Avant 1978, le système italien se fondait sur un certain nombre de caisses nationales d'assurance de maladie auprès desquelles tout travailleur était obligé de s'inscrire. Ces caisses offraient une série définie de services aux assurés, agissant en tiers-payant vis-à-vis des prestataires de services conventionnés avec elles. Une de ces caisses (l'INAM), largement majoritaire et couvrant 75 % de toute la population avait de fait établi un véritable système de santé national avec son propre réseau de structures locales et de médecins généralistes conventionnés travaillant dans leur propre cabinet mais qui acceptaient d'être

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

payés à la capitation pour toute prestation concernant des assurés de l'INAM, et qui jouaient le rôle de « gate keeper » pour les prestations en aval.

En 1978, l'Etat Italien instaure un « Système national de santé (SSN) », dans le but d'augmenter l'équité en offrant une couverture globale du risque maladie à tous les citoyens : l'inscription dans le système est liée au fait d'être citoyen, pas à l'emploi : passage brutal du modèle type Bismarck au modèle type Beveridge (le concepteur du NHS anglais). L'Italie est découpée en « Unités locales de santé (ULS) » (de maximum deux cent mille habitants) divisées elles-mêmes en « Districts sanitaires de base (DSB) » plus petits. Dans ceux-ci, la plupart des activités de soins primaires reste confiée aux médecins généralistes, travaillant presque partout en solo, payés à la capitation pure et simple pour une liste de patients qui doivent s'enregistrer chez eux.

En 1993, une deuxième réforme globale du SSN est élaborée, résonnant bien dans l'air du temps : le modèle se veut entrepreneurial, obéissant aux lois du marché entre acheteurs (« purchasers ») et dispensateurs (« providers ») de soins, bien différenciés, et dont les excès potentiels sont limités par les moyens classiques d'un état néo-libéral, surtout au niveau des soins spécialisés (les « diagnosis related groups » (DRG) par exemple dans les hôpitaux). Il n'y a que peu de changement au niveau primaire, et en tout cas pas de mesure concrète pour favoriser le travail en groupe et la santé communautaire : les médecins généralistes continuent à travailler en grande majorité tout seuls,

payés à la capitation sur base de listes, et coordonnés par le médecin chef du DSB, les infirmières sont salariées, solo ou dans des cabinets qui répondent aux besoins mineurs.

Globalement, le degré de satisfaction des patients et des prestataires par rapport à leur SSN est faible, et des circuits parallèles privés payants se sont progressivement développés, ainsi que le mirage habituel du managed care.

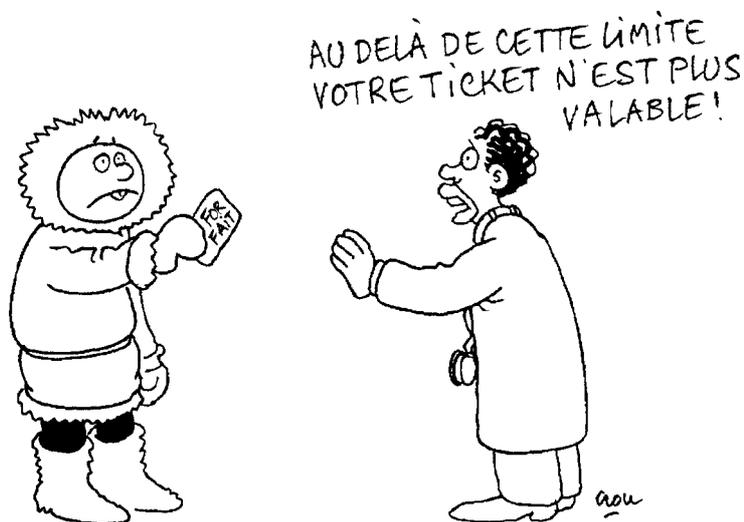
● Norvège

En 1992²², un système expérimental de listes de patients a été mis sur pied dans quatre municipalités norvégiennes, en y associant un financement mixte : capitation, acte et participation personnelle du patient. Les objectifs principaux de cette recherche étaient :

- de déterminer dans quelle mesure et de quelle manière un système de paiement mixte des médecins affecte ceux-ci, leurs patients et les relations des deux parties ;
- de clarifier comment les systèmes traditionnels de rétribution ont à être modifiés pour y introduire progressivement de nouvelles perspectives de capitation ;
- de rassembler suffisamment de matériel et d'information pour voir si une structuration du système par listes de patients et paiement à la capitation peut être généralisé à toute la Norvège.

