

Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour.

Résumé

Date de publication : 8 décembre 2017

Auteurs : Michel Boutsen, Giulia Camilotti, Tonio Di Zinno, Anne-Françoise Pirson, Pauline Van Cutsem, Katrien Vervoort

Introduction

En Belgique, il existe deux modes de financement des soins de santé primaires. Le premier est le financement à l'acte, dans lequel est actif la grande majorité des prestataires de soins. Le second est le financement au forfait, actuellement possible pour le financement de la médecine générale, des soins infirmiers et de la kinésithérapie.

Dans le financement à l'acte, le prestataire de soins est rémunéré à la prestation, dont le montant est fixé dans la nomenclature. Dans le financement au forfait, le prestataire de soins reçoit un montant mensuel fixe par patient inscrit, le prestataire étant responsable de la continuité de soins de qualité à apporter au patient.

Le patient possède le libre choix du prestataire, mais les soins dispensés dans le cadre du système forfaitaire requièrent une inscription. À l'heure actuelle, 3,2 %¹ de la population belge, soit environ 360 000 patients, sont inscrits dans une « maison médicale », à savoir un centre qui applique le paiement au forfait. En Flandre, bon nombre de ces centres sont connus sous le nom de « centres de santé de quartier » (wijkgezondheidscentra).

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a comparé les coûts et la qualité des deux systèmes. Le KCE était alors arrivé à la conclusion que les coûts et la qualité étaient équivalents dans les deux systèmes². En matière de coûts, il est apparu que le système forfaitaire était plus coûteux en soins de première ligne mais que ce surcoût était compensé par une économie en soins de deuxième ligne (hôpitaux, médicaments, réorientation vers des spécialistes, revalidation, etc.). Ce qui rend la facture équivalente pour l'assurance maladie. Toutefois, les pratiques forfaitaires obtiennent un meilleur score en matière de prévention des maladies et s'avèrent plus intéressantes pour le patient (puisqu'il n'y a pas de ticket modérateur en première ligne, moins de prestations en deuxième ligne et moins de frais pour les médicaments).

L'étude du KCE a été réalisée sur base de chiffres de 2002, 2003 et 2004. Entre-temps, le système de paiement au forfait a toutefois fort évolué³ : (1) le nombre de centres et le nombre de patients inscrits a plus que doublé entre 2007 et 2016, (2) cette forte croissance a été de pair avec une diversification du secteur, tant en matière de statut juridique qu'en matière d'organisation des soins, de répartition géographique et d'affiliation éventuelle à une fédération, et (3) en mai 2013, un nouveau mode de financement est entré en vigueur, selon lequel le montant forfaitaire pour chaque centre, au sein du budget global du secteur, est déterminé sur base annuelle en fonction du profil de risques de ses patients.

À l'été 2016, la Commission d'accords « paiements forfaitaires » de l'INAMI a introduit une demande de mise à jour de l'étude auprès du KCE afin de vérifier si ces conclusions demeurent valables dans le nouveau contexte. De plus en plus d'acteurs considèrent en effet que cette étude est obsolète. Toutefois, le KCE n'a pu répondre à cette demande.

Entre-temps, le système de paiement au forfait fait l'objet d'un débat très tendu. Lors du conclave budgétaire d'octobre 2016, des économies ont été imposées au secteur. En outre, un audit sur l'organisation, le fonctionnement et la structure des coûts des maisons médicales devrait être réalisé dans le but de disposer d'une base pour l'optimisation du système. Dans l'attente de cet audit, un

¹ Situation au 30 juin 2016

² KCE Reports 85B (2008), Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Disponible <https://kce.fgov.be/fr/comparaison-du-co%C3%BBt-et-de-la-qualit%C3%A9-de-deux-syst%C3%A8mes-de-financement-des-soins-de-premi%C3%A8re-ligne-en>

³ INAMI, Rapport standardisé, juin 2017.

moratoire est d'application pour les nouveaux centres, à l'exception de ceux qui avaient déjà introduit un dossier auprès de l'INAMI avant le 8 octobre 2016. Entre-temps, le démarrage de ces nouveaux centres est lui aussi devenu impossible à dater de juillet 2017. Une décision motivée par l'épuisement du budget pour cette année.

L'étude du KCE de 2008 a été réalisée dans le but de « dépassionner » le débat et de déterminer comment les deux systèmes peuvent continuer à coexister de façon équitable. Tenant compte du contexte évoqué ci-dessus, l'Agence interMutualiste a décidé de prendre elle-même en charge la mise à jour de cette étude, avec les mêmes objectifs que le KCE à l'époque. L'objectif de cette enquête consiste également à proposer de nouvelles pistes d'optimisation du modèle de paiement au forfait.

Question

Au moyen de cette enquête, nous essayons de formuler une réponse aux trois questions suivantes :

- Le coût total des soins supportés par l'Assurance Soins de santé fournis aux patients soignés au forfait est-il plus ou moins élevé que celui des patients soignés à l'acte avec des besoins comparables?
- Quel est le niveau qualitatif des soins primaires aux patients soignés sur base forfaitaire par rapport à celui des soins apportés aux patients dépendants du système de paiement à l'acte ?
- Ces conclusions diffèrent-elles en fonction des caractéristiques des centres forfaitaires (leur âge, leur localisation, leur statut juridique, leur affiliation à une fédération représentative ou non,..) ?

Description du système au forfait belge

Fonctionnement

Le principe de base du système de paiement au forfait est le suivant : le prestataire n'est pas payé à la prestation, mais perçoit un montant mensuel fixe par patient inscrit, couvrant la responsabilité de la continuité des soins de qualité à apporter à ce patient. À l'heure actuelle, les prestations suivantes peuvent faire l'objet de conventions de paiement au forfait : médecine générale, kinésithérapie et soins infirmiers.

