

# Cellule stratégique – INAMI

Audit relatif à  
l'organisation, au  
fonctionnement  
et à la structure  
de coûts des  
maisons  
médicales



KPMG Advisory

Novembre 2017

### Remarques préliminaires

- Les résultats de ce rapport sont basés sur une enquête réalisée auprès de 160 maisons médicales (taux de réponse de 91 %) et sur des entretiens menés par KPMG auprès de maisons médicales et d'importants acteurs du secteur (fédérations, organismes assureurs, INAMI, etc.) (cf. annexe 3.1 pour un aperçu des parties interrogées). Par conséquent, ils sont tributaires des limitations inhérentes à ces informations.
- Compte tenu de la nature des tâches effectuées, qui sont décrites ci-après, les chiffres cités n'ont pas pu faire l'objet d'un contrôle révisoral. Nos résultats sont fondés sur les tâches mentionnées ci-après et limités à celles-ci, ainsi que sur l'information à notre disposition et l'information collectée lors des entretiens.
- KPMG s'engage à garder strictement confidentielles les données auxquelles elle a eu accès dans le cadre de l'exécution de sa mission. Il revient à la Cellule stratégique et à l'INAMI de décider quelle information peut ou non être dévoilée et à qui ces informations confidentielles peuvent ou non être communiquées. Par conséquent, ce document ne peut en aucune manière être diffusé sans l'accord préalable de la Cellule stratégique et de l'INAMI.
- KPMG décline toute responsabilité en cas d'utilisation de ce rapport pour tout autre objectif que celui pour lequel il a été établi. KPMG ne peut être tenue pour responsable en cas d'utilisation du rapport par une partie autre que le donneur d'ordre.
- KPMG remercie la Cellule stratégique et l'INAMI, ainsi que les organisations consultées, pour les efforts consentis.

## Résumé analytique

Le présent rapport s'inscrit dans l'évaluation stratégique demandée par le Gouvernement fédéral (20 octobre 2016) sous la forme d'un audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de 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 et aucune comparaison n'y est faite avec les soins de santé de première ligne dans le système de financement à la prestation - que ce soit en matière de fonctionnement ou de données financières (coûts, sources de financement, etc.). La mission concerne un audit descriptif fondé sur une enquête et des entretiens. Les résultats de cet audit permettent de dégager des orientations stratégiques pour l'avenir.

La notion de **maison médicale** est définie par l'AR du 3 juillet 1996 comme un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins qui dispensent des prestations de santé pour lesquelles ils perçoivent un **paiement forfaitaire**. Par patient, inscrit de son propre chef, les organismes assureurs versent aux dispensateurs de soins un forfait mensuel, quel que soit le nombre de prestations de soins fournies au patient. Le patient lui-même n'a plus de ticket modérateur à payer. Le forfait que reçoit une maison médicale dépend du type de population de patients inscrits dans cette maison médicale (notamment du statut social, de l'âge, des maladies chroniques, etc.).

Afin de pouvoir réaliser une évaluation stratégique qualitative du fonctionnement, de l'organisation et de la structure de coûts des maisons médicales, différents aspects ont été examinés dans cette enquête, notamment en ce qui concerne les **caractéristiques** générales des maisons médicales (situation géographique, maturité, nombre et type de dispensateurs de soins, etc.), le **fichier des patients** (taille du fichier des patients et profil des patients), l'**organisation** des prestations de service (formes d'entreprise, politique de référence, politique d'inscription et de désinscription, politique de prévention et formations), les **frais de fonctionnement** et les **sources de financement**, et l'**optimisation** des moyens mis en œuvre (notamment les compétences des dispensateurs de soins, les formes de collaboration permettant d'augmenter l'efficacité).

Pour inventorier les aspects ci-dessus, KPMG s'est principalement basée sur les **résultats de l'enquête et les entretiens** avec les maisons médicales et les autres acteurs du secteur. Les entretiens avec les autres acteurs du secteur avaient pour principal objectif de fournir un panorama général du contexte actuel dans lequel opèrent les maisons médicales. Les entretiens menés auprès d'une sélection de maisons médicales visaient principalement à examiner les aspects qualitatifs de l'organisation, tandis que l'enquête a surtout permis de collecter des informations quantitatives.

**160 maisons médicales** ont répondu à l'enquête, sur un total de 175 que compte la Belgique (soit un taux de réponse de 91 %)¹. Néanmoins, les 160 participants n'ont pas tous répondu à toutes les questions de l'enquête. Par conséquent, le taux de réponse à certaines questions est plus faible et n'a pas permis de formuler des conclusions représentatives.

Tout au long du rapport, les analyses sont principalement réparties en 3 groupes :

- **Situation géographique** : les maisons médicales en Belgique sont principalement situées en milieu urbain (88 %), en particulier dans l'arrondissement de Bruxelles-Capitale, à Liège et à Gand (101 maisons médicales, soit 58 %). Les entretiens indiquent que les maisons médicales s'installent souvent dans des **zones en pénurie de médecins généralistes** et dans des **régions défavorisées**, dans le but de promouvoir l'accessibilité des soins de santé de première ligne.
- **Maturité** : les 160 maisons médicales ayant répondu à l'enquête sont, **en grande majorité, matures**² (86 %). Les entretiens ont mis en évidence l'apparition de nombreuses nouvelles maisons médicales ces dernières années, en particulier à Bruxelles, et principalement de 2007 à 2015 d'après les résultats de l'enquête. Ces 2 dernières années, les nouvelles maisons médicales se sont réparties de manière plus homogène dans les différentes régions. Les **maisons médicales les plus matures** (> 10 ans dans le système forfaitaire) sont principalement situées en Région wallonne.
- **Fédération** : en Belgique, il existe 4 fédérations auxquelles les maisons médicales peuvent s'affilier :
  - **Fédération des Maisons Médicales (FMM)** : c'est la fédération qui compte le plus de membres. Par conséquent, c'est aussi celle qui présente le taux de réponse le plus élevé de l'enquête (52,5 %), ainsi que le plus grand nombre total de patients (51 %).
  - **Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)** : Les membres de la VWGC représentent 18 % du taux de réponse à l'enquête et 20,5 % du nombre total de patients.
  - **Fédération des pratiques médicales de première ligne au forfait (Feprafo)** : La Feprafo est, après Médecine pour le Peuple, la plus petite fédération. Elle représente 12 % du taux de réponse et 14 % de

---

¹ 15 maisons médicales n'ont pas renvoyé l'enquête complétée. Parmi celles-ci, 11 sont membres de Médecine pour le Peuple. Cette fédération a déclaré ne pas vouloir prendre part à l'audit. Pour les quatre autres maisons médicales qui n'ont pas répondu à l'enquête, un entretien a été mené afin de pouvoir malgré tout prendre en compte leur fonctionnement et leur organisation.

² On parle de maison médicale mature dans le cas d'une « *maison médicale qui a conclu depuis au moins deux ans un accord fixant le paiement forfaitaire des prestations et qui compte une population stable de minimum 500 bénéficiaires inscrits depuis au moins un an* ». AR du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les maisons médicales – Art. 1.

l'ensemble du fichier des patients. Cette fédération est la plus jeune, elle a été fondée en 2013.

- **Médecine pour le Peuple (MPLP)** : cette fédération a déclaré ne pas vouloir prendre part à l'audit. Par conséquent, on ne compte aucun membre de cette fédération parmi les répondants. Selon les statistiques de l'AIM, ses membres avaient en 2016 un fichier global de 23.492 patients (6,44 % de l'ensemble du fichier des patients en 2016). Par conséquent, dans les résultats qui suivent, on entend par « fédérations » toutes les fédérations à l'exception de Médecine pour le Peuple.

28 maisons médicales, soit 17,5 % du taux de réponse, **ne sont membres d'aucune fédération** et représentent 14,5 % du nombre total de patients. Les entretiens révèlent que, ces dernières années, de nouveaux types de maisons médicales sont apparus, avec comme principale évolution **l'augmentation du nombre de centres qui ne sont pas affiliés à une fédération**, en particulier à Bruxelles. Les maisons médicales qui ne sont pas affiliées à une fédération ont invoqué comme raisons principales de leur non-affiliation le fait qu'elles n'adhèrent pas à la « **vision politique** » **et/ou à l'« idéologie » des fédérations, mais aussi, et surtout, le prix de l'affiliation.**

Au cours des entretiens, les maisons médicales affiliées à une fédération ont indiqué que ces fédérations apportaient une valeur ajoutée, notamment sur le plan du **partage de l'information, du partage des connaissances, de la formation, de la représentation d'intérêts, etc.** L'affiliation à une fédération semble surtout incontournable pour les **maisons médicales en phase de démarrage.**

Outre les caractéristiques énumérées plus haut (situation géographique, maturité, fédération), le présent rapport dresse aussi l'inventaire du nombre de disciplines chez les répondants, du fichier et du profil des patients, des formes juridiques, des politiques de référence, etc. Vous trouverez ci-après, pour chacun de ces aspects, un résumé des principaux enseignements uniquement.

### *Disciplines*

Les résultats de l'enquête montrent que **72 %** des répondants proposent **les 3 disciplines** (médecine générale, kinésithérapie, soins infirmiers) dans leur maison médicale. Il ressort cependant des entretiens que les maisons médicales auraient des **difficultés** à proposer de la **kinésithérapie**, particulièrement en raison de l'impossibilité d'offrir un **emploi à temps plein**, du grand nombre de **spécialisations** au sein de cette discipline et du **manque d'infrastructures nécessaires.**

Le **nombre de disciplines** semble, d'après l'enquête, lié à la **maturité** d'une maison médicale : les maisons médicales matures offrent en moyenne davantage de disciplines que les maisons médicales non matures. Il ressort également des entretiens que la mise en place d'un cabinet multidisciplinaire n'intervient souvent qu'**après un certain temps**, lorsque la maison médicale dans le système forfaitaire a acquis une certaine stabilité et s'est constitué un bon fichier de clients. D'après plusieurs maisons médicales interrogées, proposer plusieurs disciplines serait toutefois crucial pour permettre aux maisons médicales d'offrir une qualité de soins suffisante.

#### *Autres membres du personnel*

Outre les dispensateurs de soins dans les 3 disciplines, les résultats de l'enquête révèlent que les maisons médicales emploient aussi souvent d'autres dispensateurs de soins et du personnel auxiliaire, principalement des **médecins généralistes en formation (MGF)**. Selon les résultats de l'enquête, les maisons médicales de la **Région de Bruxelles-Capitale** disposent en moyenne de plus de **MGF** par 1000 patients que les maisons médicales des autres régions.

À côté des médecins généralistes en formation, les **autres types de profils** les plus fréquents (qui ont, par exemple, un rôle d'assistance aux dispensateurs de soins) sont les **assistants sociaux et les agents de promotion de la santé**. L'enquête révèle également qu'un **psychologue** fait souvent partie de l'offre de soins. Ces services sont proposés au patient soit à titre gratuit, soit contre paiement (souvent un montant symbolique). Les entretiens mettent aussi nettement en évidence l'importance de ces travailleurs, en insistant sur le fait que les patients ne s'adressent pas aux maisons médicales uniquement pour des problèmes médicaux (en particulier dans des quartiers comptant de nombreux patients de langue étrangère et/ou défavorisés), mais souvent aussi pour d'autres choses telles que des problèmes psychiques, des questions relatives aux logements sociaux, des difficultés de mise en ordre d'assurance maladie, des problèmes de langue, etc. D'autres profils de soins, tels que les dentistes, logopèdes, etc. disposent aussi d'une nomenclature et travaillent au sein de maisons médicales, souvent selon le principe du tiers payant.