Après trois années de suivi étroit, les résultats des évaluations ont suscité beaucoup d'intérêt et ont montré :

- une remarquable stabilité des listes avec une amélioration de la relation médecin - patient au cours du temps, ainsi qu'un sentiment de responsabilité plus grand du médecin, dans son chef et dans celui du patient ;
- une meilleure collaboration avec les hôpitaux et les spécialistes liée à l'existence d'un médecin de premier échelon de référence ;
- une amélioration des relations de travail avec les autres dispensateurs de soins primaires (infirmières, etc.) ;
- une diminution du taux d'hospitalisation et des recours aux services d'urgence ;
- une moyenne de mille quatre cent quatre vingt à mille six cent cinquante patients par liste mais avec des extrêmes de moins de mille à plus de



- deux mille sept cent. Ces chiffres ont interpellé la Norwegian Medical Association qui a recommandé une meilleure répartition du travail et un volume de liste ne dépassant pas deux mille patients ;
l'existence de listes « dures » rassemblant beaucoup de patients lourds et qui devraient impliquer des rémunérations supplémentaires ;
- un sentiment plus mitigé de la part des médecins femmes qui ressentaient moins de liberté et moins de contrôle personnel sur leurs conditions de travail dans le nouveau système ;
la possibilité de travailler avec un (des) jeune(s) médecin(s) sur une liste de taille comparable aux autres, mais avec un temps clairement réservé à
- la formation et à la promotion de la santé ;
l'impossibilité, vu la durée limitée de l'expérience, d'évaluer l'impact du nouveau système sur la qualité des soins.

Cette étude a été considérée comme prouvant la faisabilité de l'implantation d'un système partiel à la capitation en Norvège, et ses conclusions ont été suggérées pour la province canadienne de l'Ontario²³.

● Pays-Bas

Dans ce pays, le système de paiement à la capitation des médecins de famille est installé depuis longtemps, et de nombreux débats concernant le mode idéal de calcul du montant du forfait s'y tiennent régulièrement de façon fort animée (tout comme dans les autres pays qui ont la même tradition de rémunération des soins primaires, comme le Danemark ou la Grande-Bretagne).

Un point clairement établi, en tout cas, est que la taille de la liste des patients inscrits auprès d'un dispensateur n'est qu'un prédicteur, parmi d'autres aussi importants, de la charge globale de travail de ce dispensateur. Il semble d'ailleurs qu'il y a deux manières, pas nécessairement compatibles, d'aborder ce problème complexe : soit le paramètre principal pris en compte est la demande des patients, un par un au coup par coup, et il faut organiser et financer la réponse à la demande (planification structurelle), soit il s'agit plutôt des besoins en soins globaux de la population inscrite dans son ensemble et le problème est alors d'approcher le concept de manière quantitative, reproductible et comparable, pour rétribuer les

services qui assurent adéquatement ces besoins (planification opérationnelle). Plusieurs études dans différents pays ont d'ailleurs tenté d'évaluer le plus exactement possible la charge globale, réelle ou théorique, de travail du médecin qui doit conditionner sa rétribution. Le NIVEL* en particulier, au travers d'une étude longitudinale (National study of morbidity and interventions in general practice), l'a identifiée, par une analyse multivariée, à la combinaison de plusieurs indicateurs : la taille de la liste, le nombre d'heures travaillées dans la pratique (principalement en contact direct avec les patients) et la durée moyenne des contacts, un ensemble de facteurs qui conditionnent également la satisfaction des dispensateurs^{24,25}. Peut-être certains de ces indicateurs sont-ils d'ailleurs des variables confondantes : on a montré par exemple une corrélation positive forte entre le taux dans la liste de patients âgés ou de niveau socio-économique bas et le temps total hebdomadaire passé en face à face avec la patientèle²⁶, ainsi que le taux de femmes et d'enfants en très bas âge²⁷, ou le taux de chômeurs²⁸. Le profil de consommation des classes socio-économiques favorisées montre un plus haut ratio de consultations, celui des classes défavorisées plus de visites à domicile²⁹. La localisation de la pratique a également de l'importance : corrélation positive entre la charge de travail du médecin et la situation urbaine de son cabinet³⁰ (modèle culturel ? meilleure accessibilité ?). Les facteurs prédictifs de la charge de travail sont donc légion, mais ont sans doute tous à voir avec la principale variable explicative : le niveau global de morbidité bio-psycho-sociale. C'est celle-là qu'il conviendrait d'approcher le plus précisément possible.

● Suède

Comme la Grande-Bretagne, la Suède a organisé un système national de santé, dont le budget provient pour 82 % des impôts régionaux levés dans les vingt six comtés responsables de l'administration des soins de santé. Jusqu'il y a peu, les moyens financiers étaient distribués directement aux hôpitaux et aux centres de soins primaires sur base de leur activité historique, avec ajustement par l'index d'inflation. Cette situation est en changement profond, depuis environ 1993, principalement dans les comtés qui ont reconnu au marché interne un rôle dans la régulation de la dispensation des soins.

Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

Stockholm, en particulier, a été à l'avant-plan de la reconnaissance d'une distinction stricte entre acheteurs et producteurs de soins, avec les conséquences secondaires prévisibles sur l'allocation des ressources. Le comté de Stockholm comprend un millions sept habitants, et la plus grosse partie du budget des soins de santé est répartie entre neuf districts sanitaires de cinquante à trois cent mille habitants.

Les critères distinctifs d'allocation des ressources entre le système anglais (modèle d'York) et l'actuel système suédois (modèle de Stockholm) sont repris dans le Tableau 2³¹.

Suède (modèle de Stockholm)

- les besoins en soins de santé sont mesurés par diverses variables démographiques et socio-économiques ;
- les analyses sont basées sur des valeurs individuelles ;
- il est tenu compte des coûts relatifs réels des soins de santé.

Grande-Bretagne (modèle d'York)

- les besoins en soins de santé sont mesurés par le taux de mortalité, certains taux de morbidité, et diverses variables socio-économiques ;
- les analyses sont basées sur les études écologiques de petites zones pour identifier les déterminants des services, puis ajustées en fonction de l'offre de ceux-ci ;
- il est tenu compte des coûts estimés des soins de santé.

Tableau 2 : Différences entre le modèle d'York et le modèle de Stockholm.

Cet ensemble de différences reflète bien les convergences et les divergences qui peuvent exister entre les approches méthodologiques et/ou scientifiques de certaines politiques. Les convergences découlent du fait que le déterminant majeur de la quantité de ressources allouées à un (ou à des) dispensateur(s) doit être la somme des besoins en soins de la population prise en charge par ce(s) dispensateur(s). Les divergences résident d'une part dans la manière d'appréhender ces besoins (échelle individuelle ou collective, variables démographiques et/ou socio-économiques et/ou de morbidité, etc.), et d'autre part dans l'hypothèse de départ plus ou moins stricte que les consommations de soins différentielles entre groupes de population reflètent bien des besoins de soins différents dans la même mesure dans ces mêmes groupes, le tout relativisé par l'offre de services (état de pléthore médicale par exemple). Une étude³² menée à Stockholm justement a montré que les populations

immigrantes non nordiques utilisaient beaucoup moins les services de santé mentale, non pas par manque de besoins ou par manque de services mais probablement par manque d'adéquation culturelle besoins - demandes - services.

Globalement, le modèle suédois alloue relativement plus de moyens pour les services délivrant les soins aux patients défavorisés sur le plan socio-économique, et le « ranking » de ces moyens suit assez fidèlement les différences déjà connues du comté sur les plans sanitaire, démographique (et socio-économique).

Le Tableau 3 montre l'évolution des ressources allouées aux neuf districts sanitaires du comté de Stockholm. En 1995, on applique le modèle de façon assez rigide ; les différences entre districts sont très marquées et, après évaluation, semblent donner trop d'importance relative à des facteurs tels que la proportion de la population âgée, la proportion de ménages à une seule personne, etc. Le poids des différents facteurs prédictifs a donc été revu très rapidement en fonction de cette évaluation. Cette façon de procéder par boucles courtes de rétrocontrôle semble particulièrement adéquate et bien acceptée par les pouvoirs administratifs et par les dispensateurs.

| | 1995 | 1996 | 1997 |
|------------------------------|------------|------------|------------|
| Norrtälje | 98,5 | 96,4 | 100,6 |
| North east | 96,7 | 96,6 | 97,9 |
| North west | 91,4 | 94,5 | 94,2 |
| Central Stockholm | 127,7 | 120,3 | 119,2 |
| West Stockholm | 99,1 | 100,3 | 98,6 |
| South Stockholm | 122,7 | 116,3 | 117,4 |
| South west | 97,6 | 99,5 | 98,1 |
| South east | 83,4 | 85,9 | 86,2 |
| Södertälje | 93,0 | 96,0 | 95,7 |
| Comté de Stockholm (in toto) | 100 | 100 | 100 |

Tableau 3 : Poids relatif par habitant des neuf districts du comté de Stockholm (index 100 = 9.166 Kr par habitant en 1995, 9.082 Kr en 1996 et 8.979 Kr en 1997).

Conclusions

Ce survol orienté de la littérature scientifique concernant le système de financement forfaitaire à la capitation des soins de santé primaires permet de mettre en évidence plusieurs faits particulièrement intéressants pour la compréhension de l'origine et du développement du phénomène, pour comprendre les difficultés et les résistances à son implantation, et peut-être pour trouver des méthodes et des moyens originaux pour lui construire une nouvelle nature originale qui lui donnerait une impulsion définitive.