Un prestataire de soins qui signe un accord de paiement au forfait ne peut, en principe, plus exercer dans le cadre du financement à l'acte. Pour pouvoir être soigné, le patient doit s'inscrire à la maison médicale, et ce pour la totalité des disciplines proposées.

Pour chaque bénéficiaire inscrit, le centre perçoit de la mutualité de celui-ci un forfait mensuel fixe pour chacune des disciplines proposées, quel que soit le nombre de consultations du patient. En ce qui concerne la médecine générale, ce forfait couvre également la gestion du dossier médical global du bénéficiaire. L'inscription dans une maison médicale implique l'obligation pour le bénéficiaire de s'adresser à celle-ci pour recevoir les soins. L'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement des consultations de prestataires de première ligne externes au centre. Autrement dit, aux yeux de l'assurance maladie, le financement à l'acte et le financement au forfait s'excluent mutuellement, tant dans le chef du bénéficiaire que dans le chef du prestataire.

Depuis 2015, chaque centre doit transmettre un rapport d'activités annuel à l'INAMI, détaillant le mode d'organisation de la continuité des soins et contenant des informations relatives aux prestations accordées au sein du centre (par ex. nombre de contacts avec les médecins généralistes au sein du cabinet, nombre de visites à domicile, personnel soignant présent, etc.). La Commission d'Accord a rédigé des recommandations destinées à garantir une continuité optimale des soins.

La grande majorité des centres fonctionne avec une organisation multidisciplinaire proposant donc au moins deux disciplines. Outre un personnel d'appui et des bénévoles, les centres comprennent souvent d'autres disciplines, telles que des assistants sociaux, des psychologues, des dentistes et des sages-femmes.

Financement

- **Budget global** : Les maisons médicales fonctionnent dans le cadre d'un budget global, réparti entre les différents centres sur base d'un montant forfaitaire par patient. Jusqu'en 2013, ce budget était un dérivé direct des budgets du financement à l'acte, augmenté de 31% afin de tenir compte (1) de la charge de travail supplémentaire pesant sur les centres étant donné la faiblesse socio-économique de la population dont ils s'occupent, (2) des économies générées par les centres au niveau de la deuxième ligne, et (3) des non-utilisateurs structurels de soins primaires (prisonniers, assurés résidant à l'étranger, etc.). Depuis 2013, le lien avec le budget du financement à l'acte est en principe rompu et il est procédé à des estimations techniques propres au secteur. L'enveloppe globale n'évolue donc plus en fonction de la croissance des dépenses liées au financement à l'acte, ce qui la rend plus stable et plus prévisible.
- **Forfait par patient** : À partir de mai 2013, le montant forfaitaire pour chaque centre et pour chaque discipline est calculé séparément sur base du profil de risques de ses patients. Ce profil de risques est calculé à l'aide d'une quarantaine de variables utilisées pour le modèle de responsabilité financière des mutualités, et notamment l'âge, le sexe, le statut social, la présence d'un handicap, les maladies chroniques et les conditions médicales nécessitant beaucoup de soins. Un centre qui compte des patients fort dépendants perçoit ainsi un montant annuel moyen supérieur à un centre dont les patients nécessitent des soins moins lourds.

Description du secteur

Centres⁴

- **Nombre** : Au 1er juillet 2017, la Belgique comptait un total de 177 « maisons médicales », à savoir des groupements de prestataires appliquant le financement au forfait. Le secteur connaît une très forte croissance : au cours des 10 dernières années, 10 centres en moyenne ont débuté leurs activités chaque année, entraînant un doublement du nombre de centres sur cette période.
- **Répartition géographique** : la majorité des centres se trouvent à Bruxelles (40 %) et en Wallonie (36 %). La Flandre compte 43 centres (24 %). Au niveau provincial, la plupart des centres sont situés dans les provinces de Liège, du Hainaut et de Flandre orientale. Les maisons médicales constituent un phénomène essentiellement urbain, même si le nombre de centres situés dans les zones rurales est en augmentation.
- **Offre médicale** : La grosse majorité des centres (66 %) propose à la fois des services de médecine générale, de soins infirmiers et de kinésithérapie. Ensuite, la combinaison la plus répandue associe la médecine générale et les soins infirmiers (32 %). Un seul centre propose une combinaison de médecine générale et de kinésithérapie. Enfin, il existe quatre centres monodisciplinaires, dont trois proposent uniquement la médecine générale et un seul uniquement des soins infirmiers.
- **Affiliation à une fédération** : Près de la moitié des maisons médicales sont affiliées à la Fédération des Maisons Médicales (FMM, 85 centres). 37 centres ne sont affiliés à aucune fédération. Et leur nombre augmente à un tempo élevé. En Flandre, la Vereniging voor Wijkgezondheidscentra (VWGC) représente 29 centres. FEPRFO, la Fédération des PRAtiques médicales de première ligne au FOrfait, représente 15 centres, répartis dans toute la Belgique. Enfin, la fédération Médecine pour le Peuple (MPLP) représente 11 centres, également répartis dans tout le pays.

⁴ Données INAMI, complétées par les auteurs

- **Structure d'organisation** : Plus de 90 % des maisons médicales sont constituées en ASBL. 11 centres ont un statut de SPRL, un seul a le statut de SCRL (Société Coopérative à Responsabilité Limitée), un seul est une association de fait et deux centres sont organisés selon les règles de la profession libérale.