Par ailleurs, l'enquête montre que 90 % des répondants emploient du **personnel auxiliaire** pour l'administration, et que 94 % des répondants ont au moins une personne chargée de l'accueil. L'assistance au niveau de l'accueil et de l'administration apporterait, d'après les entretiens, une grande valeur ajoutée aux maisons médicales, en permettant aux dispensateurs de soins de **se concentrer davantage sur les soins** et en garantissant ainsi des soins de meilleure qualité.

#### *Fichier des patients*

Il ressort de l'enquête que 34 % des répondants ont un fichier comptant entre **2000 et 3000 patients**. On trouve, dans les 3 régions, des maisons médicales de différentes tailles en ce qui concerne le fichier des patients (tant < 500 que > 6000), parmi lesquelles 66 % des répondants à Bruxelles, 63 % des répondants en Flandre et 59 % des répondants en Wallonie disposent d'un fichier de 1000 à 3000 patients. Un nombre restreint de répondants dispose d'un fichier de **plus de 4000 patients**. On les retrouve surtout parmi les répondants actifs depuis déjà plus de 20 ans dans le système forfaitaire (20 %). Au cours des entretiens, certaines maisons médicales ont indiqué qu'un **fichier de patients trop volumineux pouvait avoir un impact négatif sur l'efficacité du fonctionnement** et la continuité des soins au sein d'une maison médicale. C'est pourquoi ces grandes maisons médicales devraient participer à la création d'autres maisons médicales dans le quartier (notamment à Gand) afin de maintenir le nombre de patients à un niveau gérable.

Dans les **maisons médicales non matures**, on peut constater parmi les répondants une **plus grande variété** quant à la taille du fichier des patients. Les entretiens révèlent que les maisons médicales non matures disposant d'un grand fichier de patients ont souvent été « **transférées** » vers le système forfaitaire **à partir d'un cabinet (de groupe) existant**, ce qui implique le transfert (partiel) de leur fichier de patients du système à la prestation au système forfaitaire.

En outre, on a également examiné la **capacité** des répondants, en particulier le **nombre de patients par ETP dispensateur de soins**. L'enquête ne montre pas de différence significative quant au **nombre de patients par médecin généraliste** d'une région à l'autre. En moyenne, on dénombre environ 673 patients par ETP médecin généraliste. Par ailleurs, on constate que le **nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste augmente très légèrement avec la croissance du fichier des patients**. À partir d'un fichier de 4000 patients, le nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste n'augmente plus autant. L'enquête et les entretiens révèlent un **nombre moins élevé de patients par ETP médecin généraliste en milieu rural**, compte tenu de la plus grande proportion de patients âgés et de visites à domicile dans cette région. Lors des entretiens, on a pointé plusieurs fois l'importance d'un **bon équilibre** du nombre de patients par ETP médecin généraliste pour pouvoir garantir la qualité et la continuité des soins.

Par ailleurs, en ce qui concerne les soins infirmiers et la kinésithérapie, on peut constater que, **plus la maturité des répondants augmente, plus le nombre de contacts par ETP dispensateur de soins augmente**, bien que le nombre de patients par ETP en kinésithérapie et art infirmier n'augmente pas avec la maturité d'une maison médicale.

Bien que le nombre de disciplines proposées ne varie pas en fonction du nombre de patients, on remarque une différence significative dans le nombre d'autres types de



soins qui sont proposés. **Plus une maison médicale compte de patients inscrits, plus elle propose d'autres types de soins.**

### *Profil des patients*

Dans ce rapport, les résultats de l'enquête ont été complétés, pour certaines analyses, de statistiques obtenues auprès de l'AIM (Agence InterMutualiste) afin de pouvoir déterminer le **profil des patients** des maisons médicales, notamment la moyenne d'âge des patients, le nombre d'interventions majorées et les maladies chroniques. Il en ressort que la **moyenne d'âge des patients en Région wallonne est supérieure** à celle des 2 autres régions. Sur le plan de la **maturité**, on note qu'en moyenne, les patients plus jeunes sont inscrits dans des maisons médicales **non matures**. Cela ressort également de la corrélation positive entre la **moyenne d'âge des médecins généralistes par maison médicale et la moyenne d'âge des patients**. Ce constat a été confirmé par plusieurs maisons médicales lors des entretiens, notamment en raison du fait que ces maisons médicales emploieraient davantage de **dispensateurs de soins plus jeunes** et que les patients « grandiraient » avec leur médecin généraliste.

On a également examiné si, parmi les répondants, certaines caractéristiques du profil des patients influençaient le nombre d'ETP dispensateurs de soins et le nombre de contacts. Il en ressort qu'une **moyenne d'âge plus élevée** des patients d'une maison médicale n'implique **pas nécessairement un nombre plus important d'ETP médecins généralistes** dans cette maison médicale.

On peut cependant constater une corrélation positive entre la **moyenne d'âge des patients et le nombre d'ETP praticiens de l'art infirmier**. Ce résultat semblerait indiquer que l'on emploie davantage de praticiens de l'art infirmier lorsque la moyenne d'âge des patients est plus élevée. Cela pourrait éventuellement traduire un besoin accru de soins infirmiers chez ces patients (par exemple, davantage de soins à domicile pour les patients plus âgés).

On constate également une nette corrélation positive entre le nombre de contacts par ETP kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier et la moyenne d'âge des patients, ce qui pourrait indiquer que **les patients plus âgés nécessitent davantage de contacts avec les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier**. Cela a également été confirmé lors des entretiens et de l'enquête, de même que le fait que les patients plus âgés sont davantage concernés par les **maladies chroniques**. En matière de maladies chroniques aussi, on peut constater que le nombre de patients augmente avec la **maturité** d'une maison médicale. Les maisons les plus matures sont établies à Bruxelles et en Wallonie et sont membres de la FMM, où l'on observe par conséquent le plus grand nombre de malades chroniques. Pour les praticiens de l'art infirmier uniquement, il semble y avoir une corrélation positive entre le nombre d'ETP et le nombre de patients atteints de

maladies chroniques ; en d'autres termes, un plus grand nombre de malades chroniques pourrait entraîner une augmentation du nombre d'emplois **ETP pour les praticiens de l'art infirmier**.

Le nombre de patients bénéficiant de l'**intervention majorée** chez les répondants a également été pris en compte. Les statistiques reçues de l'AIM révèlent que, **sur l'ensemble des fichiers de patients des répondants, 42 % des patients** bénéficient d'une intervention majorée. Près de la moitié des patients inscrits dans des maisons médicales à Bruxelles bénéficient d'une intervention majorée. Ces éléments ont aussi été cités lors des entretiens où, à plusieurs reprises, on a pointé la **population défavorisée** des maisons médicales et le **besoin accru de soins** qui l'accompagne. Toutefois, le nombre d'ETP médecins généralistes n'augmente pas avec le nombre de patients inscrits qui bénéficient d'une intervention majorée. Mais il semble y avoir une importante corrélation négative entre la moyenne d'âge et le nombre de patients bénéficiant d'une intervention majorée, ce qui peut indiquer que l'intervention majorée concerne des patients plus jeunes.

#### *Forme de société*

Outre le fichier des patients, l'enquête et les entretiens réalisés se sont également penchés sur l'organisation des prestations de service, et notamment sur le type de **forme juridique de société**. Il semble que la forme de société la plus fréquente dans le système forfaitaire soit une structure en ASBL. Toutefois, au fil des années, on peut remarquer une **tendance à la baisse** en matière de création de maisons médicales sous forme d'ASBL. Ces 2 dernières années, principalement, on a assisté à la création d'un **nombre nettement plus élevé de SPRL** comparé aux années précédentes, ainsi que d'autres formes de sociétés. Ces résultats ont également été confirmés par les entretiens menés auprès des acteurs du secteur. Alors que certaines fédérations imposent aux maisons médicales une structure d'ASBL, la Feprafo pose en principe la liberté de la personne morale. En outre, on a aussi constaté qu'une forte proportion de maisons médicales non matures n'étaient pas affiliées à une fédération et bénéficient donc de la liberté de la personne morale.

#### *Politique d'orientation*

Sur la base de l'enquête et des entretiens, on a également tenté d'analyser la **politique d'orientation**. Il en ressort que l'information relative au nombre de **renvois vers d'autres dispensateurs de soins est peu, voire pas du tout, enregistrée** dans les systèmes utilisés, ce qui ne permet d'avoir qu'une connaissance limitée du nombre de ces renvois (tant en première qu'en deuxième et troisième ligne). Au cours des entretiens, la plupart des maisons médicales ont déclaré trouver pertinent d'**enregistrer ces informations à l'avenir** et être prêtes à le faire (selon la formule « mesurer, c'est savoir »), moyennant une bonne

interprétation de ces données, alors que d'autres maisons médicales faisaient remarquer que beaucoup de choses devaient déjà être et étaient déjà enregistrées, ce qui alourdissait la charge de travail administrative des dispensateurs de soins.

### *Collaboration*

L'enquête montre que la coopération avec des services externes concerne principalement les **services de garde, soins infirmiers et soins à domicile**. Les résultats de l'enquête indiquent que la mise en place de collaborations externes dans le cadre des **services de garde augmente avec la maturité**. Au cours des entretiens, quelques maisons médicales de Bruxelles ont déclaré que l'inscription au service de garde était obligatoire à Bruxelles, mais pas la mise en œuvre effective de services de garde.

En outre, l'enquête révèle que les collaborations les plus fréquentes entre maisons médicales sont les **collaborations stratégiques**, suivies par la **collaboration sur le plan des connaissances** (formations et bonnes pratiques). Des **collaborations financières** seraient plus souvent conclues par des maisons médicales **non matures**.

Toutes les formes actuelles de collaboration conduiraient, selon les résultats de l'enquête, à un **gain d'efficacité**, bien que dans une moindre mesure pour les collaborations sur le plan de la continuité (services de garde, etc.) puisque celles-ci visent moins les gains d'efficacité que les autres formes de collaboration. Lors des entretiens, on a aussi souligné l'importance de l'**organisation interne** pour une maison médicale qui veut augmenter son efficacité. C'est principalement la **multidisciplinarité**, et, plus précisément, la **délégation de tâches** aux infirmiers et autres profils (psychologues, assistants sociaux, etc.), qui permet de générer d'importants gains d'efficacité, ainsi que le fait de disposer de **personnel administratif et auxiliaire** pour l'accueil et les contacts téléphoniques.

### *Politique d'inscription et de désinscription*

La **politique d'inscription et de désinscription** a, elle aussi, été examinée de près dans le cadre de cette étude. L'enquête révèle que les principales **raisons du refus d'une inscription** seraient le fait que les patients ne résident pas sur le **territoire géographique d'activité** de la maison médicale ou que le **nombre maximum de patients** est atteint (pour pouvoir continuer de garantir aux patients actuels la bonne qualité et la continuité des soins). Dans les maisons médicales qui ont dû **mettre un terme à l'inscription de nouveaux patients**, les enfants et membres du ménage des patients inscrits sont cependant toujours acceptés.

