

Les maisons médicales efficaces pour soigner les plus fragiles et précaires

SANTÉ Une étude Solidaris évalue que leur coût est inférieur au système traditionnel

► Les chercheurs ont analysé les données de patients à Bruxelles, Liège et Gand.

► La facilité d'accès décide les patients à se faire soigner à temps.

Selon une nouvelle étude réalisée par les mutualités Solidaris, le système des maisons médicales, aujourd'hui utilisées par 360.000 Belges, doit être encouragé pour faire face aux besoins de soins du citoyen, plutôt que d'être figé dans l'actuel moratoire décidé par la ministre de la Santé. L'étude, que *Le Soir* dévoile en exclusivité, prouve notamment que la hausse des dépenses de santé est moindre pour les patients abonnés dans une maison médicale que pour le reste des citoyens, qui paient le médecin « à l'acte ». Rappelons le principe de la maison médicale : le citoyen s'y abonne et un forfait pour les soins de médecins, d'infirmiers et de kinésithérapeute est payé chaque mois par la Sécu à la maison médicale. Peu importe le nombre de visites chez le médecin, de séances de kiné ou de soins infirmiers, la maison médicale recevra un forfait fixe par mois et rien de plus. Depuis 2013, ce forfait est modulé selon quarante indicateurs qui décrivent le « risque » du patient : un peu plus si le patient est âgé ou

frappé d'une maladie chronique ou d'un handicap.

1 Est-ce « rentable » ? D'après l'étude de Solidaris, c'est bien le cas : en comparant la hausse des dépenses de l'Inami par secteur entre 2013 et 2016, la hausse des dépenses atteint 6 % pour les honoraires de médecin, 11 % pour les infirmières, 8 % pour les dentistes (notre tableau), tandis que la hausse du forfait des maisons médicales ne dépasse pas 2,51 %. Pour Solidaris, c'est la preuve que le système fonctionne. Et que si le budget des maisons médicales a bondi de 44 à 149 millions depuis 2007, c'est parce que le nombre de patients a triplé pour atteindre 360.000 Belges. Les experts démontrent par les chiffres que les conclusions d'une étude du KCE (datant quand même de dix ans) sur le coût et la qualité des soins au forfait ou à l'acte, restent vraies : « Si le coût de la médecine au forfait

est plus cher en première ligne, ce coût est compensé par des économies en seconde ligne (hospitalisation, imagerie médicale, biologie clinique et médicaments) et par une meilleure prévention. Pour les patients, le système est financièrement plus accessible puisqu'ils ne paient pas de ticket modérateur. En outre, leur facture de médicaments est moindre car ils se voient davantage prescrire des génériques et ils paient moins au niveau de la deuxième

ligne car ils sont moins souvent envoyés à l'hôpital ou chez un spécialiste. »

2 Est-ce efficace ? Si aucune comparaison de la qualité des soins n'existe, l'étude de Solidaris montre aussi que, pour un prix plus réduit, la population qui y est soignée est sensiblement plus jeune : les patients ont, en moyenne, 32 ans contre 40 ans. On retrouve ainsi proportionnellement plus de groupes d'âge très jeunes, surtout de familles avec enfants, et moins de personnes âgées : les 50 ans et plus y représentent 22 % de la population au forfait contre 37 %. « Ce résultat s'explique notamment par le fait que le système au forfait est né dans les années 80 et a davantage attiré de jeunes patients, les plus âgés restants fidèles à leur médecin traitant, et parce que l'offre de maisons médicales est surtout concentrée dans des zones où la population est plus jeune, notamment dans les villes », explique Leila Maron, co-responsable de l'étude. Mais c'est une population globalement plus précaire et fragile qui est ainsi soignée : « les maisons médicales soignent deux fois plus de BIM, soit les bénéficiaires de l'intervention majorée (NDLR : disposant de revenus précaires) qu'à l'acte : 52 % des abonnés sont BIM contre 25 %. On y retrouve également deux fois plus de familles monoparentales (8 % contre 4 %), trois fois plus de bénéficiaires de la garantie de revenus pour personnes