- Devant le constat généralisé et accablant des limites, impasses ou même échecs des systèmes de santé actuels, notamment sous l'angle de leur efficacité (les résultats par rapport aux coûts), de plus en plus de pays se tournent puis s'engagent vers des réformes profondes de leur politique de santé, initiant, de manière partielle ou globale, des modes de financement forfaitaire pour les soins spécialisés et les soins primaires.

- Les avantages soulignés du système à la capitation ont souvent été orientés dans une direction économique : maîtrise potentielle des coûts pour un secteur (celui des soins de santé) en pleine explosion des dépenses. Il est quand même impératif de remarquer que, dans notre pays, le niveau primaire des soins a toujours été particulièrement économe (ou plus probablement volontairement défavorisé) en ce qui concerne la part relative des moyens qui lui étaient et qui lui sont toujours attribués par rapport aux niveaux de soins spécialisés.

- Le système de financement n'est qu'un des éléments (important et même fondamental s'il en est) de la construction de tout un système global de politique de santé, qui s'articule en complémentarité ou en antagonisme avec les autres (filères de soins, systèmes d'information, fonctions des différents niveaux d'intervention, etc.). Par rapport au système à l'acte ou à la fonction forfaitaire, l'objectif de celui à la capitation est au moins en congruence avec l'objectif général du système de soins : améliorer l'état de santé de la population.

- Le financement forfaitaire permet de favoriser positivement et activement la mise en œuvre et la

réalisation de plusieurs des critères de qualité majeurs des systèmes de santé. De façon très claire et très évidente notamment, l'équité peut être renforcée grâce à une meilleure répartition des ressources par une allocation différenciée et optimale selon les besoins (et pas seulement de façon restrictive et exclusive selon le nombre d'actes prestés par les dispensateurs). Plusieurs indicateurs de besoins ont été imaginés et développés dans différents pays et peuvent servir de points de départ ou de guides pour des recherches ou des applications ultérieures. Ces indicateurs semblent plus devoir relever de dimensions socio-économiques que de données de morbidité, et être appliquée à petite échelle.

- Des systèmes de financement forfaitaire à la capitation sont imaginables à des échelles fondamentalement différentes : depuis le niveau de la pratique individuelle ou collective de soins primaires jusqu'à celui du « district de santé » regroupant plusieurs centaines de milliers de patients, intégrant les différents échelons de soins, et ouvrant la voie à l'organisation du « managed care ».



Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale

- Les patients perçoivent subjectivement le système à la capitation forfaitaire de manière beaucoup plus positive que les prestataires de soins, pour lesquels craintes (par rapport à leurs revenus) ou oppositions sur le fond existent fréquemment. C'est donc vers ceux-ci que devraient se développer en priorité les actions de conviction et des mesures concrètement incitatives, par exemple pour la pratique de groupe.

Le forfait à la capitation ne doit pas, par ailleurs, être considéré d'abord, adopté et mis en place ensuite, comme une panacée universelle. Comme tout système, surtout en période d'initiation, il présente une série d'inconvénients et d'implications négatives, qui suggèrent que, s'il existe un système « idéal », ce devrait être un système mixte dans lequel le forfait occupe la part prépondérante. C'est là le seul moyen pour annuler de manière radicale et définitive l'effet pervers de la surproduction d'actes (sans préjuger de ses causes), tout en préservant et même en développant de manière prospective les critères de qualité globaux du système. Plusieurs fractions de financement d'une pratique (solo ou de groupe) de soins primaires devraient donc s'additionner pour composer un financement global cohérent orienté vers la qualité :

- **une part fixe**, mais modulée par l'importance de la pratique, pour couvrir les moyens structurels (locaux, système d'information par exemple) et certains moyens opérationnels a priori non prioritaires pour les prestataires (organisation de la continuité, collaborateurs secrétaires par exemple) ;
- **une part forfaitaire**, la plus importante, basée sur le nombre et la qualité des patients pris en charge (allocation différenciée à la capitation selon les besoins définis par un certain nombre d'indicateurs régulièrement réévalués), et fixée dans un contrat écrit entre patient et médecin ;
- **une part à la pièce** pour les prestations pénibles (visites de nuit par exemple) ou pour les actes qu'on veut voir prester de façon préférentielle par le niveau primaire dans le cadre de priorités et de choix clairs en matière scientifique et politique (tonométrie de dépistage, frottis de col, par exemple), et qui ont peu de chance d'être réalisés régulièrement dans un système forfaitaire intégral ;
- **une part à l'objectif** pour amener les dispensateurs à oeuvrer systématiquement à l'achèvement d'un standard de santé prioritaire

(= objectif quantifié en fonction de critères), local, régional ou national (taux de vaccination anti-grippe, taux de mammographie, dépistage de l'intoxication au plomb par exemple) ;

- **une part éventuelle laissée à la charge du patient** sous forme de participation personnelle.