Des **méthodes** possibles évoquées pendant les interviews et permettant de déterminer le **type de patients refusés** ou désinscrits sont notamment l'examen du profil de ces patients (sur la base de données de l'assurance maladie de ces

patients), l'enregistrement et la communication des motifs de refus (par exemple à l'aide d'une sorte d'attestation) accompagnant le patient refusé, la mise en place d'un **service de médiation/service des plaintes** (par exemple au sein des mutualités), l'envoi de « pseudo-patients », etc.

Bien que les **déménagements** soient la principale cause de **désinscription**, il semble, d'après les entretiens menés, que les maisons médicales ne sont souvent informées d'un déménagement que si le patient concerné a lui-même communiqué l'information. De nombreux patients ne le font cependant pas.

Dans ce contexte, la définition du **territoire géographique d'activité** est un facteur important. Cependant, lors des entretiens, une maison médicale a déclaré que ce territoire était **suffisamment flexible**, tout en n'étant pas trop vaste afin de ne pas compliquer les **visites à domicile** ou les déplacements des patients moins mobiles. Les maisons médicales situées dans une même ville semblent souvent **empiéter légèrement sur le territoire les unes des autres**, mais d'après les entretiens, cela ne serait pas toujours le cas. En effet, lors des entretiens, il est apparu que les maisons médicales étaient parfois très proches les unes des autres (par exemple à moins de 1 km), ce qui entraînerait une offre importante dans les quartiers concernés et ralentirait la croissance du fichier des patients dans les maisons médicales existantes. Cela peut par conséquent influencer l'**efficacité de l'organisation** et le fonctionnement des maisons médicales existantes (du fait d'un fichier de patients plus restreint). Par conséquent, il serait judicieux de **formuler une description/définition claire** de ce que doit être un territoire géographique d'activité.

#### *Sources de financement et frais de fonctionnement*

Après l'organisation et le fonctionnement, les sources de financement et les frais de fonctionnement ont également été examinés à la lumière des résultats de l'enquête et des données de paiement fournies par l'INAMI. Le fonctionnement des maisons médicales dans le **système forfaitaire** peut être soutenu par **différents mécanismes et sources de financement**, tels que les **interventions forfaitaires**, les interventions dans le cadre du **Maribel** et **diverses interventions** des autorités locales, provinciales, régionales et fédérales. Les maisons médicales de la **Région de Bruxelles-Capitale** font proportionnellement moins usage des indemnités octroyées dans le cadre du **Maribel**. De même, pour les maisons médicales affiliées à la **Feprafo** et **non affiliées**, l'importance de cette source de financement est limitée.

Le **financement par patient** se compose en moyenne à 81 % d'indemnités forfaitaires. Les interventions dans le cadre du Maribel s'élèvent en moyenne à 12 % du financement par patient, tandis que les interventions diverses représentent 7 %. En 2016, l'intervention forfaitaire par patient assuré s'élève en moyenne à 382 €. Si

l'on considère les différentes régions, c'est en Wallonie que cette intervention forfaitaire est la plus élevée en moyenne.

Lors des entretiens, diverses maisons médicales ont indiqué que le **calcul actuel du forfait ne prenait pas en compte les bonnes variables**, ce qui entraînerait une répartition incorrecte du budget. Ces répondants ont notamment déclaré que le surcoût des forfaits infirmiers B et C, des pathologies E, des personnes de langue étrangère, des problématiques de santé psychique des patients et de la prévention n'était pas suffisamment pris en compte dans la répartition du budget. Lors des entretiens, on a évoqué la nécessité d'un **instrument de mesure efficace** pour déterminer le **besoin de soins de la population** dans chaque maison médicale, afin de permettre une meilleure adéquation de la répartition du budget forfaitaire à la situation.

Il a aussi été dit pendant les entretiens que les **éléments contenus dans le DMG** pourraient être **une source** pour déterminer les variables à prendre en compte dans le calcul du forfait. Cela contribuerait aussi à promouvoir l'enregistrement et la qualité des DMG. Il ressort aussi des entretiens que le délai d'**adaptation de l'intervention forfaitaire** (lorsque les maisons médicales passent du stade non mature au stade mature) et la coordination entre les **gouvernements des différents niveaux de pouvoir** (fédéral et régional) pourraient être améliorés.

Les **coûts de personnel** constituent le poste le plus important dans la **structure de coûts des maisons médicales**. Les **coûts de personnel** représentent en moyenne 88 % du **coût par patient**, dont en moyenne plus de 60 % pour les médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier (MKI). Les **autres frais** représentent en moyenne 12 % des coûts par patient. Parmi ces coûts non liés au personnel, les frais d'immeuble constituent le poste budgétaire le plus important (plus de 60 %).

En 2016, le **financement moyen total par patient** était de 455 €, pour un **coût moyen total par patient** de 396 €. Par ailleurs, le forfait moyen par patient assuré s'élève à 382 € pour un coût de personnel MKI moyen de 226 €. En moyenne, les maisons médicales ayant **plus de 4000 patients** ont un **coût par patient inférieur** à celui des maisons médicales ayant moins de patients.

#### *Optimisation des moyens mis en œuvre*

La dernière partie du rapport s'intéresse à l'optimisation des moyens. Dans ce cadre, 120 répondants (75 %) ont déclaré renvoyer des patients vers d'autres médecins de la maison médicale afin d'**optimiser les compétences spécifiques** de chacun (par exemple diabète, tabacologie, etc.). Cela semble surtout être le cas dans les **maisons médicales matures**, notamment du fait du nombre plus important d'ETP

dispensateurs de soins dans ces maisons médicales matures (et, par conséquent, de la présence de davantage de compétences en interne).

D'après les entretiens, il serait également judicieux d'optimiser l'usage d'**applications électroniques**. Sur la base de l'enquête, il apparaît que Pricare, HealthOne, Epicure et Medidoc sont principalement utilisés pour la gestion et le partage des données des patients. Tant pour la gestion du DME, eHealth, Vitalink et Recip-e, Pricare semble être l'application la plus largement utilisée.

Cependant, lors des entretiens, on a souligné à plusieurs reprises que les fonctionnalités des applications pour la gestion du DMG étaient souvent trop limitées. Il semble aussi qu'**une standardisation et une uniformisation** des applications actuelles soient nécessaires pour assurer un partage efficace de l'information entre les dispensateurs de soins (tant en première qu'en deuxième ligne). Dans ce contexte, si l'on veut pouvoir assurer un meilleur suivi de la qualité et de l'enregistrement des données et réaliser des analyses complémentaires sur le secteur, il serait judicieux de **comparer les différentes applications** ainsi que les initiatives en cours aux divers niveaux de pouvoir et de les évaluer sur le plan de la fonctionnalité, de l'exhaustivité, des possibilités d'enregistrement, de la convivialité, etc.

En conclusion, on peut dire que la synthèse ci-dessus et le présent document offrent un panorama du fonctionnement et de l'organisation actuels des maisons médicales qui pourrait faciliter et soutenir la prise de décisions stratégiques à l'avenir.

## Table des matières

1	Introduction	1
2	Résultats de l'enquête	6
2.1	Caractéristiques des maisons médicales	7
2.1.1	Généralités	7
2.1.2	Soins dispensés	17
2.1.2.1	Disciplines	18
2.1.2.1.1	Nombre de disciplines au sein des maisons médicales	18
2.1.2.2	Autres types de soins dispensés	22
2.1.2.2.1	Nombre d'autres types de soins dispensés	22
2.1.3	Autres membres du personnel auxiliaire	26
2.2	Fichier des patients	28
2.2.1	Généralités	29
2.2.2	Rapport entre nombre de patients et nombre de dispensateurs de soins	34
2.2.2.1	Nombre de patients par discipline	34
2.2.2.2	Nombre de contacts par discipline	42
2.2.2.3	Autres types de soins dispensés	49
2.2.2.4	Autres membres du personnel auxiliaire	55
2.2.3	Profil des patients	59
2.2.3.1	Sexe	59
2.2.3.2	Âge des patients	60
2.2.3.3	Malades chroniques	67
2.2.3.4	Interventions majorées	73
2.2.3.5	Familles monoparentales	79
2.2.3.6	Code titulaire	82
2.3	Organisation de la prestation	83
2.3.1	Forme de société	83
2.3.1.1	Satellite d'autres maisons médicales	85
2.3.2	Orientations/politique d'orientation	87
2.3.2.1	Orientations dans la première ligne	88
2.3.2.2	Orientations vers la deuxième ligne	90
2.3.2.2.1	Orientations vers des médecins spécialistes et des hôpitaux	90
2.3.2.3	Orientations vers la troisième ligne	92
2.3.2.4	Actes imputés en médecine générale	93
2.3.3	Organisation du travail	96
2.3.3.1	Inscription des patients	96
2.3.3.1.1	Disciplines	98
2.3.3.1.2	Inscriptions à l'essai	101
2.3.3.1.3	Enregistrement de demandes d'inscriptions	101
2.3.3.2	Désinscription de patients	106
2.3.3.2.1	Résiliations par les dispensateurs de soins	106
2.3.3.2.2	Résiliations volontaires	110
2.3.3.3	Service de garde	114
2.3.4	Politique de prévention	116
2.3.5	Formations des dispensateurs de soins	118
2.4	Frais d'exploitation, sources et mécanismes de financement	121
2.4.1	Sources et mécanismes de financement	122



2.4.1.1	Les différentes sources de financement	123
2.4.1.2	Analyse	124
2.4.1.2.1	Financement total	124
2.4.1.2.2	Commentaires recueillis sur le calcul du forfait lors des interviews	132
2.4.2	Analyse des ratios	136
2.4.2.1	Méthodologie	136
2.4.2.2	Liquidité – Ratio du fonds de roulement	137
2.4.2.3	Solvabilité – Capital d'emprunt/passif total	140
2.4.2.4	Rentabilité - Rentabilité nette des capitaux propres	142
2.4.3	Analyse des coûts	146
2.4.3.1	Méthodologie : Données sur les coûts et analyses par patient	146
2.4.3.2	Analyse de la structure des coûts	148
2.4.3.3	Analyse au sein des différents groupes	154
2.5	Optimisation des ressources engagées	172
2.5.1	Optimisation des compétences des dispensateurs de soins	172
2.5.2	Utilisation des applications électroniques	176
2.5.3	Formes de collaboration	179
2.5.3.1	Formes de collaboration formelles avec les services extérieurs	179
2.5.3.1.1	Collaboration avec le CPAS	183
2.5.3.2	Formes de collaboration entre les maisons médicales	184
2.5.4	Gains d'efficacité	190
<b>3</b>	<b>Annexes</b>	<b>193</b>
3.1	Liste des intervenants interviewés	193
3.2	Liste complète des soins dispensés dans les maisons médicales	193
3.3	Hypothèses patientèle	194
3.4	Hypothèses Contacts	194
3.5	Détail des indemnités renseignées dans l'enquête : Indemnités Maribel vs. Indemnités divers	194
3.6	Liste des applications électroniques utilisées	197
3.7	Liste de tous les autres services externes collaborant avec les répondants (incluse telle qu'elle a été remplie par les répondants eux-mêmes dans le sondage)	198



# 1 Introduction

Le présent rapport s'inscrit dans l'évaluation stratégique demandée par le Gouvernement fédéral (20 octobre 2016) sous la forme d'un audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales, en vue d'améliorer le système. Cette mission a été confiée le 23 mai 2017 par l'INAMI à la SPRL civile KPMG Advisory (ci-après « KPMG ») par la lettre d'attribution de marché portant la référence CSS 2017/178. L'audit externe porte exclusivement sur les soins de santé de première ligne dans le système de financement forfaitaire. Par conséquent, l'évaluation des soins de première ligne à la prestation n'entre pas dans le cadre de cette mission (que ce soit sur le plan du fonctionnement ou des résultats financiers). La mission concerne un audit descriptif fondé sur une enquête et des entretiens. Les résultats de cet audit permettent de dégager des orientations stratégiques pour l'avenir.