Patients⁵

- **Nombre** : au 30/6/2016, on dénombrait 360 343 personnes affiliées auprès d'une maison médicale, soit 3,2 % de la population.
- **Profil** : le profil de ces gens est très différent de celui de la population générale, soignée à l'acte :
 - **Plus de bénéficiaires de l'intervention majorée** : dans le cadre de l'assurance maladie, 18 % de la population a droit à une intervention majorée. Pour les personnes affiliées auprès d'une maison médicale, ce pourcentage grimpe à 43 % pour le forfait médecine générale et soins infirmiers, et jusqu'à 47 % pour le forfait kinésithérapie. En d'autres termes, le public qui bénéficie des pratiques forfaitaires affiche un profil socio-économique plus fragile.
 - **Une population plus jeune** : la population affiliée auprès des maisons médicales est nettement plus jeune que le reste de la population : 77 % de ces personnes ont moins de 50 ans, contre 61 % du total des bénéficiaires. Parmi les bénéficiaires des maisons médicales, on compte beaucoup de familles avec de jeunes enfants.
 - **D'importantes différences régionales** : On dénombre proportionnellement beaucoup plus de personnes affiliées à une maison médicale en Wallonie, et davantage encore à Bruxelles, qu'en Flandre. Sur les 360 343 personnes inscrites dans une maison médicale, 94 777 habitent en Flandre (26 %), 130 205 en Wallonie (36 %) et 134 026 à Bruxelles (37 %). Cette répartition est bien sûr étroitement liée à la répartition géographique des centres.

Données et méthodologie

La méthodologie appliquée à l'étude du KCE de 2008 a été répliquée autant que possible.

Afin d'établir une comparaison fiable entre les coûts et la qualité des deux modes de financement, deux échantillons appariés de patients ont été constitués :

- L'échantillon 1 est représentatif des patients soignés sur base forfaitaire. Comme indiqué précédemment, ce profil diffère du profil moyen de la population belge : la population traitée au sein d'une pratique au forfait se trouve, de façon générale, dans une situation socio-économique plus précaire que la population belge moyenne. En outre, sa répartition est différente au niveau régional (relativement plus concentrée à Bruxelles et en Wallonie) ;
- L'échantillon 2 a été apparié à l'échantillon 1 de façon à ce que les personnes bénéficiant de soins rémunérés à l'acte présentent les mêmes caractéristiques que les patients de l'échantillon 1. Les variables d'appariement ont été choisies sur base de leur lien escompté avec la consommation en soin: catégorie d'âge, sexe, secteur statistique (domicile), statut (droit à une intervention majorée, invalidité et garantie de revenus aux personnes âgées), même année de naissance/décès, régime (indépendant/régime général).

Un troisième échantillon a été établi sur base d'un échantillon aléatoire de la population belge. Celui-ci est utilisé afin de démontrer comment et pourquoi la consommation de la population inscrite dans les pratiques forfaitaires diffère de la consommation de la population en général.

⁵ INAMI, rapport standardisé, juin 2017

Chaque échantillon se compose d'environ 50 000 patients dont on a suivi la consommation pendant trois ans (2012, 2013 et 2014).

Tableau 3 : Aperçu des principales propriétés de la population des trois échantillons

Propriété	Échantillon 1 : forfait	Échantillon 2 : par prestation, apparié	Échantillon 3 : par prestation, échantillon aléatoire
Âge moyen	32,1	32,6	40,7
Proportion d'hommes	48,6%	48,6%	48,6%
Proportion de personnes ayant droit à une intervention majorée	40,9%	40,9%	16,4%
Invalidité (%)	7,2%	7,2%	4,7%
Garantie de revenus aux personnes âgées (%)	1,2%	1,2%	1,1%
Régime général (%)	96,7%	96,7%	89,6%
Au chômage depuis plus de 12 mois	6,83%	6,85%	4,46%
Total	47 707	47 707	50 000

Pour environ 5 pour cent de la population des maisons médicales, aucune paire n'a été trouvée dans le financement à l'acte. Une analyse plus approfondie révèle qu'il s'agit de gens présentant un profil socio-économique vulnérable. Ces personnes ont été retirées de l'échantillon. Toutefois, cet exercice n'a généré aucune distorsion des résultats. Cette constatation démontre en revanche que les pratiques forfaitaires touchent un segment de la population qui n'a pas accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles.

L'analyse a été réalisée sur base des données 2012-2014 de l'Agence interMutualiste : données de population, données de remboursement des soins de santé et Pharmanet.

Limitations de l'étude

Nous sommes conscients du fait que la méthodologie adoptée comporte un certain nombre de limitations non négligeables.

Deux types de limitations sont présentes dans cette étude :

1. Les limitations liées aux données :
 - a. L'année la plus récente pour laquelle l'AIM dispose de données de prestations complètes est 2014. L'étude ne nous permet donc pas de tirer des conclusions à jour concernant les récentes évolutions du secteur. Notamment, une réforme importante, engendrant plus de stabilité et de prévisibilité dans le financement au forfait mais également une autre méthode de répartition des moyens entre les centres, a été

introduite en 2013. Cette étude nous permet donc peu de recul pour tirer des conclusions concernant les effets de ce nouveau financement. Également, depuis 2013, il y a eu une diversification conséquente des profils des centres forfaitaires (par exemple une nouvelle fédération s'est créée en 2013; il y a également un nombre de plus en plus conséquent de centres non-affiliés dans les nouveaux centres ouverts depuis 2014; ...).