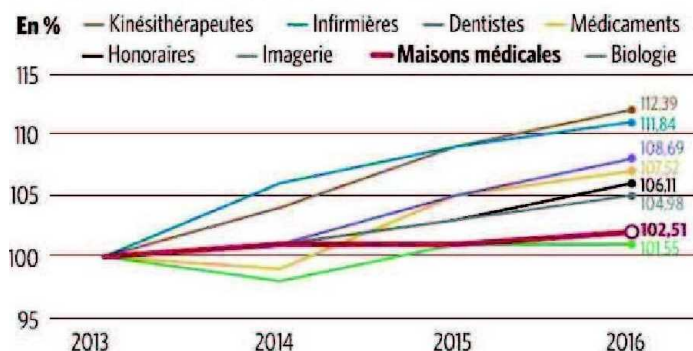
âgées (15 % contre 5 %) et trois fois plus de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (14 % contre 4 %) ».

3 Un meilleur accès. En analysant, quartier par quartier, le profil des utilisateurs de maison médicale, l'étude Solidaris prouve aussi que cette structure permet à un pourcentage plus élevé de patients précarisés d'ac-

céder aux soins. On retrouve systématiquement plus de bénéficiaires de l'intervention majorée dans la population au forfait qu'à l'acte dans les trois grandes villes belges étudiées. A Bruxelles et à Liège, il y a 40 % de BIM en plus dans les maisons médicales. A Gand, cela grimpe à 60 %. Pour les experts, « les maisons médicales sont un maillon essentiel dans l'accessibilité aux soins de santé de première ligne ». Raison de plus pour ne pas prolonger le moratoire actuel imposé par la ministre de la Santé, selon Solidaris. Du côté du cabinet de la ministre, on reste inflexible et on confirme que l'audit en cours par la firme KPMG, désignée par l'Inami, sera mené à terme afin de déboucher sur une réforme de la réglementation afin d'améliorer le fonctionnement des maisons médicales. Mais toute nouvelle maison médicale restera gelée en l'attente de cette réforme, qui prendra encore du temps : « Le rapport final devrait être remis à la ministre d'ici fin novembre 2017. » ■

FRÉDÉRIC SOUMOIS

Evolution des dépenses de santé



LE SOIR - 12/10/17 - Source : Données Inami

ANALYSE**« Des milliers de patients attendent »**

Jean-Marc

Laasman est le directeur des Etudes de Solidarité

Votre étude plaide pour la fin du moratoire sur de nouvelles maisons médicales.

C'est la réalité des chiffres : les maisons médicales améliorent l'accessibilité aux soins de santé. Et l'augmentation de leur budget n'est due qu'à l'accroissement des patients abonnés à ces services, pas à de la surconsommation ou un

dérapiage. Cela reste très réduit comme pratique, 3 % des patients, mais cela fonctionne. Maintenir un moratoire comme le fait la ministre n'est donc pas justifié.

Vous voulez contrer l'audit en cours ?

Non, même si nous trouvons que désigner un cabinet d'audit qui œuvre dans le monde entier pour dégager des marges de profit pour le marché de la santé n'est sans doute pas le meilleur choix pour analyser l'offre des maisons médicales. On aurait dû choisir par exemple le KCE, qui s'était déjà penché sur la question en 2008 et qui avait conclu à l'utilité des maisons médicales. La réalité est que

nous sommes d'accord pour réformer la gestion des maisons médicales, cela a été déjà fait et de nouvelles propositions sont sur la table. Examinons-les et levons le moratoire, des milliers de patients, sans doute 20.000 aujourd'hui, attendent des soins et l'ouverture de nouvelles maisons médicales pour s'y abonner.

La maison médicale est plus présente à Bruxelles et en Wallonie...

Oui, mais la Flandre offre par contre davantage de pratiques médicales de groupe. Soyons clairs : nous ne voulons pas du tout imposer un modèle. Ni laisser entendre que le médecin à l'acte n'est pas une

bonne solution. Les différentes formules doivent coexister. On voit bien que la maison médicale permet de faciliter l'accès à ceux qui ne franchiraient pas aisément les portes d'un cabinet médical ou qui éprouvent des difficultés à trouver un généraliste disponible. Dans ce sens, le moratoire imposé par la ministre impacte davantage au sud du pays. Mais je ne veux pas m'engager dans de telles discussions : les chiffres de notre étude montrent que les maisons médicales fonctionnent bien pour donner davantage d'accès, il faut donc permettre aux nouveaux projets d'être installés le plus rapidement possible.

FR.SO