## Contexte

Les **soins de première ligne** sont les soins en accès direct qui se situent entre la ligne zéro, fournie par les aidants proches, les bénévoles et l'entourage familial et la deuxième ligne<sup>3</sup> de soins ambulatoires spécialisés qui nécessite un renvoi vers un autre dispensateur de soins. Les soins de première ligne sont tous les soins auxquels le patient a accès en direct (par exemple les soins fournis par les médecins généralistes et les services d'urgence des hôpitaux).

Dans les soins de première ligne, on peut distinguer **deux grands systèmes de financement** :

- **le paiement à la prestation** : le prestataire de soins est payé par le patient à chaque consultation, et ce dernier est remboursé entièrement ou partiellement par la mutualité. Le ticket modérateur (la part personnelle) est à la charge du patient concerné (en pratique, cependant, il n'est pas toujours encaissé).
- **le paiement forfaitaire** : par patient, inscrit de son propre chef, les organismes assureurs versent aux dispensateurs de soins un montant mensuel fixe, quel que soit le nombre de prestations de soins fournies au patient. Le patient lui-même n'a plus de ticket modérateur à payer. C'est dans ce contexte que s'inscrit le concept des **maisons médicales**.

La notion de **maison médicale** est **définie** par l'AR du 3 juillet 1996<sup>4</sup> comme un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins qui dispensent des prestations de santé pour lesquelles ils perçoivent un paiement forfaitaire. Suivant le **type de population** de patients, une maison médicale reçoit un forfait qui dépend notamment du statut social de cette population. Ce forfait couvre les prestations suivantes :

---

<sup>3</sup> « La deuxième ligne est constituée des dispensateurs de soins ou d'aide qui peuvent être consultés après renvoi, par exemple un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre d'un centre de santé mentale (CSM). Les hôpitaux généraux font également partie de la deuxième ligne. » *Source (en néerlandais) : <http://www.vlaamseesels.be/drupal/?q=node/2>*

<sup>4</sup> AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Art. 32

- Médecine générale : toutes les consultations et visites
- Kinésithérapie : toutes les prestations reprises dans la nomenclature<sup>5</sup>
- Art infirmier : toutes les prestations reprises dans la nomenclature<sup>6</sup>

Les maisons médicales ont la liberté de choisir laquelle ou lesquelles de ces disciplines elles intègrent à leur offre de soins (1 seule discipline ou une combinaison de celles-ci). Par ailleurs, elles peuvent également intégrer à leur offre de soins des dispensateurs de soins d'autres disciplines (par exemple dentiste, psychologue, diététicien, etc.) mais aucune intervention forfaitaire par patient n'est perçue pour les prestations de ces dispensateurs.<sup>7</sup>

Le forfait est calculé en fonction de la **maturité de la maison médicale**. On parle de maison médicale mature dans le cas d'une « *maison médicale qui a conclu depuis au moins deux ans un accord fixant le paiement forfaitaire des prestations et qui compte une population stable de minimum 500 bénéficiaires inscrits depuis au moins un an* »<sup>8</sup>. Une maison médicale en phase de démarrage, non mature, perçoit un forfait moyen par patient. Ce montant est identique pour toutes les maisons médicales au début de leur activité. Après deux ans, et moyennant un fichier de patients de 500 bénéficiaires, les **besoins de soins du patient** (âge, genre, maladies, etc.) sont intégrés au système de calcul. Chaque année, cette formule est recalculée par l'INAMI en tenant compte d'une marge de sécurité qui stipule que le budget d'un cabinet ne peut, à ce moment, diminuer de plus de 1 % par an.

Tant pour les maisons médicales matures que non matures, **différents montants** sont calculés **par type de dispensateur de soins**.

Si le bénéficiaire inscrit consulte un autre dispensateur de soins dans les quatre cas ci-dessous, ces **honoraires et interventions sont pris en charge dans le cadre du forfait**<sup>9</sup> :

- Prestations dispensées en dehors d'un territoire géographique déterminé
- Prestations dispensées dans le territoire géographique déterminé, mais effectuées dans le cadre d'un service de garde organisé
- Prestations dispensées par un kinésithérapeute ou un praticien de l'art infirmier, lorsque ces prestations ont été prescrites par le médecin de la maison médicale
- Prestations pour lesquelles le dispensateur de soins de la maison médicale a donné son accord pour qu'elles soient effectuées par un autre dispensateur de soins.

Dans tous les autres cas, les frais seront à la charge du bénéficiaire inscrit et la mutualité n'accordera aucun remboursement pour ces prestations.

---

<sup>5</sup> La nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, définie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984, article 7

<sup>6</sup> Arrêté royal du 14 septembre 1984, article 8

<sup>7</sup> AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 – Art. 4

<sup>8</sup> AR du 23 avril 2013 portant exécution de l'art. 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les maisons médicales – Art. 1

<sup>9</sup> AR du 23 avril 2013 portant exécution de l'art. 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les maisons médicales – Art. 21

Outre la méthode de calcul du forfait, la réglementation<sup>10</sup> prévoit certaines **conditions** que les **maisons médicales** sont tenues de respecter. En voici les principales :

- Les maisons médicales ne peuvent appliquer un système de paiement forfaitaire que si elles ont conclu un **accord** à cet effet avec les organismes assureurs, sur lequel le Comité de l'assurance a rendu un avis, et qui a été approuvé par le ministre. Ce contrat détermine les disciplines couvertes par le forfait ainsi que le territoire géographique sur lequel la maison médicale exercera ses activités de soins.
- Aucun bénéficiaire **ne peut être refusé** si des membres du ménage de ce bénéficiaire sont déjà inscrits. En cas de résiliation de l'inscription d'un bénéficiaire à l'initiative de la maison médicale, l'inscription des autres membres du ménage doit elle aussi être résiliée<sup>11</sup>.

En outre, les maisons médicales peuvent choisir de s'inscrire auprès d'une fédération. En Belgique, il existe **4 fédérations** auxquelles les maisons médicales peuvent s'affilier :

1. Fédération des Maisons Médicales (FMM) ;
2. Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) ;
3. Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering (Feprafo) ;
4. Médecine pour le Peuple (MPLP).

### **Mission et approche**

Afin de pouvoir effectuer une évaluation stratégique qualitative du fonctionnement, de l'organisation et de la structure de coûts des maisons médicales, différents aspects ont été examinés dans cette enquête, notamment en ce qui concerne :

- Les **caractéristiques** (nombre et type de dispensateurs de soins) et le **fichier des patients** (âge, genre, maladies chroniques, handicap, etc.) des maisons médicales
- L'**organisation** des prestations de service (formes d'entreprise, politique d'orientation, coopération)
- Les **frais de fonctionnement, sources et mécanismes de financement**
- L'**optimisation** des moyens mis en œuvre (possibilité de gains d'efficacité)
- Les **processus** qui caractérisent les maisons médicales (c'est-à-dire les différents processus qui sont déterminants pour le fonctionnement d'une maison médicale, notamment en matière de procédure d'inscription et de désinscription, de collaboration avec des services externes et de formations)

Pour mener à bien cette évaluation stratégique, nous avons procédé par **étapes** :

---

<sup>10</sup> AR du 23 avril 2013 modifiant l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

AR du 30 avril 2013 portant exécution de l'art. 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les maisons médicales

<sup>11</sup> Articles 16 et 18 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les maisons médicales.

- **Recherche documentaire** de la littérature existante, reçue notamment de l'INAMI et de la cellule stratégique Soins de santé de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, ainsi que d'autres acteurs du secteur (organismes assureurs, fédérations, etc.). Nous avons notamment analysé la documentation relative aux indemnités, transmise par l'INAMI, ainsi que l'information relative aux données des patients par maison médicale (âge, genre, etc.) reçue de l'AIM (Agence InterMutualiste). Par ailleurs, au cours de la réalisation de cette étude, nous avons reçu énormément de documentation des fédérations et des maisons médicales elles-mêmes. Cette documentation a été inventoriée et parcourue à titre d'information générale, mais son contenu n'a pas été repris dans le présent rapport, une étude de la littérature n'entrant pas dans le cadre de cette mission.
- Conception et soumission d'un **questionnaire électronique** rédigé en concertation avec le groupe de pilotage et adapté en fonction des remarques du secteur (fédérations). 160 maisons médicales ont répondu à l'enquête, sur un total de 175 que compte la Belgique (taux de réponse de 91 %). Néanmoins, les 160 participants n'ont pas tous répondu à toutes les questions de l'enquête. Par conséquent, le taux de réponse à certaines questions est plus faible et, de ce fait, il n'a pas toujours été possible de formuler une conclusion représentative pour ces questions.
- **Entretiens** avec d'importants **acteurs** du secteur, sélectionnés en accord avec le groupe de pilotage, afin d'obtenir un panorama général du cadre actuel dans lequel opèrent les maisons médicales et de pouvoir identifier les obstacles et les améliorations possibles dans le secteur.
- **Entretiens** individuels avec des **maisons médicales**, lors desquels, en fonction des résultats des étapes précédentes, des questions ciblées ont pu être posées sur le fonctionnement actuel et la structure organisationnelle, les défis existants et les éventuelles possibilités d'amélioration au sein du secteur.

En accord avec le groupe de pilotage, les **critères** pris en compte pour la **sélection** des maisons médicales à interroger sont les suivants :

- le profil des patients
  - la maturité de la maison médicale
  - les différents types de dispensateurs de soins
  - la taille de la maison médicale, en tenant compte du nombre de patients et du nombre de dispensateurs de soins
  - la situation géographique, le degré de concentration dans la région et le taux d'urbanisation du territoire
  - l'affiliation aux fédérations
  - le type de forme de société
  - l'absence de réponse au questionnaire électronique
- 
- Analyse des **sources de financement**, des **comptes annuels** et de la **structure de coûts** pour les années 2015 et 2016, incluant une analyse des principaux postes de dépenses (axée sur les grands changements d'une année à l'autre, les corrélations entre les deux années et entre les maisons médicales, etc.), ainsi qu'une analyse des ratios des comptes annuels

disponibles sur Belfirst (ratio de solvabilité, ratio de rentabilité et ratio de liquidité générale).

