

DE M. ANDRE DU BUS DE WARNAFFE

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE
DE LA SANTE

Mme Cécile Jodogne, ministre.- La comparaison entre les résultats de l'étude de l'AIM et de celle de KPMG ne me semble pas pertinente. En effet, le premier paragraphe du résumé analytique en tête du rapport de KPMG le précise : « Le présent rapport s'inscrit dans l'évaluation stratégique demandée par le Gouvernement fédéral sous la forme d'un audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure des coûts des maisons médicales en vue d'améliorer le système. L'audit porte exclusivement sur les soins de santé de première ligne dans le système de financement forfaitaire. Aucune comparaison n'y est faite avec les soins de santé de première ligne dans le système de financement à la prestation. ».

Les études ont donc des objectifs, des hypothèses et des méthodologies différentes et ont donc produit des résultats qui ne situent pas au même niveau. Il n'y a donc pas lieu d'établir des comparaisons entre ceux-ci. Cela étant, ces études contribuent toutes deux à mieux cerner différents aspects du système au forfait et donc à consolider notre connaissance.

Vous me demandez mon analyse de l'audit de KPMG. Je ne peux évidemment pas évoquer aujourd'hui tous les sujets abordés par le rapport qui traite d'un nombre important de facettes et de questions liées au système du forfait, en se basant sur des données existantes, sur une enquête et sur des entretiens avec les acteurs des maisons médicales et d'autres acteurs clés du secteur des soins de santé. Cela va du profil des patients à des considérations sur l'utilisation des budgets des maisons médicales, en passant par leurs diverses formes juridiques, leur politique d'inscription et de désinscription, leurs collaborations avec des partenaires extérieurs, les liens avec les fédérations ou encore l'utilisation d'applications informatiques dans la pratique médicale.

De manière générale, je dirais qu'il s'agit d'une photographie du paysage des maisons médicales en Belgique et qu'en cela, il est toujours intéressant de disposer de données descriptives permettant de mieux cerner les contours de ce paysage. Beaucoup d'informations figurent dans ce rapport, dont certaines sont intéressantes, mais cette profusion a un revers : les analyses faites sont parfois assez superficielles et ne permettent pas toujours de tirer des conclusions utiles pour les politiques futures dans ce domaine.

J'ai été particulièrement intéressée par certains aspects du rapport. Il établit notamment des comparaisons entre les trois Régions du pays et permet donc d'établir des liens entre les spécificités de la population bruxelloise et de ses besoins, d'une part, et certaines caractéristiques des maisons médicales installées sur notre territoire, d'autre part.

On y apprend par exemple :

- que 47% des patients bruxellois bénéficient d'une intervention majorée, ce qui est supérieur aux moyennes wallonne (41%), flamande (37%) et belge (42%) ;

- que le nombre de familles monoparentales pour 1.000 patients inscrits est supérieur à Bruxelles : 37 pour 1.000, contre 17 en Flandre et 24 en Wallonie ;
- que l'âge moyen des patients est moins élevé à Bruxelles que dans les deux autres Régions ;
- que la proportion de malades chroniques est inférieure à Bruxelles en comparaison de la Wallonie (7% contre 10%) et égale au chiffre constaté en Flandre.

J'ai également relevé qu'il existe des différences dans les financements des maisons médicales selon les Régions : le montant du forfait et la proportion de ce forfait dans le financement total par patient diffère effectivement entre Régions. À Bruxelles, une maison médicale reçoit en moyenne 382 euros d'indemnité forfaitaire par patient, contre 338 en Flandre et 405 en Wallonie. La part de l'indemnité forfaitaire y est de 85%, le reste venant du fonds Maribel social et d'aides diverses.

Au-delà de ces observations, certains constats me semblent intéressants dans le cadre d'une réflexion d'ensemble sur le système de financement au forfait et sur l'offre disponible au sein des maisons médicales.

Le rapport décrit quels sont les soins dispensés et les disciplines disponibles au sein des maisons médicales, en particulier les soins ou activités autres que le trio classique MKI (pour médecine générale, kinésithérapie et infirmier). Ces autres disciplines sont la psychologie, l'assistance sociale, la diététique, la promotion de la santé, etc. qu'on retrouve plus particulièrement dans les maisons médicales bruxelloises.

Il existe des différences dans le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de dispensateurs de soins autres que le trio MKI selon les trois Régions. Ainsi, à Bruxelles, on observe qu'en moyenne 0,25 ETP est consacré à la fonction de psychologue, 0,27 à celle de logopède, 0,26 à celle de dentiste et 0,10 à celle de diététicien. Ces moyennes sont proches de celles de la Wallonie, mais nettement supérieures à celles de la Flandre. Les maisons médicales bruxelloises emploient par ailleurs davantage de médecins généralistes en formation que les deux autres Régions.

Le rapport fait aussi état de remarques formulées par les maisons médicales sur les critères pris en compte pour le calcul du forfait. Certains répondants estiment que ces critères sont insuffisants et que d'autres devraient être pris en ligne de compte, en lien avec des caractéristiques des patients qui influencent la charge de travail ou sa complexité comme la présence de patients présentant des problèmes psychologiques ou de toxicomanie, de patients nécessitant l'intervention d'interprètes ou encore de patients analphabètes.