Bibliographie

- 1 Van Dormael M. Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : 20 ans de controverses belges. Cahiers du GERM 1979 ; 133 : 1-38
- 2 Roland M. Primary health services, financing and research. Arch Belg 1989 ; 47(1-4) : 174-7
- 3 Van Dormael M. Le centre de santé intégré et les maisons médicales, jalons pour les soins de santé primaires. Cahiers du GERM 1981 ; 152 : 1-32
- 4 Morel J. Tour du monde des centres communautaires de santé : la Belgique. Conférence internationale Montréal, Québec, Canada, 1995
- 5 Leatt P, Pink GH, Naylor CD. Integrated delivery systems : has their time to come in Canada ? Can Med Assoc J 1996 ; 154(6) : 803-9
- 6 Glaser WA. Paying the Doctors : Systems of Remunerations and their Effects. John Hopkins University Press, Baltimore, 1970
- 7 Rosen B. Professional reimbursement and professional behaviour ; emerging issues and research challenges. Soc Sci Med 1989 ; 29 : 455
- 8 Kirkmann-Liff BL, van de Ven WP. Improving efficiency in the Dutch health care system : current innovations and future options. Health Policy 1989 ; 13 : 35
- 9 Ham C, Robinson R, Benzeval M. Health Check : Health Care Reforms in an International Context. King's Fund Institute, London, 1990
- 10 Groenewegen PP. Substitution of primary care and specialist care : a regional analysis in Denmark. Soc Sci Med 1991 ; 33(4) : 471-6
- 11 Cawley K. Capitation rates. A survival primer for capitated environment. Mich Med 1996 ; 95(9) : 30-2 & 95(10) : 32-4
- 12 Leider PJ, Solberg R, Nesbitt T. Family physicians perception of economic incentives for the provision of office procedures. Fam Med 1997 ; 29(5) : 318-20
- 13 Cykert S, Hansen C, Layson R, Joines J. Primary care physicians and capitated reimbursement.

- Experience, attitudes, and predictors. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12(3) : 192-4
- 14 Kerr EA, Hays RD, Mittman BS, Siu AL, Leake B, Brook RH. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA* 1997 ; 278(4) : 308-12
- 15 Rosenthal TC, Horwitz ME, Snyder G, O'Connor J. Medicaid primary care services in New York State : partial capitation vs full capitation. *J Fam Pract* 1996 ; 42(4) : 362-8
- 16 Fry J, Stephen J. Primary Health Care in the United Kingdom. *Int J Health Serv* 1986 ; 16(4) : 485-95
- 17 Carr-Hill RA, Maynard A, Slack R. Morbidity variation and RAWP. *J Epidemiol Community Health* 1990 ; 44(4) : 271-3
- 18 Department of Health. Working for Patients. London : HMSO, 1989, para. 4-8
- 19 Carr-Hill R, Sheldon T, Smith P, Martin S, Peacock S, Hardman G. Allocating resources to health authorities : development of methods for small area analysis and use of inpatients services. *BMJ* 1994 ; 309 : 1046-9
- 20 Smith P, Sheldon T, Carr-Hill R, Martin S, Peacock S, Hardman G. Allocating resources to health authorities : results and policy implications of small area analysis of use of inpatients services. *BMJ* 1994 ; 309 : 1050-4
- 21 Nardi R. Tour du monde des centres communautaires de santé : la santé communautaire en Italie. Conférence internationale Montréal, Québec, Canada, 1995
- 22 Ostbye T, Hunskaar S. A new primary care rostering and capitation system in Norway : lessons for Canada ? *Can Med Assoc J* 1997 ; 156 : 45-50
- 23 Forster J, Rosser W, Hennen B, McAuley R, Wilson R, Grogan M. New approach to primary medical care. *Can Fam Physician* 1994 ; 40 : 1523-30
- 24 Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners : a review of the literature. *Soc Sci Med* 1991 ; 32(10) : 1111-9
- 25 Groenewegen PP, Hutten JBF, Van Der Velden K. List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1992 ; 34(3) : 263-70
- 26 Wilkin D, Hodgkin P, Metcalfe D. Factors affecting workload : is received wisdom true ? In *The Medical Annual, 1986. The Yearbook of General Practice* (edited by Pereira Gray DJ). Wright, Bristol, 1986
- 27 van der Zee J. De Vraag naar Diensten van de Huisarts. Utrecht, NHI, 1982
- 28 Yuen P, Balarajan R. Unemployment and patterns of consultations. *BMJ* 1989 ; 298 : 1212-4
- 29 Marsh GN, McNay RA. Factors affecting workload in general practice. *BMJ* 1974 ; 4 : 319-21
- 30 Joseph AE, Phillips DR. Accessibility and Utilization : geographical perspectives on health care delivery. Harper & Row, New York, 1984
- 31 Diderichsen F, Varde E, Whitehead M. Ressource allocation to health authorities : the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *BMJ* 1997 ; 315 : 875-8
- 32 Haglund B. Equity in care. Stockholm : National Board of Health and Welfare (socialstyrelsen), 1994 ; 3 (in Swedish) ●

Le forfait, on en parle

*Jacques Morel,
médecin
généraliste*

Deux cents personnes à la salle Dynastie du Palais des congrès à l'invitation de Point d'appui Samenleving en gezondheid de la Vrij universiteit van Brussel, faculté de médecine et de pharmacie sur la comparaison acte/forfait au service de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé primaires.