- b. Nous ne disposons pas de données relatives à la variable la plus déterminante en ce qui concerne la consommation en soin des patients, à savoir les données de pathologie. L'absence d'information sur l'état de santé des assurés représente une limite conséquente de l'étude car cela nous empêche de construire l'appariement à partir d'indicateur de la morbidité. Or la morbidité explique probablement une variation conséquente du coût des soins entre les patients. Ainsi, par exemple, il n'est pas à exclure qu'en dépit de la méthodologie d'appariement, la morbidité des patients soit plus élevée au sein de l'échantillon 1 que de l'échantillon 2. Nous avons ainsi pu constater que l'échantillon 1 contient environ 10 % de patients diabétiques en plus que l'échantillon 2 (voir les résultats des indicateurs de qualité).
- c. Les comorbidités nous font également défaut et en particulier les comorbidités en santé mentale qui rendent la prise en charge de certains patients particulièrement complexe et coûteuse.
- d. La comparaison entre les deux systèmes s'effectue sur base des frais engendrés, en utilisant les données de remboursement disponibles, ce qui ne livre bien sûr qu'une image partielle. Ainsi, par exemple, les diabétiques sont identifiés au moyen des médicaments pris. Résultat : une personne qui maîtrise son diabète au moyen d'un régime approprié n'apparaît pas dans les résultats de cette comparaison. De plus, une partie des soins et de la prise en charge en première ligne ne sont pas remboursés dans le cadre de l'AMI (santé mentale, travail de prévention et de promotion de la santé, éducation permanente, travail social...).

2. Les limitations liées à la méthodologie :

- a. La méthodologie d'appariement utilisée a pour objectif d'atténuer les différences socio-économiques entre les patients inscrits dans des centres forfaitaires et les patients inscrits à l'acte. Les deux échantillons ont des profils similaires par rapport à d'autres caractéristiques observées que celles de l'appariement, ce qui témoigne d'un appariement de qualité. Toutefois, il est envisageable que les différences observées restent entachées d'effets liés à des différences socio-économiques non-objectivables dans les données à notre disposition.
- b. 5% de la population au forfait n'a pas trouvé de paire équivalente à l'acte et si nous avons des éléments pour penser que cela n'influe pas sur le résultat de comparaison des dépenses, cette exclusion pourrait introduire des biais dans la comparaison des indicateurs de qualité.
- c. La partie exploratoire et descriptive concernant la variabilité des dépenses entre maisons médicales ne permet pas d'identifier les déterminants de celle-ci. Aucune interprétation causale des résultats n'est donc possible.
- d. Il est procédé à la comparaison des coûts entre l'échantillon 1 et l'échantillon 2. De cette analyse, il ressort que la consommation de soins de la population de l'échantillon 2 est

insuffisante, d'environ 8 %⁶ selon notre estimation. Il conviendrait de tenir compte de cette possible sous-consommation dans les interprétations.

Résultats

1. Comparaison des dépenses pour l'assurance maladie

Tableau 4 : Comparaison des grandes catégories de dépenses (données 2014), par patient, pour un an.

Dépenses moyennes, 2014	Échantillons		
	1. groupe test au forfait	2. groupe control à l'acte	3. population standard à l'acte
Dépenses de soins de première ligne	381 €	197 €	279 €
Dossier Médical Global	32 €	13 €	16 €
Dépenses hors-première ligne	1.661 €	1.870 €	2.143 €
Médecine spécialisée ambulatoire	181 €	185 €	187 €
Paramédicaux, bandagistes, implants	126 €	134 €	125 €
Spécialités pharmaceutiques	237 €	258 €	304 €
Biologie clinique et imagerie médicale	141 €	138 €	144 €
Hospitalisation, revalidation, MRS	869 €	1030 €	1237 €
Hôpital de jour	46 €	45 €	50 €

⁶ Analyse réalisée sur base d'une standardisation en partant des dépenses des patients de la population générale (échantillons 3) voir point 3.

Dialyse	27 €	41€	38 €
Autre	33 €	39 €	58 €
Dépenses totales	2.074 €	2.080 €	2.438 €

- Dépenses totales :** De façon générale, les coûts INAMI liés aux soins dispensés aux patients traités sur base forfaitaire sont équivalents à ceux liés aux soins dispensés aux patients affichant les mêmes caractéristiques et qui sont traités selon le système à l'acte (2 074 euros pour l'échantillon 1 contre 2 080 euros pour l'échantillon 2, la différence de 6 euros entre les deux systèmes étant considérée comme statistiquement insignifiante).
La moyenne des coûts liés aux patients de l'échantillon 3, à savoir un échantillon aléatoire de la population belge soigné dans le cadre du financement à l'acte, est supérieure de 364 euros (2 438 euros). Un résultat qui s'explique essentiellement par le fait que la moyenne d'âge de cette population est plus élevée.
- Dépenses de première ligne :** Les dépenses INAMI liées aux soins de première ligne sont plus élevés de 184 euros pour les patients traités dans le cadre du système au forfait que pour les patients de l'échantillon 2, compte non tenu du dossier médical global (DMG) (soit 381 euros contre 197 euros). Si l'on inclut le DMG, la différence s'élève à 203 euros. La moyenne des coûts liés aux soins de première ligne des patients d'un échantillon aléatoire de la population belge issu du système de financement à l'acte est inférieure de 102 euros aux coûts liés aux patients du système au forfait. Ces différences sont attribuables à différents facteurs, comme notamment discuté en point 3 (Approche du biais social et du biais de morbidité). Mais c'est principalement la méthode de calcul historique du forfait, qui, par construction explique une part importante de ce surcoût (le forfait a été calculé sur base des dépenses moyennes correspondantes dans le système de la médecine à l'acte, augmentées de 31 %). En outre, le DMG est beaucoup moins répandu dans les pratiques à l'acte (42 % des patients), alors que 100 % de la population des pratiques forfaitaires sont couverts.
- Dépenses hors première ligne :** Les dépenses hors première ligne de l'INAMI liées aux patients traités dans les pratiques forfaitaires sont inférieures de 209 euros à celles liées aux patients affichant les mêmes caractéristiques qui sont traités dans le cadre de la médecine à l'acte (soit 1 661 euros contre 1 870 euros). Le surcoût de la première ligne dans la médecine au forfait (203 euros) par rapport à la médecine à l'acte se trouve donc intégralement compensé par les économies (209 euros) réalisées au niveau des dépenses hors première ligne. Les économies enregistrées se situent principalement dans la prise en charge institutionnalisée (hospitalisations, revalidation, MRS et MRPA), les dépenses en spécialités pharmaceutiques et la dialyse.