- Ces résultats ont permis de tirer des **conclusions**, tant en général sur l'ensemble des maisons médicales que par groupes constitués sur la base des critères utilisés pour la sélection des maisons médicales à interroger (voir ci-dessus). Ces conclusions sont développées dans le présent rapport sous forme d'une analyse qualitative (résultats des entretiens) et quantitative (résultats de l'enquête). Elles ont été traitées ensemble. En d'autres termes, les résultats de l'enquête ont été complétés, le cas échéant, par les enseignements tirés des entretiens.
- Enfin, pour vérifier les observations et les résultats des étapes précitées, une **réunion de travail** a été organisée avec le donneur d'ordre et les principaux acteurs du secteur afin d'expliquer et de cadrer certaines conclusions.

Outre le résumé analytique et l'introduction, le présent rapport comporte les sections suivantes :

- Résultats de l'enquête :
  - I. Caractéristiques des maisons médicales
  - II. Fichier des patients
  - III. Organisation des prestations de services (y compris les processus)
  - IV. Frais d'exploitation, sources et mécanismes de financement
  - V. Optimisation des moyens mis en œuvre
- Annexes

Pour les différentes analyses détaillées dans les sections mentionnées ci-dessus, et dès lors que cette distinction était pertinente, on a distingué trois groupes : situation géographique, maturité et affiliation ou non à une fédération.

## 2 Résultats de l'enquête

Comme indiqué dans l'introduction, les résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de cette étude sont basés sur les résultats de l'enquête et les informations collectées lors des entretiens (tant avec des maisons médicales qu'avec d'autres acteurs du secteur - voir plus haut). En ce qui concerne les données financières, on a aussi eu recours aux informations reçues de l'INAMI et, pour le profil des patients, aux données fournies par l'AIM.

On compte actuellement **175 maisons médicales** en Belgique (source : INAMI). Dans le cadre de cette enquête, un lien personnel vers le questionnaire à remplir a été envoyé par e-mail à chacune de ces maisons médicales. 160 maisons médicales ont répondu à cette enquête, ce qui représente un **taux de réponse de 91 %**. Les maisons médicales qui ont débuté leur activité dans le système forfaitaire dans le courant de l'année 2016 ou 2017 ne sont pas reprises dans les analyses qui suivent pour les années concernées (2015 et 2016), puisque ces centres ne disposent encore d'aucune donnée pour ces années. Ceci ne vaut cependant que pour les analyses annuelles (2015-2016). Pour toutes les autres questions (qui ne sont pas liées spécifiquement à une année précise), l'ensemble des réponses a été pris en compte (sous réserve d'exploitabilité des réponses communiquées et sauf mention contraire).

Les analyses ont été effectuées à la fois sur 2015 et sur 2016, mais les résultats de chaque année individuelle ne sont communiqués qu'en cas de différence significative entre les deux années. Si aucune évolution significative n'a pu être constatée, seule la situation en 2016 est représentée.

**15 maisons médicales** n'ont **pas renvoyé le questionnaire rempli**. Parmi celles-ci, 11 sont membres de Médecine pour le Peuple. Cette fédération a déclaré ne pas vouloir prendre part à l'audit. Les quatre autres maisons médicales qui n'ont pas répondu à l'enquête ont également été reprises parmi les non-répondants et un entretien a été mené afin de pouvoir malgré tout prendre en compte leur fonctionnement et leur organisation.

Le tableau 1 donne un aperçu global du nombre total de maisons médicales en Belgique par région, du nombre total de répondants et du nombre de patients<sup>12</sup> que ces répondants représentent dans le système forfaitaire. Dans les sections qui suivent, les résultats de l'enquête et des entretiens sont détaillés et décomposés en différentes parties (voir plus haut).

---

<sup>12</sup> Le nombre de patients a été déterminé d'après le nombre de patients communiqué dans l'enquête, complété par les données de l'AIM concernant les maisons médicales. On a constaté une grande différence négative entre le nombre de patients indiqué dans l'enquête et le nombre de patients communiqué par l'AIM.

Tableau 1 – Tableau de synthèse

	Total MM	Total des réponses	% de réponse sur le nombre total de MM par région	Nombre de patients sur 153 répondants	% du nombre de patients
Flandre	42	36	86%	85 035	22,75%
Bruxelles	70	66	94%	152 519	40,75%
Wallonie	63	58	92%	136 186	36,50%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>160</b>		<b>373 740<sup>13</sup></b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

## 2.1 Caractéristiques des maisons médicales

Cette section présente les **caractéristiques des maisons médicales**, en particulier sur le plan de la **situation géographique**, de la **maturité** et de leur représentation dans les différentes **fédérations**. Tout d'abord, nous examinerons le paysage général pour ces trois paramètres, avant de ventiler les données selon le type et le nombre de membres du personnel (tant pour les dispensateurs de soins que pour le personnel auxiliaire).

### 2.1.1 Généralités

#### *Localisation*

Dans cette étude, la situation géographique des maisons médicales est déterminée à l'aide quatre paramètres : **région, arrondissement, taux d'urbanisation et degré de concentration**. Le tableau 2 dresse un panorama de la situation géographique des répondants à l'enquête sur la base des paramètres susmentionnés. Les maisons médicales sont implantées dans 24 arrondissements répartis sur les 3 régions de Belgique (Flandre, Bruxelles et Wallonie).

Pour la répartition des maisons médicales en fonction du taux d'urbanisation, nous utilisons la définition de l'OCDE<sup>14</sup> : « *Les arrondissements se différencient par leur degré de ruralité, c'est-à-dire par la proportion de leur population<sup>15</sup> vivant dans des communes rurales. On distingue trois types d'arrondissements :*

- *les arrondissements à prédominance rurale (plus de 50 % de la population vit dans des collectivités rurales) ;*

<sup>13</sup> Le nombre de patients des maisons médicales ayant démarré leurs activités dans le système forfaitaire en 2017 n'est pas pris en compte ici, puisque seul le nombre de patients en 2015 et 2016 a été demandé dans l'enquête. En d'autres termes, le total de 373.740 patients ne représente pas l'entièreté du fichier des patients des 160 répondants puisque, dans ce taux de réponse, figurent aussi les maisons médicales fondées en 2017. Il va de soi que ce chiffre n'englobe pas non plus le nombre de patients des non-répondants (notamment des membres de Médecine pour le Peuple).

<sup>14</sup> [http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/environnement/geo/typologie\\_communes/](http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/environnement/geo/typologie_communes/)

<sup>15</sup> Le nombre d'habitants par commune a été déterminé au moyen des données disponibles sur le site web du SPF Économie ([http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/population\\_-\\_chiffres\\_population\\_2010\\_-\\_2012.jsp](http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/population_-_chiffres_population_2010_-_2012.jsp)) Les communes sont reliées aux arrondissements par la mise en correspondance des codes INS du fichier du SPF Économie et des données disponibles sur Open Belgium (<http://portal.openbelgium.be/dataset/gemeentecodes>).

- les arrondissements à composante rurale significative (entre 15 et 50 % de la population vit dans des collectivités rurales) ;
- les arrondissements à prédominance urbaine (moins de 15 % de la population vit dans des collectivités rurales). »

Le degré de concentration a été déterminé sur la base du nombre de maisons médicales situées dans les arrondissements au sein de chaque région. Dans le cadre de cette enquête, les catégories suivantes ont été définies :

- faible : moins de 10 maisons médicales dans un arrondissement
- moyen : entre 10 et 20 maisons médicales dans un arrondissement
- élevé : plus de 20 maisons médicales dans un arrondissement

Tableau 2 - Répondants à l'enquête selon la situation géographique

Région	Taux d'urbanisation	Degré de concentration	Nombre d'arrondissements		Nombre de répondantes		Nombre de patients	
			Abs.	Arrond.	Abs.	%	Abs.	%
Région de Bruxelles-Capitale	Prédominance urbaine	élevé	1	Bruxelles	66	41%	152 519	41%
Région flamande	Prédominance urbaine	faible	11	Alost	1	1%	3 081	0,8%
				Anvers	7	4%	13 853	3,7%
				Bruges	1	1%	2 397	0,6%
				Halle-Vilvorde	2	1%	4 015	1,1%
				Hasselt	4	3%	5 773	1,5%
				Louvain	4	3%	6 865	1,8%
				Malines	4	3%	2 753	0,7%
				Ostende	1	1%	N/A	N/A
				Saint-Nicolas	2	1%	6 231	1,7%
				Tongres	1	1%	1 707	0,5%
		Turnhout	1	1%	2 329	0,6%		
		moyen	1	Gand	10	6%	36 031	9,6%
Région wallonne	Prédominance urbaine	élevé	1	Liège	25	16%	59 507	15,9%
		faible	1	Soignies	3	2%	6 408	1,7%
		faible	6	Arlon	1	1%	2 559	0,7%
				Mons	4	3%	6 554	1,8%
				Charleroi	8	5%	19 484	5,2%
				Tournai	2	1%	4 954	1,3%
				Namur	5	3%	7 280	1,9%
				Nivelles	3	2%	5 759	1,5%
		Composante rurale significative	faible	2	Huy	1	1%	1 818
	Verviers				6	4%	18 547	5%
Prédominance rurale	faible	1	Marche-en-Famenne	1	1%	3 316	0,9%	
			<b>24</b>		<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>373 740</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG



La grande majorité des répondants (155 maisons médicales) sont situés dans des zones à prédominance urbaine, plus précisément dans l'arrondissement de Bruxelles-Capitale (66 maisons médicales), dans l'arrondissement de Liège (25 maisons médicales) et l'arrondissement de Gand (10 maisons médicales).

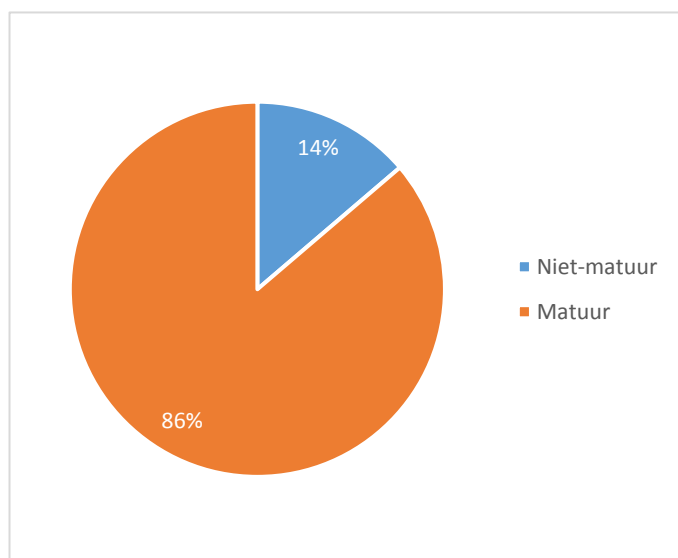
Les arrondissements à composante rurale significative et à prédominance rurale ne comptent que quelques maisons médicales (4 %, soit 8 maisons médicales) et ne représentent qu'une faible proportion du fichier global des patients (6,5 %) des répondants.