En soit l'initiative prise par le professeur Fred Louckx était intéressante : tenter une comparaison de l'influence des modes de financements sur les performances des soins de santé ; elle a d'ailleurs recueilli une participation dans tous les secteurs de responsabilités des soins de santé et une participation de bon niveau universitaire, syndicaliste, praticien, mutualistes, responsables de l'INAMI,...

C'est surtout à ce titre que la journée a trouvé son intérêt car peu d'interventions ont apporté des éléments neufs au débat !

Cependant il se pratique un financement forfaitaire à l'inscription au niveau des soins de première ligne et une majorité de responsables se sont penchés sur son intérêt !

Conclusions du professeur Fred Louckx : acte versus forfait pour les soins de santé primaires ;

1. La réunion a permis de montrer que le phénomène est en expansion ;
2. Qu'il y a des avantages et des inconvénients aux deux systèmes suivant les objectifs :
 - le paiement à la prestation est surtout positif en terme d'indépendance de la pratique, de flexibilité, de financement, mais moins favorable au développement d'activités connexes et de démarches de promotion de la santé ;
 - le forfait est plus favorable à une démarche intégrée, à rencontrer une population ciblée, à soutenir une certaine efficacité.
Par contre, il pourrait conduire à une sélection du risque et aux inconvénients de la démarche ciblée ;
3. Méfions-nous des indicateurs qu'on utilise pour évaluer les effets de l'une et l'autre modalité de financement sur la pratique :
 - le cadre juridique ne garantit dans aucun des deux cas la qualité de la pratique (plus avec le forfait) ;
 - les résultats ne concernent pas que des paramètres mesurables ;
 - les critères de qualité sont le fait d'un travail de consensus ; il importe de réfléchir ou d'examiner à partir de quel groupe ce consensus a été élaboré (critères spécifiques pour les soins de santé primaires) ;
 - la pléthore est un exemple significatif : il y a trop de médecins si on envisage le problème avec les paramètres actuels. Mais si la prévention entrait dans leur pratique ou si on développait les soins à domiciles, alors on pourrait manquer de médecins généralistes !
4. On constate un désinvestissement des quartiers à risque... c'est un risque... ;
5. Concernant la participation des patients : intérêt des deux côtés ;
 - « notre cabinet... » dixit les patients ;
 - les patients peuvent aider à la prise en compte de critères de qualité mais aussi à la nécessité d'accepter de changer l'offre ;
 - attention aux abus (manipulations) ;
 - avec qui faut-il parler ? Où sont les interlocuteurs ? Créer des lieux ?
6. Intérêt évident pour des politiques de santé sur le long terme et de la nécessité de développer davantage de recherches en matière de soins de santé primaires ;
7. Quelques évidences empiriques :
 - l'impact de l'économique et aussi la nécessaire prise en compte des coûts ;
 - l'impact santé est difficile à mesurer ;
 - la question est « comment améliorer la santé ? » peu importe le mode de financement qui reste un moyen ;
 - efficacité pour qui ?