Ces résultats correspondent parfaitement à ceux de l'étude réalisée en 2008 par le KCE.

2. Evolution générale depuis l'étude KCE (données 2004 – données 2014)

La méthodologie de calcul des catégories de dépenses de l'étude KCE n'a pas pu être reproduite à l'identique dans l'étude AIM. La différence essentielle se situe au niveau des dépenses hospitalisations qui sont prises en compte à 100 % dans l'étude AIM, rendant une comparaison entre ces résultats et ceux de l'étude du KCE basée sur des données de 2004 difficile et à interpréter avec prudence.

On peut cependant tirer les grands traits suivants de cette comparaison:

- Les dépenses totales au forfait semblent avoir évolué en 10 ans, entre 2004 et 2014, de manière similaire aux dépenses à l'acte.
- La proportion de dépenses - plus élevées en première ligne dans le système au forfait et compensées par des économies en seconde ligne - semble avoir évolué de manière similaire sur la période.
- Par ailleurs, hors première ligne, les sources des économies ont changé. En 2004, dans l'étude KCE, les sources d'économies venaient de l'hospitalisation, des médicaments, des médecins spécialistes, de la revalidation, de la biologie clinique et de l'imagerie. En 2014, dans cette étude, les économies viennent de l'hospitalisation, des institutions pour personnes âgées, des médicaments, des orthopédistes et bandagistes, de la revalidation et de la dialyse. Il n'y a plus d'économies en médecine spécialisée ambulatoire, ni en biologie clinique et imagerie médicale ambulatoire.

Cette évolution concernant la source des économies peut être interprétée en avançant différentes hypothèses, tant relatives à l'évolution de pratiques dans le modèle au forfait qu'à des modifications de comportement dans le modèle à l'acte. La présente étude ne permet pas de le déduire.

3. Approche du biais social et du biais de morbidité

L'échantillon 2, constitué d'individus qui se soignent à l'acte et qui présentent un profil démographique et socio-économique similaire aux individus inscrits au forfait consomme et dépense moins que la population générale soignée à l'acte (échantillon 3).

Le KCE⁷ formulait déjà l'hypothèse que cette consommation moindre serait due à une sous-consommation ou à un report de soins dans le chef de cette population plus précarisée, principalement sensible en première ligne de soins. Si c'est le cas, ce biais social est à prendre en considération quand on analyse la différence de coût en première ligne des deux cohortes appariées (échantillon 1 et échantillon 2). Une autre biais possible concerne des différences de morbidité entre les deux échantillons. En effet, une des hypothèses que l'étude explore est l'effet d'attrait (et/ou de référencement) de patients plus malades vers les maisons médicales, toutes autres caractéristiques étant similaires.

L'étude explore ces deux biais, social et de morbidité, à partir d'une standardisation indirecte : on utilise les données de la population générale à l'acte (échantillon 3), pour prédire ce que l'on devrait observer dans la population à l'acte appariée tout en tenant compte des différences dues aux variables « âge », « BIM » et « sexe ».

Il apparaît que si l'échantillon à l'acte apparié (échantillon 2) avait la même structure en terme d'âge, de genre et de proportion de BIM que l'échantillon représentatif de la population générale (échantillon 3), les dépenses attendues en première ligne seraient de 266 € au lieu des 210€ observés et de 2079€ en deuxième ligne, au lieu des 1870€ observés.

⁷ Rapport KCE 85bis, 2008, pp.78-79

De même, le taux de patients traités par insuline et hypoglycémisants serait, dans la population appariée une fois standardisée, de 4,4%. Ce qui diffère des 5,4% qu'on y observe sans standardisation. Par ailleurs, le pourcentage de patients diabétiques dans l'échantillon au forfait est de 6,0% (contre les 5,4 % dans l'échantillon apparié). Dans les quartiers où la morbidité diabétiques est plus élevée que dans la population générale, les maisons médicales drainent plus de patients diabétiques.

4. Résultats par type de maison médicale

Dans son étude de 2008, le KCE précisait qu' « on ne pouvait inférer avec certitude des résultats observés qu'ils soient dus exclusivement à la différence des modes de rémunération entre les deux systèmes en vigueur en Belgique. D'autres attributs que le mode de rémunération différencient les deux systèmes »⁸. Le KCE citait par exemple l'impact possible des pratiques de groupes pluridisciplinaire et transdisciplinaire fort présentes dans les centres forfaires, ou l'influence des valeurs des fédérations auxquelles sont affiliés un nombre conséquent de pratiques au forfait.

A côté de l'analyse des dépenses et de la qualité, cette étude a donc essayé d'aller un pas plus loin dans l'objectivation de cette hypothèse. En restant dans la méthodologie de l'appariement, nous quantifions l'hétérogénéité qui existent entre les maisons médicales en terme de dépenses, ventilée selon différentes caractéristiques (la fédération d'appartenance, la région, l'année d'ouverture et le statut juridique). Pour chacune de ces caractéristiques, on observe effectivement une hétérogénéité entre centres et selon les caractéristique analysées.

Ainsi, il semblerait que le financement au forfait et les caractéristiques en termes de consommation des soins qui y sont liées et plus précisément l'usage raisonné de la seconde ligne de soins, n'est pas une réalité univoque: une disparité de résultats existent selon diverses caractéristiques.