Les entretiens indiquent que les maisons médicales s'installent souvent dans des **zones en pénurie de médecins généralistes** et dans des **régions défavorisées**, dans le but de promouvoir l'accessibilité des soins de santé de première ligne. Avant la création d'une maison médicale, les dispensateurs de soins et/ou coordinateurs (qui souhaitent fonder une nouvelle maison médicale) effectuent souvent une **analyse de l'environnement** pour vérifier l'utilité de celle-ci dans un quartier défini, s'il s'agit d'un tout nouveau cabinet et non du transfert d'un cabinet (de groupe) existant.

### **Maturité**

Comme cela a déjà été mentionné dans l'introduction, pour le calcul du forfait, les maisons médicales sont réparties selon leur maturité. Compte tenu de la date d'entrée dans le système forfaitaire et du nombre de patients communiqué dans l'enquête pour l'année 2016, les répondants ont été répartis comme suit :

Graphique 1 - Répondants à l'enquête selon la maturité



Source : Enquête KPMG

Le questionnaire a été rempli par 86 % de maisons médicales matures et 14 % de maisons médicales non matures.

Dans les analyses détaillées dans les sections suivantes pour les années 2015-2016, toutes les maisons médicales non matures n'ont pas toujours été reprises, par manque de données pour ces années du fait qu'elles ne sont entrées dans le système forfaitaire qu'en 2016 ou 2017 (19 maisons médicales non prises en compte dans l'analyse 2015, 7 maisons médicales dans l'analyse 2016). Le tableau ci-dessous représente le nombre de répondants pris en compte dans les analyses de 2015 et 2016 en matière de maturité. Les éventuelles exceptions au niveau des analyses individuelles, en raison d'un manque de données (qualitatives), ne figurent pas dans ce tableau et sont expliquées dans l'analyse elle-même :

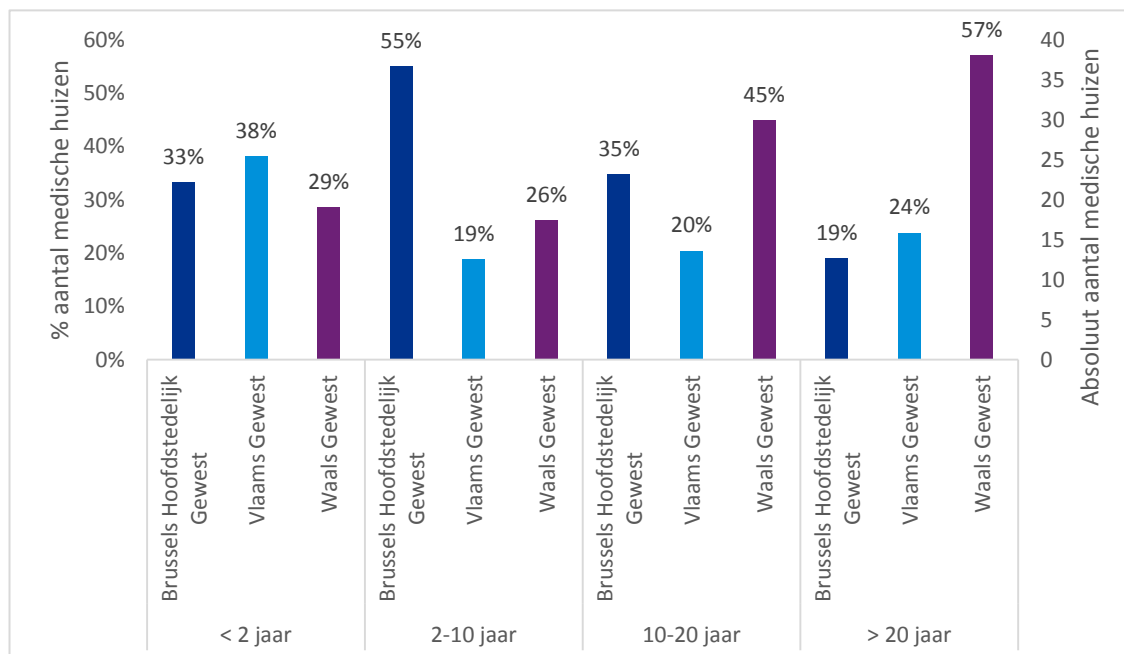
Tableau 3 - Maisons médicales prises en compte dans les analyses

Maisons médicales prises en compte en 2015	Maisons médicales prises en compte en 2016
141	153

Source : Enquête KPMG

Ensuite, on a à nouveau réparti les maisons médicales matures selon différents niveaux de maturité, en fonction du nombre d'années d'activité dans le système forfaitaire (< 2 ans, 2-10 ans, 10-20 ans, > 20 ans). Le graphique ci-dessous représente le nombre de répondants par catégorie de maturité et par région (en pourcentages et en chiffres absolus). Il indique, pour chaque catégorie de maturité, le pourcentage des maisons médicales appartenant à cette catégorie de maturité dans une région définie (en d'autres termes, la somme dans chaque catégorie de maturité est égale à 100 %).

Graphique 2 - pourcentage de maisons médicales par région selon leur maturité



Source : Enquête KPMG

Les entretiens ont mis en évidence l'apparition de nombreuses nouvelles maisons médicales ces dernières années, en particulier à Bruxelles. Selon les résultats de

l'enquête, ceci est surtout perceptible dans la catégorie 2-10 ans. Ces 2 dernières années, les nouvelles maisons médicales se sont réparties de manière plus homogène dans les différentes régions, avec une représentation un peu plus forte en Flandre (8 maisons médicales non matures en Flandre contre 7 maisons médicales non matures à Bruxelles et 6 en Wallonie). En ce qui concerne le nombre total de maisons médicales par région, la proportion de maisons médicales non matures est nettement plus importante en Région flamande (22 %) que dans les autres régions (+/- 11 %).

C'est surtout la Région de Bruxelles-Capitale qui a connu une forte progression du nombre de maisons médicales entre 2007 et 2015. Les maisons médicales les plus matures (> 10 ans dans le système forfaitaire) sont principalement situées en Région wallonne.

### Fédérations

Comme nous l'avons déjà indiqué, les maisons médicales sont libres de s'affilier ou non à une fédération. Le tableau ci-dessous détaille la répartition des maisons médicales dans les différentes fédérations et le taux de réponse correspondant, ainsi que le nombre de patients dans chaque catégorie en 2016. Le nombre de patients des maisons médicales ayant démarré en 2017 n'est pas repris dans ce tableau (puisque le questionnaire ne demandait de fournir le nombre de patients que pour 2015 et 2016).

Tableau 4 - Répondants à l'enquête par fédération

	Membres		Réponses		Nombre de patients 153 répondants	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
<b>FMM</b>	86	49%	84	52,5%	190 871	51%
<b>VWGC</b>	29	17%	29	18%	77 233	20,5%
<b>Feprafo</b>	20	11%	19	12%	51 659	14%
<b>Médecine pour le Peuple</b>	11	6%	0	0	/ <sup>16</sup>	/
<b>Pas de fédération</b>	29	17%	28	17,5%	53 977	14,5%
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100%</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>373 740</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG, données AIM et données INAMI

La fédération FMM est celle qui compte le plus de membres et, par conséquent, c'est aussi celle qui présente le taux de réponse le plus élevé de l'enquête (52,5 %), ainsi que le plus grand nombre total de patients (51 %). Les membres de la VWGC représentent 18 % du taux de réponse à l'enquête et 20,5 % du nombre total de patients. La Feprafo est, après Médecine pour le Peuple, la plus petite fédération. Elle représente 12 % du taux de réponse et 14 % de l'ensemble du fichier des patients. Cette fédération est la plus jeune, elle a été fondée en 2013. 28 maisons médicales, soit 17,5 % du taux de réponse, ne sont membres d'aucune fédération et comptent 14,5 % du nombre total de patients.

<sup>16</sup> Dans ce rapport, il n'est tenu aucun compte du nombre de patients inscrits auprès des membres de Médecine pour le Peuple, ceux-ci n'ayant pas participé à l'audit.

Comme nous l'avons déjà mentionné, les membres de Médecine pour le Peuple ont collectivement refusé de participer à l'enquête. En 2016, ils avaient un fichier global de 23.492 patients (6,44 % du fichier global des patients en 2016<sup>17</sup>) (Source : statistiques AIM). Par conséquent, dans les résultats qui suivent, on entend par « fédérations » toutes les fédérations à l'exception de Médecine pour le Peuple.

Lors des entretiens, les maisons médicales affiliées à une fédération ont principalement cité les éléments suivants comme **raisons de leur affiliation** :

- Rôle d'information, notamment en matière de subsides que peuvent obtenir les maisons médicales, de barèmes salariaux, de calcul du forfait, de prestations qui peuvent être facturées en supplément, etc. Les maisons médicales non matures, principalement, estiment que le soutien au démarrage de la maison médicale constitue une importante valeur ajoutée et que, sans ce soutien, le démarrage serait très difficile. C'est aussi ce qui ressort des entretiens avec des maisons médicales non matures qui ne sont pas affiliées à une fédération : souvent, celles-ci ne semblent pas informées des différents subsides auxquels elles peuvent prétendre, des prestations techniques qui peuvent être facturées, etc. Les entretiens ont clairement montré que toutes les fédérations remplissent ce rôle pour leurs membres.
- Organisation de **formations**, au profit de la qualité de la prestation de services. Les entretiens révèlent que des réunions de travail seraient organisées plusieurs fois par an pour les différentes fonctions au sein des maisons médicales, tant pour les dispensateurs de soins de chaque discipline que pour le personnel auxiliaire dans les fonctions d'accueil et d'administration notamment (comment s'organiser efficacement), afin de pouvoir partager les « **meilleures pratiques** » au sein des maisons médicales. Il ressort des entretiens que la fédération Feprafo organise moins de formations que les autres.
- **Service d'étude** : chaque année, d'après les entretiens, les fédérations demandent à leurs membres de fournir des statistiques, dont les analyses sont partagées. Cela permettrait également une **évaluation par les pairs** entre les centres, ainsi qu'un certain **contrôle social**. La fédération Feprafo (fondée depuis 2013 seulement) ne dispose pas d'un service d'étude.
- **Politique globale** sur plusieurs maisons médicales. Ceci vaut pour toutes les fédérations. Lors des entretiens, il a aussi été mentionné que la VWGC fixait des attentes/objectifs auxquels leurs membres étaient censés répondre. En revanche, aucune fédération n'exerce un rôle de contrôle.
- **Caisse de résonance** sur le plan politique et représentation des intérêts des maisons médicales (valable pour toutes les fédérations).
- Mise à disposition de **matériel** (mentionné lors des entretiens pour la FMM).

Au cours des entretiens, on a également demandé aux personnes interrogées quelles étaient les **raisons principales** qui poussaient les maisons médicales à **ne pas**

---

<sup>17</sup> Abstraction faite des maisons médicales dont le fichier compte moins de 50 patients

**s'affilier à une fédération.** L'une des principales raisons semble être le **prix de l'affiliation**. D'après les entretiens, la cotisation pour les maisons non matures serait limitée à un montant forfaitaire (par exemple 500 euros). Quant aux maisons matures, elles paieraient un montant par patient inscrit (de l'ordre de 1 ou 2 euros). Pour les maisons médicales disposant d'un important fichier de patients, les entretiens montrent que la cotisation annuelle peut atteindre un montant très élevé (certaines maisons médicales ont reconnu lors des entretiens payer entre 30.000 et 50.000 euros de cotisation). Les maisons médicales matures, et principalement les grandes, assumeraient par conséquent la plus grande part des coûts d'une fédération. Dans ce contexte, l'une des maisons médicales a insisté, lors des entretiens, sur l'importance d'un « **retour** » **en échange de l'affiliation à une fédération**, c'est-à-dire que les avantages de cette affiliation soient aussi perceptibles pour les maisons médicales matures (et pas uniquement au démarrage d'une maison médicale). Le prix de la cotisation a également été cité comme raison conduisant une maison médicale à se désaffilier d'une fédération après un certain temps.