Bibliographie générale sur le forfait

1. Aieach P. and Cebe D. Les inégalités sociales de santé. *La Recherche* 25 : 100-109, 1994.
2. Antoine Françoise and Lemaitre Jacques. La mise en place de l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique. *Les Cahiers du Germ* 123 : 1-38, 1978.
3. Balarajan R., Yuen P., and Machin D. Deprivation and general practitioner workload. *BMJ* 304 : 529-534, 1992.
4. Balestra DJ. Specialists or Generalists ? *Jama* 268(12) : 1537, 1992.
5. Bashshur Rachid, Homan Rick, and Smith Dean. Beyond the Uninsured : Problems in Access to Care. *Medical Care* 32(5) : 409-419, 1994.
6. Belliveau F. En santé publique, s'ouvrir à des horizons nouveaux. dossier forfait. 1986.
7. Carr-Hill Roy A., Sheldon Trevor A., Smith Peter, Martin Stephen, Peacock Stuart, and Hardman Geoff. Allocating resources to health authorities : development of method for small area analysis of use of impatient services. *BMJ* 309 : 1046-1049, 1994.
8. Contandriopoulos A. Evaluation des récentes réformes opérées dans le financement des services de santé. Dossier forfait. 1993.
9. Courtois C. Comprendre l'économie de la santé. Dossier forfait. 1992.
10. Coutant Daniel. Le système de santé allemand. *Pratiques* 30 : 8-11, 1993.
11. Crismer André. Enquête auprès de la population inscrite au forfait à la maison médicale Bautista Van Schowen de Seraing. *Courrier* : 17-18, 1994.
12. De Ridder Ri. Stratégie binnen het kader van het riziv. Dossier forfait. 1995.
13. Dio Jean-Pierre and Muller Patrice. La protection sociale entretien avec Béatrice Majnoni d'Intignano. *Pratiques* 37 : 37-40, 1994.
14. Drielsma Pierre. Consommation et transdisciplinarité. *Courrier* : 29-31, 1995.
15. Drielsma Pierre. Le besoin de biologie clinique. Dossier forfait. 1995.
16. Drielsma Pierre. Un forfait idéal. Dossier forfait. 1995.
17. Drielsma Pierre. Un nouveau calcul du forfait. Dossier forfait. 1994.
18. Drielsma Pierre. La Rochelle, novembre 1994 Rapport de participation au congrès SMG (France). *Courrier* 1994.
19. Drielsma Pierre. Rapport relatif à la revalorisation du forfait. Dossier forfait. 1993.
20. Drielsma Pierre. Demande des maisons médicales pratiquant le forfait d'une immunisation de l'impact des mesures de sélectivité sur le calcul du forfait. Dossier forfait. 1993.
21. Drielsma Pierre. Linéaments subjectifs pour une histoire de forfait en soins de santé de première ligne. *Courrier* 56, 1990.
22. Drielsma Pierre. Première demande de revalorisation. Dossier forfait. 1988.
23. Drielsma Pierre. Riche idée, modestes moyens. *Les Cahiers du Germ*, 1983.
24. Duchesne F. Les pouvoirs publics à la recherche d'un contrôle des dépenses médicales. Reflets et perspectives de la vie économique mai/juin : 113-133, 1992.
25. Ferrand-Nagel Sabine. Médecine libérale, médecine sociale et régulation du système de santé. Les leçons de l'histoire de longue période. *Revue française des Affaires sociales* : 43-79, 1985.
26. FGTB. Le paiement forfaitaire des maisons médicales et centres de santé. dossier forfait. 1995.
27. Gillet Pierre and Jamouille M. Onderzoek en Automatisering. Dossier forfait. 1990.
28. Gillet Pierre. De quel objectif le forfait est-il le moyen ? Dossier forfait. 1988.
29. Green Judith M. The views of singlehanded general practitioners — a qualitative study. *BMJ* 307 : 607-610, 1993.
30. Greenfield Sheldon, Nelson Eugene C., and Zubkoff Michael. Variations in Ressource Utilization Among Medical Specialities and Systems of Care. *Jama* 267(12) : 1624-1630, 1992.
31. Grippa Pierre. Proposition de base d'un nouveau mode de calcul du forfait. dossier forfait. 1994.
32. Groenewegen PP., Hutten JBF., and Vandervelden K. List size, composition of practice and general practitioner's workload in the Netherlands. *Social Science and Medecine* 34(32) : 63-70, 1992.
33. Groenewegen PP. Substitution of primary care and specialist care : a regional analysis in Denmark. *Social Science and Medecine* 33(4) : 471-476, 1991.
34. Groupe forfait. Demande du forfait pour les centres de santé intégrés. Dossier forfait. 1983.