Toutefois, il faut rester prudent avec la méthodologie utilisée ici. Elle ne permet pas d'affirmer que ces caractéristiques expliquent les différences observées. Les corrélations observées ici ne sont donc pas à interpréter comme des liens de causalité car plusieurs facteurs peuvent justifier cette hétérogénéité et on ne peut pas les isoler dans cette étude.

5. Comparaison des indicateurs de qualité

Pour la majorité des indicateurs de qualité examinés, les pratiques forfaires obtiennent un meilleur score que les pratiques fonctionnant à l'acte en ce qui concerne les soins apportés à un groupe de patients similaires. Cependant, dans les deux modèles, il persiste encore une marge importante de progression au vue des recommandations nationales et internationales.

La qualité est significativement meilleure dans le système de financement au forfait dans les domaines suivants:

- Soins préventifs :
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus : Au sein du groupe-cible, 5 % de patients en plus font l'objet d'un dépistage (55 % contre 52 %) ;
 - Dépistage du cancer du sein : dans les pratiques forfaires, 15 % de femmes en plus font l'objet d'un dépistage du cancer du sein au sein du groupe-cible (59 % contre 52 %). De plus, ces femmes font proportionnellement plus l'objet d'un dépistage via le mammothest gratuit que via la mammographie diagnostique (28 % contre 18 %) ;

⁸ Rapport KCE 85 bis, p.153.

- Taux de vaccination contre la grippe des plus de 65 ans : Les pratiques forfaitaires touchent chaque année de 23 à 28 % de gens en plus que les pratiques fonctionnant à l'acte (61 à 65 % dans les pratiques forfaitaires contre 49 à 51 % pour le financement à l'acte).
- Médicaments :
 - Antibiotiques : Les patients des pratiques forfaitaires consomment de meilleurs antibiotiques et en quantité moindre que le groupe de patients similaire issu de la médecine à l'acte. En 2013, 34 % des patients des maisons médicales consommaient au moins un antibiotique, soit 5 % de moins qu'un groupe de patients similaire issu de la médecine à l'acte. En outre, les maisons médicales ont moins souvent tendance à préférer l'antibiotique à large spectre Amoxiclav à l'antibiotique préférable que constitue l'Amoxicilline, avec 33 % de doses journalières contre 44 % et une proportion de patients traités de 40 % contre 52 %.
 - Prescriptions bon marché : un pourcentage identique de patients issus des deux systèmes de financement sont traités avec des médicaments sur prescription, même si le coût moyen par patient traité est moins élevé dans le système de financement au forfait : 300 euros, contre 337 euros dans le système de financement à l'acte. Le système de financement au forfait privilégie souvent la prescription de variantes meilleur marché des médicaments : en ce qui concerne les hypocholestérolémiants, le système de financement au forfait affiche un taux de prescription de la coûteuse Rosuvastatine (Crestor®) inférieur de 29 % à celui du système de financement à l'acte (12 % contre 17 %).
- Adéquation des soins :
 - Suivi des patients diabétiques : pour un groupe de patients similaire, les pratiques forfaitaires affichent une proportion de patients diabétiques 10 % plus élevée. Les taux d'HbA1C dans le sang font l'objet d'un suivi plus fréquent chez les patients diabétiques des maisons médicales que chez les patients issus du système de financement à l'acte (en 2013, 36 % des diabétiques ont fait l'objet de minimum 3 contrôles, contre 27 % dans le système de financement à l'acte). Enfin, les patients diabétiques plus âgés (plus de 55 ans, groupe à risques) des maisons médicales se voient plus souvent administrer des statines que ceux qui se soignent dans le système de financement à l'acte (69 % contre 60 %). Il existe donc une proportion plus élevée de patients diabétiques en maisons médicales et ceux-ci font, de façon générale, l'objet d'un meilleur suivi.
 - Soins de santé mentale : un grand nombre de maisons médicales exercent différentes activités liées aux soins de santé mentale. Bon nombre de centres disposent d'un psychologue en leur sein, d'autres investissent dans le soutien de la pratique des soins de santé mentale, etc. Une approche qui semble se traduire par un recours moindre aux traitements psychopharmacologiques dans le chef des patients des maisons médicales : pour un groupe de patients similaire, il est de 5 % inférieur pour les antipsychotiques et de 7 % inférieur pour les antidépresseurs. La différence est particulièrement notable en ce qui concerne les antidépresseurs.

Le recours aux urgences est équivalent entre les deux systèmes : un même pourcentage de patients (un sur cinq) a annuellement recours aux services d'urgences de l'hôpital.

Aucun indicateur n'affiche un score inférieur pour les pratiques issues de la médecine au forfait par rapport aux pratiques de médecine à l'acte.

Lorsque l'on effectue la comparaison avec l'échantillon 3, à savoir un échantillon aléatoire de la population belge soigné dans le cadre du financement à l'acte, les résultats sont différents, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et les hospitalisations d'urgence. Cette différence

s'explique par le profil particulier des patients des maisons médicales par rapport à la population belge soignée dans le cadre du financement à l'acte.

Enfin, il importe de garder à l'esprit que cette analyse qualitative implique un certain nombre de limitations :

1. Elle ne fournit qu'une image très partielle de la qualité des soins. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion en ce qui concerne d'autres aspects qualitatifs, tels que la satisfaction du patient, les aspects structurels et organisationnels de la pratique, le traitement global des patients, etc.
2. Nous ne disposons d'aucune information sur la variable sous-jacente essentielle permettant l'interprétation correcte des résultats ci-dessus, à savoir la morbidité des patients. Ainsi, un taux de consommation d'antibiotiques plus élevé dans une pratique particulière peut être dû à la prescription trop fréquente d'antibiotiques, mais aussi au fait que la pratique compte plus de patients nécessitant des antibiotiques. La même remarque s'applique, par exemple, à la prise en charge de problèmes de santé mentale et à la prescription de traitements psychopharmacologiques.
3. Pour la plupart des indicateurs de qualité, le médecin n'a pas lui-même toutes les cartes en main et n'exerce donc pas une influence totale sur les résultats des indicateurs de qualité (par ex. hospitalisation d'urgence, pression des patients pour obtenir une prescription d'antibiotiques ou un médicament particulier, etc.).