Dans ce cadre, il pourrait être plus judicieux que certaines des activités, qui sont actuellement effectuées au sein des différentes fédérations (par exemple, l'information relative aux possibilités de subsides, le service d'étude, l'assistance au démarrage, etc.), soient organisées par un **organe global**, afin de limiter les dépenses supportées par chaque fédération pour ces activités.

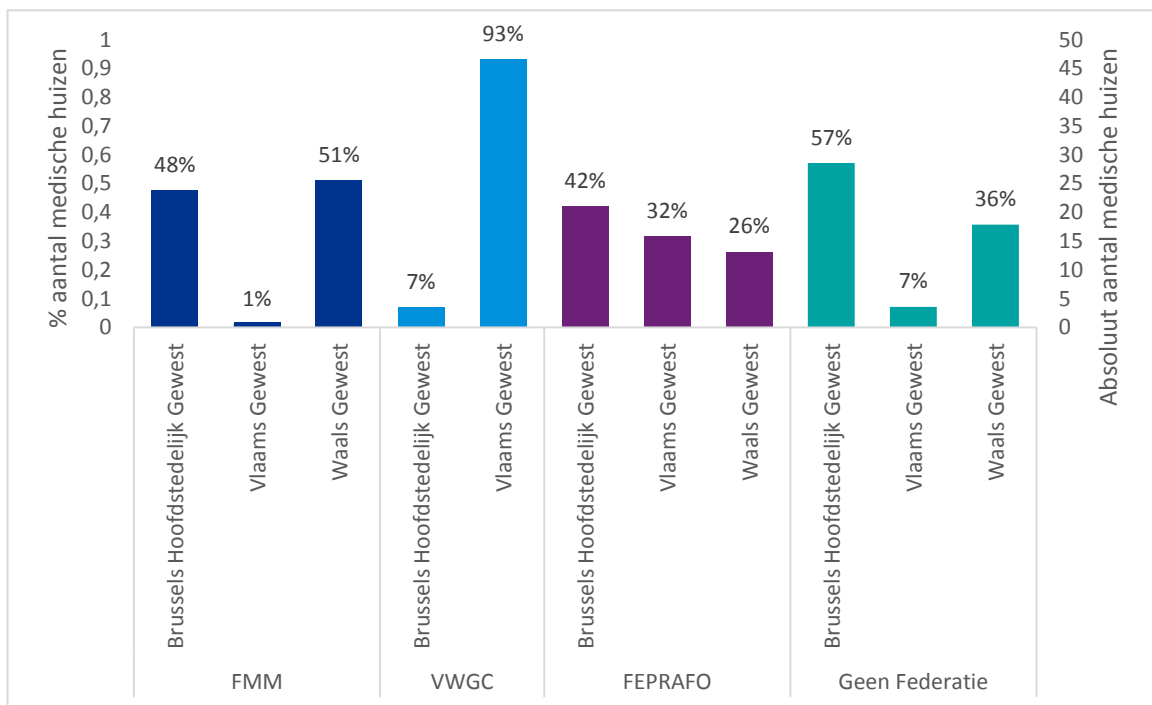
Parmi les autres raisons qui conduisent à **ne pas s'affilier à une fédération**, citons (liste non exhaustive) :

- La « **couleur politique** » qu'auraient les fédérations. Celle-ci ne serait généralement pas en ligne avec celle des maisons médicales et ces dernières souhaiteraient rester politiquement neutres.
- L'« **idéologie** » des fédérations, qui ne correspondrait pas à celle des maisons médicales.
- Le caractère « **dogmatique** » des fédérations.

Au cours des entretiens, on a évoqué le fait que les fédérations n'approchaient **pas de manière proactive** les maisons médicales dans le système forfaitaire pour les amener à s'affilier. Par conséquent, ces nouvelles maisons médicales ne connaîtraient souvent pas les (différentes) fédérations et/ou ne percevraient pas clairement le rôle que pourraient remplir ces fédérations à leur égard. Les entretiens ont révélé que les membres actuels des fédérations auraient en effet intérêt à ce que de nouvelles maisons médicales s'affilient à la fédération, car cela permettrait de réduire le montant de la cotisation.

Le graphique 3 reflète la répartition des répondants dans chaque fédération en fonction de la région (en d'autres termes, la répartition en pour cent des membres des différentes fédérations et du groupe des non-affiliés dans les différentes régions).

Graphique 3 - Pourcentage de maisons médicales par région et par fédération



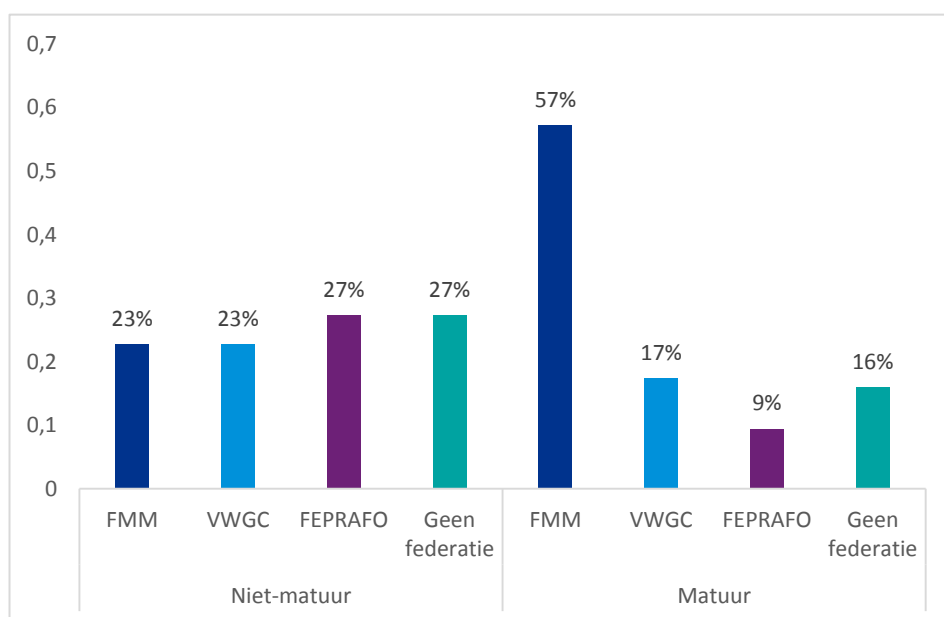
Source : Enquête KPMG

Les membres de la FMM sont répartis de manière plus ou moins égale entre la Région de Bruxelles-Capitale (48 %) et la Région wallonne (51 %). Pratiquement tous les membres de la VWGC sont situés en Région flamande (93 %). La Feprafo est fortement représentée en Région de Bruxelles-Capitale (42 %). Parmi les 28 maisons médicales non affiliées à une fédération, la moitié est établie en Région de Bruxelles-Capitale, puis vient la Région wallonne. Cette observation ressort aussi des entretiens menés avec les autres acteurs du secteur, à savoir que, ces dernières années, de nouvelles formes de maisons médicales ont vu le jour, avec comme principale évolution l'**augmentation du nombre de centres qui ne sont pas affiliés à une fédération**, en particulier à Bruxelles. Dans l'analyse suivante, nous verrons que ce groupe compte aussi un nombre considérable de maisons médicales non matures.

Le graphique 4 représente la répartition des répondants selon leur maturité, par fédération. Il en ressort que 27 % des maisons médicales non matures sont affiliées à la

Feprafo ou ne sont affiliées à aucune fédération. La majorité (58 %) des maisons médicales matures ayant répondu à l'enquête font partie de la fédération FMM. Ces résultats sont en ligne avec les résultats précédents, selon lesquels les membres de la FMM sont pratiquement exclusivement établis en Région de Bruxelles-Capitale et en Région wallonne et que ces deux régions sont celles où l'on dénombre le plus de maisons médicales matures.

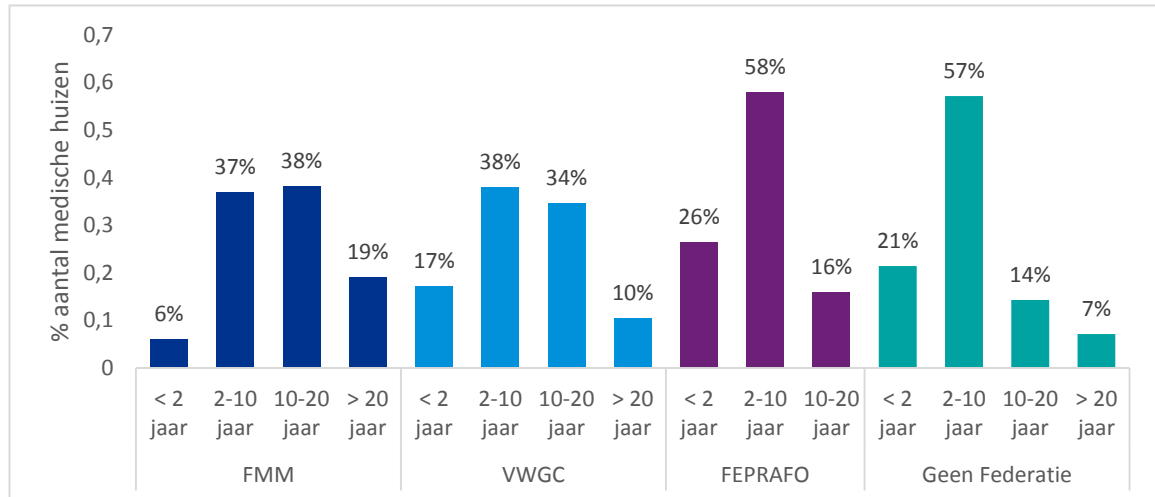
Graphique 4 - Pourcentage de maisons médicales par fédération, selon leur maturité



Source : Enquête KPMG

Lorsque l'on examine, au sein de chaque fédération, la répartition des maisons médicales selon leur catégorie de maturité, on peut remarquer que la FMM compte un nombre réduit de maisons médicales non matures par rapport à l'ensemble de ses membres (6 % ont moins de 2 ans). La VWGC est elle aussi en grande partie constituée de maisons médicales matures. Les maisons médicales matures membres de la FMM et de la VWGC sont principalement réparties dans les catégories 2-10 ans et 10-20 ans. C'est la Feprafo qui présente la plus forte proportion de maisons médicales non matures dans son fichier de membres (26 %). Ce phénomène pourrait notamment s'expliquer par le fait que cette fédération n'a été créée qu'en 2013. La Feprafo ne compte aucun membre actif depuis plus de 20 ans dans le système forfaitaire. Le groupe de maisons médicales non affiliées à une fédération est aussi essentiellement constitué de maisons médicales jeunes (78 % des répondants ont moins de 10 ans).