35. Groupe forfait. Propositions de fonctionnement. Dossier forfait. 1982.
36. Groupe forfait. Les fonctions primaires et leurs implications pour la structuration, le fonctionnement et le financement des maisons médicales. Dossier forfait. 1980.
37. Groupe forfait. Projet d'un nouveau mode de financement au niveau des maisons médicales et collectifs de santé. Dossier forfait. 1980.
38. Groupe forfait. Proposition d'expérience forfaitaire. Dossier forfait. 1980.
39. Hertoge L., Dewals P., and Bouckaert A. Influence des facteurs sociaux sur la santé. Problèmes de mesures. Archives of Public Health 41(5-6) : 221-230, 1983.
40. INAMI. Règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations. Dossier forfait. 1983.
41. Janssen R. Time prices and the demand for GP services. Social Science and Medicine 34(7) : 725-733, 1992.
42. Judge K. Allocating resources for health and social care in England. BMJ 308 : 1363-1366, 1994.
43. Kleczkowski B. and al. Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous. Dossier forfait. 1984.
44. Kornitzer M., Brohet C., and Rorive G. Prévention cardio-vasculaire : recherche d'un consensus interuniversitaire. Conseil Communautaire Consultatif de la prévention pour la santé. 1992.
45. Kravitz Richard L., Greenfield Sheldon, and Rogers William. Differences in the Mix of Patients Among Medical Specialties and Systems of Care. Jama 267(12) : 1617-1623, 1992.
46. Lahelma E. and Karisto A. Morbidity and social structure Recent trends in Finland. European Journal of Public Health 3 : 119-123, 1993.
47. Lamberts H. Morbidity in General Practice. Diagnosis related Information. Huisartsen Rens BV : 26-28, 1984.
48. Lloyd David, Harris Conrad M., and Clucas David W. Low income scheme index : a new deprivation scale based on prescribing in general practice. BMJ 310 : 165-169, 1995.
49. Mackenbach JP. Inequalities in health in The Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization, and region. European Journal of Public Health 3 : 112-118, 1993.
50. Maison médicale d'Essegem Campagne de vaccination contre la grippe. Courrier : 39-40, 1994.
51. Maison médicale de Seraing. Médecine dentaire au forfait. Dossier forfait. 1991.
52. Maison médicale de Barvaux. Projet « avantages - santé ». Dossier forfait. 1984.
53. Manton Kenneth G., Newcomer Robert, and Vertrees James C. A Method for Adjusting Capitation Payments to Managed Care Plans Using Multivariate Patterns of Health and Functioning : The Experience of Social/Health Maintenance Organizations. Medical Care 32 : 277-297, 1994.
54. Mason Alastair and Morgan Kieran. Purchaser-provider : the international dimension. BMJ 310 : 231-235, 1995.
55. Mizrahi Andrée and Mizrahi Arié. Les inégalités d'accès aux soins. Pratiques 30 : 36-40, 1994.
56. Murray James P., Greenfield Sheldon, Kaplan Sherrie H., and Yano Elizabeth M. Ambulatory Testing for Capitation and Free-For-Service Patients in the Same Practice Setting. Relationship to outcomes. Medical Care 30(3) : 252-261, 1992.
57. Pineault R. and Daveluy C. La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies. Dossier forfait. 1986.
58. Pringle M. and Morton-Jones A. Using unemployment rates to predict prescribing trends in England. British Journal of General Practice : 53-56, 1994.
59. Raftery James. Capitation fundig : population, age, and mortality adjustments for regional and district health authorities in England. BMJ 307 : 1121-1124, 1993.
60. Roisin Phill and Nigel Stott. Invitation to attend a health check in a general practice setting : the views of a cohort of non-attenders. Journal of the Royal College of General Practitioners : 57-60, 1988.
61. Roland Michel. L'expérience du forfait dans les maisons médicales, une recherche-action. Dossier forfait. 1990.
62. Roland Michel. Primary health service, financing and research. Archives of Public Health 47(1-4) : 174-1777, 1989.

63. Roland Michel. Propositions de protocole d'étude pour l'évaluation du système forfaitaire. Dossier forfait. 1988.
64. Rosenblatt Roger A. Specialists or generalist. On Whom Should We Base the American Health Care System ? *Jama* 267(12) : 1665-1666, 1992.
65. Schieber G. and Poullier JP. Les systèmes de santé : à la recherche d'efficacité. Dossier forfait. 1990.
66. Senet Bernard and Regard Philippe. Etre généraliste au Danemark. *Pratiques* 31 : 36-39, 1993.
67. Starfield Barbara. Primary Care and Health a cross national comparison. *Jama* 266(16) : 2268-2271, 1991.
68. Stearns Sally C., Wolfe Barbara L., and Kingig David A. Physician responses to Fee-For-Service and Capitation Payment. *Inquiry* 29 : 416-425, 1992.
69. Thomas Kate J., Nicholl Jonathan, Fall Margaret, Lowy Adam, and Williams Brian. Case against targeting long term non-attenders in general practice for a health check. *British Journal of General Practice* : 285-289, 1993.
70. Van Dormael Monique. La philosophie de l'abonnement : bien expliqué, elle peut séduire les patients. *Les Cahiers du Germ* 1983
71. Van Dormael Monique. Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement : 20 ans de controverses belges. *Les Cahiers du Germ* 133 : 1-38, 1979.
72. Veldeman Françoise. La vaccination contre la grippe. *Courrier* : 41-42, 1994.

ERRATUM :

Une erreur s'est glissée dans le deuxième numéro de Santé Conjuguée : la bibliographie qui appartient à l'article « Etat de manque et manque d'état » d'Anne-Françoise Raedemaker (page 50) s'est retrouvée à la page 46 à la fin de l'article de Cécile Moorgat et Raymonde Saliba.
Nous prions nos lecteurs de bien vouloir excuser cette malencontreuse coquille.