Certains répondants ont émis des propositions pour modifier le système de calcul du forfait afin de le rendre plus adapté aux réalités des maisons médicales. Je voudrais déjà signaler ici que la Fédération des maisons médicales est très ouverte et demande même que des analyses plus fines soient réalisées sur cette thématique.

D'autres maisons médicales pointent également les disparités dans les réglementations fédérale et régionale, ce qui rend les conditions d'obtention de subventions difficiles à atteindre dans certains cas.

Parmi les résultats qui peuvent aussi inspirer les politiques de la Commission communautaire française, j'ai relevé entre autres les points suivants :

- la proportion de maisons médicales affiliées à une fédération, les raisons qu'elles invoquent pour s'affilier ou non et les bénéfices perçus de cette affiliation ;

- les différences entre les maisons médicales qualifiées de « matures » et « non-matures », notamment en ce qui concerne le nombre de disciplines disponibles, la proportion de patients chroniques, la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée ou encore la proportion de familles monoparentales ;
- la grande valeur ajoutée du personnel d'accueil et d'administration, dont la présence permet au personnel soignant de se centrer sur les soins et leur qualité et que l'agrément Commission communautaire française permet justement de subventionner ;
- le rôle de prévention que nous avons souligné à plusieurs reprises : 93% des maisons médicales interrogées disent fournir des informations aux patients en matière de prévention. Les principales activités de prévention concernent la vaccination (grippe essentiellement), des séances d'information, la mammographie, les frottis gynécologiques, l'activité physique, l'alimentation saine, les soins dentaires, la tabacologie.

En ce qui concerne vos autres questions, Monsieur du Bus de Warnaffe, je vous dirai d'abord ceci : je comprends votre vif intérêt pour ce dossier et je le partage, mais il est particulier de me demander des informations sur les décisions et les intentions de la ministre fédérale, puisque je ne dispose à ce stade que des éléments qu'elle a communiqués lors de la diffusion des résultats de l'audit. Je peux donc vous dire qu'elle a effectivement annoncé qu'un groupe de travail mixte composé du Comité de l'assurance soins de santé et d'une Commission chargée de conclure des accords forfaitaires avec les maisons médicales allait examiner dans les trois mois des propositions sur la manière d'améliorer le système dans l'intérêt du patient. Les fédérations seront présentes dans ce groupe de travail. Le ministre a également cité quelques exemples de points à clarifier. Je vous renvoie à sa communication pour plus de détails.

La prochaine réunion de la CIM de la santé publique est prévue le 26 mars 2018. J'ai effectivement écrit à la ministre fédérale afin de lui faire part de quelques-unes de mes remarques concernant les résultats de l'étude de KPMG, en particulier dans les domaines qui ont un lien avec mes compétences. Je lui ai proposé une rencontre entre nos deux cabinets afin de déterminer des pistes de collaboration, dans le but de tendre vers plus de cohérence dans la mise en œuvre de nos politiques respectives envers les maisons médicales. La CIM peut être un lieu d'échange mais, étant donné les politiques différentes qui sont menées par les différentes entités, je pense que des contacts bilatéraux seront également nécessaires.

Le moratoire a créé beaucoup d'inquiétudes et d'émois dans le secteur des maisons médicales et je ne peux que me réjouir de sa suspension, qui - d'après mes informations - est généralisée et inconditionnelle.

Madame Plovie, je voudrais répondre plus spécifiquement en ce qui concerne l'Association belge des syndicats médicaux (Absym). Trois constats principaux sont faits dans leur communiqué :

- la charge de travail trop faible aurait pour conséquence des médecins mal formés. Je trouve que c'est un argument purement quantitatif qui doit être complété par des éléments qualitatifs. De plus, le profil des patients en maison médicale est souvent plus complexe, ce qui doit entrer en ligne de compte dans une évaluation ;
- le peu de participation aux services de garde. Nous avons peu d'information sur la participation effective des médecins généralistes ;

- le surfinancement : les maisons médicales reçoivent un forfait supérieur au coût du patient. Il y a un différentiel coût-forfait qui est bien souvent réinvesti dans d'autres services offerts par la maison médicale et aussi dans une meilleure qualité, éventuellement. La fédération est elle-même demanderesse d'une clarification de cette intervention dans le forfait.

De manière générale, le communiqué de l'Absym n'a rien de surprenant. En effet, cette association milite explicitement pour la médecine à l'acte et pour le libre choix du médecin par le patient, estimant que le système d'inscription est contraire à ce principe. J'estime quant à moi qu'il doit y avoir complémentarité entre l'acte et le forfait.

Quant à un contrôle de l'ensemble des missions, je rappelle que l'agrément de la Commission communautaire française porte uniquement sur l'accueil et sur les projets de santé communautaires. Je n'ai aucun mandat de contrôle sur les missions des maisons médicales.

L'agrément de deux maisons médicales par la Commission communautaire française reste d'actualité, mais les critères ne sont pas encore fixés. Je le répète, je souhaite associer la fédération des maisons médicales aux réflexions qui ont et auront lieu autour des politiques à mener dans ce secteur, notamment en matière d'agrément, cela au bénéfice des patients bruxellois, notamment des plus fragiles d'entre eux.