Conclusions

Sur base de cette étude, qui constitue une mise à jour de l'étude réalisée par le KCE en 2008 et dont la méthodologie a été réutilisée, nous pouvons affirmer que les conclusions tirées en 2008 en matière de coûts pour la communauté et pour les patients, de qualité et d'accessibilité demeurent valables :

1. **Maîtrise des dépenses** : les dépenses liées aux soins à charge de l'assurance maladie sont équivalents dans les deux systèmes : ils sont plus élevés au niveau de la première ligne en ce qui concerne les patients soignés dans le système de financement au forfait, mais ce surcoût est intégralement compensé par les économies réalisées au niveau de la deuxième ligne.

Si les dépenses de seconde ligne ambulatoire (médecins spécialistes, biologie clinique et imagerie médicale ambulatoire, hôpital de jour, paramédicaux...) semblent comparables dans les échantillons contrôle et test, des économies sont par contre engrangées par le système au forfait principalement au niveau de la prise en charge institutionnalisée (hospitalisation, institutionnalisation des personnes âgées), de la prescription des médicaments, de la revalidation et de la dialyse.

D'où l'hypothèse que l'approche globale et intégrée adoptée par la majorité des pratiques forfaitaires semble porter ses fruits en termes de prévention tertiaire (prévention des complications liées à une pathologie) et quaternaire (prévention palliative et par extension prévention de la surmédicalisation), et générer ainsi des économies pour l'assurance maladie par un meilleur échelonnement des soins : plus de soins ambulatoires et une institutionnalisation moindre. Ce résultat est particulièrement intéressant car des thématiques comme l'échelonnement des soins, la prévention et le maintien à domicile sont des thèmes centraux dans l'adaptation nécessaire de notre système de soins aux défis de demain tels que le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Les pratiques forfaitaires ont donc ici une plus-value importante dans le paysage belge des soins de santé.

De plus, depuis l'introduction du nouveau système de financement en 2013, les dépenses liées au système de financement forfaitaires sont devenues plus stables et plus prévisibles (voir cadre théorique pt. 3.) : l'enveloppe globale n'évolue plus en fonction de la croissance des dépenses liées au financement à l'acte. Ce sont essentiellement l'indexation des prestations et le case mix des patients qui exercent un impact sur le coût moyen par patient dans le système au forfait.

2. **Différences entre pratiques :** l'étude met en évidence que le seul choix du mode de financement au forfait ne semble pas être un ingrédient univoque suffisant pour garantir les bons résultats observés en terme d'usage parcimonieux de la seconde ligne par le système au forfait. Il y a des disparités entre les centres. Le résultat général de dépenses similaires entre le système de financement à l'acte et au forfait diffère s'il est ventilé selon certaines caractéristiques des maisons médicales telles que la fédération d'appartenance, la région d'installation, la date d'ouverture de la pratique et le statut juridique. Les facteurs qui peuvent expliquer cette hétérogénéité sont potentiellement multiples mais ils n'ont pas été analysés dans ce rapport. Des analyses plus approfondies et d'autres méthodes de recherche sont nécessaires pour identifier correctement l'impact de chacun de ces facteurs potentiels et comprendre quels sont les autres facteurs d'efficacité du modèle.

3. **Qualité des soins :** en ce qui concerne les indicateurs de qualité examinés, on constate que la qualité des soins s'avère globalement meilleure au sein des pratiques forfaitaires que dans les pratiques fonctionnant selon le système de financement à l'acte. La différence est la plus prononcée pour les indicateurs sur lesquels le prestataire de soins exerce le plus d'influence directe : le degré de couverture de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées est clairement plus élevé, les médecins qui travaillent selon le système au forfait prescrivent moins d'antibiotiques et, lorsqu'ils en prescrivent, ils optent, conformément aux recommandations, pour un antibiotique à moins large spectre. Ils prescrivent également plus souvent des médicaments meilleur marché. En outre, de façon générale, les résultats sont meilleurs pour les activités de prévention (dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein), le suivi des patients diabétiques et la prise en charge des problèmes de santé mentale (moins de traitements psychopharmacologiques). Les patients des pratiques forfaitaires semblent avoir recours aux services d'urgence dans une mesure comparable à celle des patients issus du système de financement à l'acte. Pour aucun des indicateurs de qualité examinés, les pratiques forfaitaires n'ont obtenu un score inférieur à celui des pratiques fonctionnant à l'acte. Quoiqu'il en soit, les deux systèmes peuvent toujours faire l'objet d'améliorations.

4. **Accessibilité des soins :**
 - a. Les dépenses à charge du patient sont moins élevées dans le système au forfait : celui-ci ne paie pas de ticket modérateur au niveau de la première ligne et paie un ticket modérateur et des suppléments réduits au niveau de la deuxième ligne dans la mesure où il l'utilise moins. En outre, il dépense moins en médicaments grâce à une plus grande consommation de variantes de médicaments meilleur marché.
 - b. Les pratiques forfaitaires arrivent à toucher un public socio-économiquement vulnérable qui n'a pas ou pas suffisamment accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles. Les pratiques forfaitaires constituent donc une plus-value importante en termes d'accessibilité des soins et de lutte contre les inégalités en matière de santé. Cette conclusion se fonde sur les constatations suivantes : (1) le profil différent de l'échantillon de patients des maisons médicales par rapport à l'échantillon 3 (proportion considérablement plus élevée de patients ayant droit à une intervention majorée) et (2) le fait qu'aucun équivalent n'a pu être

trouvé dans le système de financement à l'acte pour environ 5 % des personnes de l'échantillon des maisons médicales, en raison de leur trop grande vulnérabilité socio-économique. L'étude, à travers une standardisation indirecte, prouve également qu'il peut être soupçonné que cette patientèle précarisée est exposée à des risques de sous-consommation ou de reports de soins quand elle est soignée à l'acte.

5. **Sélection des risques** : Outre une précarité sociale importante, l'étude met en avant que la patientèle de l'échantillon 1 semble également avoir une morbidité plus importante que la patientèle des échantillons 3 (population générale) et 2 (population soignée à l'acte mais avec profil socio démographique comparable au forfait). Le fait que la population inscrite au forfait est en moyenne plus précaire socialement et semble avoir une morbidité plus lourde sur base des données disponibles, peut amener à conclure qu'il n'y a pas de sélection de patients à faible risque de santé dans la médecine générale payée au forfait.

Sur la base de cette étude, nous pouvons conclure que les pratiques fonctionnant selon le système de financement au forfait dispensent des soins dont le coût est identique pour l'assurance maladie, mais qui sont de meilleure qualité en ce qui concerne les indicateurs de qualité examinés dans le présent rapport. En outre, les pratiques sont plus accessibles et meilleur marché pour le patient. Elles constituent donc une plus-value importante pour les soins de première ligne en Belgique.

Recommandations

1. **Reconnaître la place des pratiques forfaitaires de première ligne dans le système de santé belge.** Cette étude démontre que ces pratiques proposent des soins de qualité et accessibles pour un coût identique pour l'assurance maladie, et que ce modèle offre des opportunités en termes de soins intégrés pour les maladies chroniques. Ce modèle répond à une série de priorités politiques importantes du gouvernement fédéral, telles que « *la lutte contre les inégalités en matière de santé, la promotion de soins de première ligne plus solides et une collaboration accrue autour du patient dans le cadre de la réponse à une demande croissante de soins aux malades chroniques, et la promotion d'une consommation raisonnable de médicaments, avec une attention particulière pour les antibiotiques* »⁹. Cette reconnaissance implique une vision transversale de l'établissement du budget (Cela signifie que le budget disponible évolue en fonction du nombre de patients et des disciplines proposées par les centres) et la prise en considération de la possibilité pour le patient de choisir librement le système forfaitaire ou le système de financement à l'acte.
2. **Veiller à poursuivre l'optimisation du modèle de paiement au forfait**, afin de garantir la qualité et l'efficacité du fonctionnement de chaque centre et d'éviter toute éventuelle sélection des risques. Egalement, cette étude démontre que le paiement forfaitaire à lui seul n'est pas suffisant : il existe d'importantes différences entre les centres dans la mesure où, par exemple, chacun d'entre eux ne réalise pas les économies observées de manière générale au niveau des soins de deuxième ligne. Il convient de poursuivre les efforts dans trois domaines :
 - **L'affinement du cadre réglementaire**, avec entre autres une définition du concept de « maison médicale » (inexistant à ce jour), l'élaboration d'une réglementation en matière de continuité des soins (y compris l'encadrement, la sous-traitance et le rôle des rapports d'activités) et l'intégration de mesures de lutte contre la fraude ;

⁹ Accord de gouvernement, 9 octobre 2014.

- **L'affinement du financement**, afin que le financement de chaque centre reflète au mieux le besoin de soins des patients qui y sont soignés. La Commission de convention compétente a fait un premier pas en élaborant une proposition très concrète de modification d'arrêté royal¹⁰.
 - **L'intégration d'incitants visant à promouvoir la qualité, l'efficacité et la solidité d'un fonctionnement multidisciplinaire de première ligne** : Un suivi systématique, au niveau de chaque centre, de (1) la qualité des soins, sur base d'une série d'indicateurs de qualité et (2) l'efficacité des soins, par exemple via les économies réalisées au niveau de la deuxième ligne. À long terme, une partie du montant forfaitaire pourrait être rendu dépendant des résultats ci-dessus.
- 3. Veiller à procéder à une évaluation permanente du secteur** afin de s'assurer que le modèle maintienne ses qualités et les performances observées. Investir dans une enquête supplémentaire afin de mieux cerner les facteurs de succès sous-jacents du modèle :
1. Plutôt que de répéter cette étude sur une base périodique, il serait possible de reprendre systématiquement les maisons médicales dans des études relatives aux performances et à la qualité des soins, telles que le rapport de performance du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (voir e.a. KCE – report 259C), les indicateurs de qualité du CNPQ au niveau de l'INAMI et les analyses de l'Agence Intermutualiste.
 2. Cette étude a démontré que le forfait à lui seul n'est pas suffisant pour garantir l'efficacité du modèle. Manifestement d'autres variables ont un rôle primordial pour pérenniser un fonctionnement optimal du système. Les facteurs plus précis de « succès » des centres forfaitaires, au-delà du type de financement seul (par exemple, le rôle de la multidisciplinarité, le soutien informatique, les services offerts à leur membres par les fédérations, le statut juridique etc.), doivent être identifiés par un travail de recherche complémentaire. Cela est d'autant plus pertinent que le financement au forfait est au centre des discussions concernant l'avenir de nos soins de santé, qu'il intéresse un nombre croissant d'équipes de soignants de première ligne et que le profil de ces équipes se diversifie.

¹⁰ Arrêté royal du 23 avril 2013, en exécution de l'article 52, par. 1 de la loi concernant l'assurance obligatoire pour les soins de santé et les indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Koninklijk Besluit van 23 april 2013, en ce qui concerne les maisons médicales.