Graphique 5 - Pourcentage de maisons médicales par fédération, selon leur maturité



Source : Enquête KPMG



### **Conclusion :**

Les maisons médicales sont principalement situées en **milieu urbain**, en particulier dans les arrondissements de Bruxelles-Capitale, de Liège et de Gand. En grande **majorité**, les maisons médicales ayant rempli le questionnaire sont **matures** (86 % de maisons médicales matures et 14 % de maisons médicales non matures). Les **maisons médicales les plus matures** (10 ans et plus) sont principalement situées à **Bruxelles et en Wallonie**.

La fédération FMM est celle qui compte le plus de membres et, par conséquent, c'est aussi celle qui présente le taux de réponse le plus élevé de l'enquête (52,5 %), ainsi que le plus grand nombre total de patients (51 %). Les membres de la VWGC représentent 18 % du taux de réponse à l'enquête et 20,5 % du nombre total de patients. La Feprafo est, après Médecine pour le Peuple, la plus petite fédération. Elle représente 12 % du taux de réponse et 14 % de l'ensemble du fichier des patients. Cette fédération est la plus jeune, elle a été fondée en 2013. 28 maisons médicales, soit 17,5 % du taux de réponse, ne sont membres d'aucune fédération et comptent 14,5 % du nombre total de patients.

27 % des **maisons médicales non matures** sont affiliées à la **Feprafo** ou ne sont affiliées à **aucune fédération**. La majorité (58 %) des **maisons médicales matures** ayant répondu à l'enquête font partie de la fédération **FMM**.

Au cours des entretiens, les maisons médicales affiliées à une fédération ont indiqué que ces fédérations apportaient une valeur ajoutée, notamment sur le plan du **partage de l'information, du partage des connaissances, de la formation, de la représentation d'intérêts, etc.** L'affiliation à une fédération semble surtout incontournable pour les maisons médicales en phase de démarrage. Les maisons médicales qui ne sont pas affiliées à une fédération ont invoqué comme raisons principales de leur non-affiliation le fait qu'elles n'adhèrent pas à la « **vision politique** » et/ou à l'« **idéologie** » des fédérations, mais aussi, et surtout, le **prix de l'affiliation**.

### **2.1.2 Soins dispensés**

Dans cette section, nous examinerons combien de disciplines en moyenne, et lesquelles, sont proposées par les maisons médicales, ainsi que les autres types de soins dispensés qui ne font pas partie de ces trois disciplines. Nous détaillerons également le nombre d'équivalents temps plein dans les différents types de soins dispensés.

## 2.1.2.1 Disciplines

### 2.1.2.1.1 Nombre de disciplines au sein des maisons médicales

Les maisons médicales peuvent obtenir un forfait pour la médecine générale, la kinésithérapie et l'art infirmier, pour autant qu'elles proposent ces disciplines. Une maison médicale peut proposer une seule de ces disciplines ou une combinaison de celles-ci. **72 % des répondants (112 répondants) déclarent proposer les 3 disciplines** dans leur maison médicale, comme on peut le voir dans la deuxième colonne du tableau ci-dessous. 7 des 160 répondants n'ont pas été pris en considération dans les analyses relatives aux disciplines, parce qu'ils n'ont démarré qu'en 2017 et n'ont donc pas pu fournir dans les informations nécessaires à leur prise en compte dans l'enquête. Le nombre de répondants pris en compte dans les analyses est indiqué dans la troisième colonne du tableau ci-dessous. La dernière colonne indique le nombre de répondants qui offrent les différentes combinaisons dans leur maison médicale, exprimé en pourcentage du nombre total de répondants (160).

Tableau 5 - Combinaisons MKI

Combinaisons MKI	Nombre total de répondants	Nombre de répondants pris en compte dans les analyses	% nombre de maisons médicales
Médecins généralistes uniquement (M)	4	2	1,25%
Praticiens de l'art infirmier uniquement (I)	1	1	0,50%
Médecins généralistes – Kinésithérapeutes (MK)	2	2	1,25%
Médecins généralistes – Praticiens de l'art infirmier (MI)	39	38	25%
Médecins généralistes – Kinésithérapeutes – Praticiens de l'art infirmier (MKI)	112	110	72%
Inconnu (démarrage en 2017)	2	/	/
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>153</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG

Au cours des entretiens, des maisons médicales multidisciplinaires ont souligné à plusieurs reprises l'importance **cruciale** pour une maison médicale de **proposer plusieurs disciplines** afin de pouvoir offrir aux patients une qualité de soins suffisante. Selon certaines parties interrogées, les maisons médicales qui proposent uniquement des soins de médecine générale ne seraient pas en mesure d'offrir les mêmes soins à leurs patients qu'un cabinet multidisciplinaire dans le système forfaitaire. Lors des entretiens, on a évoqué la possibilité de faire appel à l'équipe dans un cabinet multidisciplinaire (notamment pour obtenir un avis ou déléguer des tâches), ainsi que la **coordination** entre les dispensateurs de soins (par exemple sur la qualité des soins dispensés, l'enregistrement des données dans le DMG, etc.), ce qui n'existerait pas dans un cabinet ne proposant qu'une seule discipline.

Néanmoins, les entretiens révèlent que les maisons médicales auraient souvent des difficultés à engager un kinésithérapeute, principalement parce qu'elles ne peuvent pas toujours offrir un poste à temps plein dans cette discipline (voir maturité ci-dessous) et parce qu'il est interdit de travailler dans les deux systèmes (au forfait et à la prestation). Les kinésithérapeutes qui ne sont pas employés à temps plein dans une maison médicale exerceraient parfois, d'après les entretiens, d'autres activités professionnelles, par exemple donner des formations, travailler en maison de repos et de soins, etc.

Les maisons médicales se heurteraient aussi, dans leur tentative de proposer des soins de kinésithérapie, aux **nombreuses spécialisations** dans cette discipline (sachant que les maisons médicales ne souhaitent pas courir le risque de renvoyer trop de patients vers des spécialistes en engageant un « kinésithérapeute généraliste »), ainsi qu'au **manque d'infrastructure** (pas de local adéquat disponible). Autre raison invoquée par les maisons médicales qui ne proposent pas de kinésithérapie : le fait que leur population n'aurait pas ou très peu besoin de ces soins. Dans certains quartiers, par exemple ceux où vit une importante population d'ouvriers, une offre de kinésithérapie apporterait en revanche une grande valeur ajoutée. **Par conséquent, le fait de proposer ou non une discipline spécifique semble aussi, à la lueur des entretiens, fortement lié au profil des patients.**

Pour un nombre, certes réduit, de maisons médicales, l'intégration des **soins infirmiers** dans le système forfaitaire ne serait pas envisageable financièrement (compte tenu du forfait actuel), malgré le profil de patients auquel elles ont affaire (un profil de patient plus âgé qui nécessite davantage de soins à domicile) (voir remarques sur le calcul du forfait dans l'analyse du financement).

Les entretiens révèlent également un **roulement de personnel** relativement faible au sein des maisons médicales. Selon certaines maisons médicales interrogées, les dispensateurs de soins qui sont passés du système forfaitaire au système à la prestation l'ont fait principalement en raison du salaire, qui est limité dans le système forfaitaire, ou parce qu'il s'agissait de jeunes médecins en début de carrière qui souhaitaient encore exercer d'autres activités (par exemple, acquérir une expérience professionnelle à l'étranger). Autre raison invoquée par l'une des maisons médicales pour ne pas passer au système forfaitaire : le territoire géographique défini par les maisons médicales pour dispenser les soins de première ligne (ainsi, par exemple, un médecin faisant partie d'un cabinet de groupe qui est passé du système à la prestation au système forfaitaire, et dont la patientèle d'origine était située en dehors de la zone couverte).

Par ailleurs, il a été dit à plusieurs reprises que le système forfaitaire permettait un meilleur **équilibre entre vie professionnelle et vie privée** et qu'il est possible que les dispensateurs de soins optent pour ce système parce qu'il serait plus facile à concilier avec une vie de famille. Selon certaines maisons médicales, en outre, le nombre

d'heures de travail par jour serait également plus élevé dans le système à la prestation afin de pouvoir prendre en charge davantage de patients, d'où la crainte de perdre un patient si celui-ci ne peut s'adresser directement à son médecin généraliste.

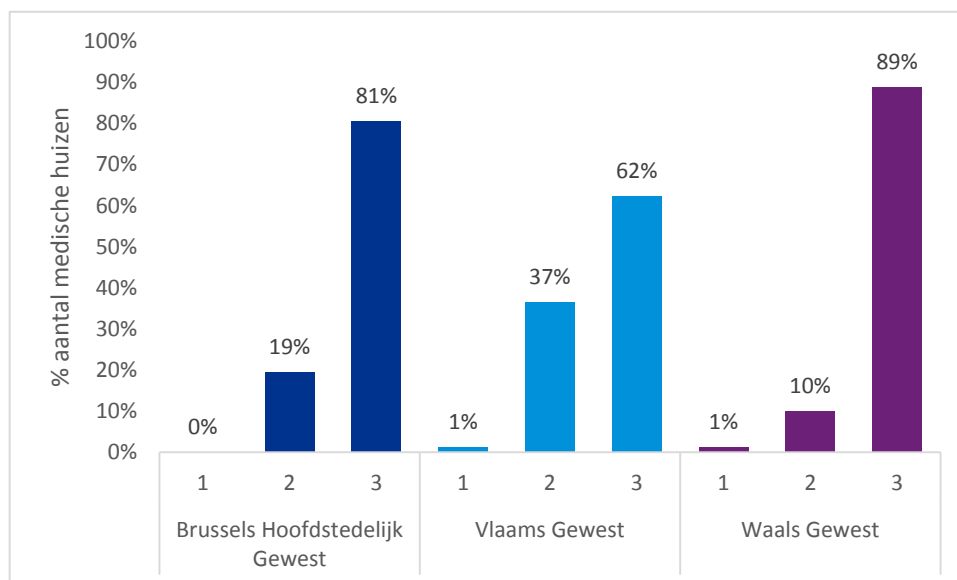
Dans les sections qui suivent, nous examinons si le nombre de disciplines varie en fonction de la situation géographique et de la maturité des maisons médicales, ainsi que d'une fédération à une autre.

### Localisation

Parmi les maisons médicales établies en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, respectivement 89 % et 80 % des répondants proposent les 3 disciplines. En Région flamande, 62 % des maisons médicales proposent les 3 disciplines, et 37 % en proposent 2. Ces résultats cadrent avec les observations précédentes selon lesquelles la plupart des maisons médicales non matures sont établies en Flandre. En effet, les analyses et les entretiens révèlent que la mise en place d'un **cabinet multidisciplinaire n'intervient qu'après un certain temps**, lorsque la maison médicale dans le système forfaitaire a acquis une certaine stabilité et s'est constitué un bon fichier de clients. L'intégration d'une discipline supplémentaire aurait en effet des conséquences à la fois financières et administratives.

Seul 1 % des maisons médicales en Région flamande et en Région wallonne ne propose que 1 seule discipline.

Graphique 6 - Pourcentage moyen du nombre de disciplines par région (2016)



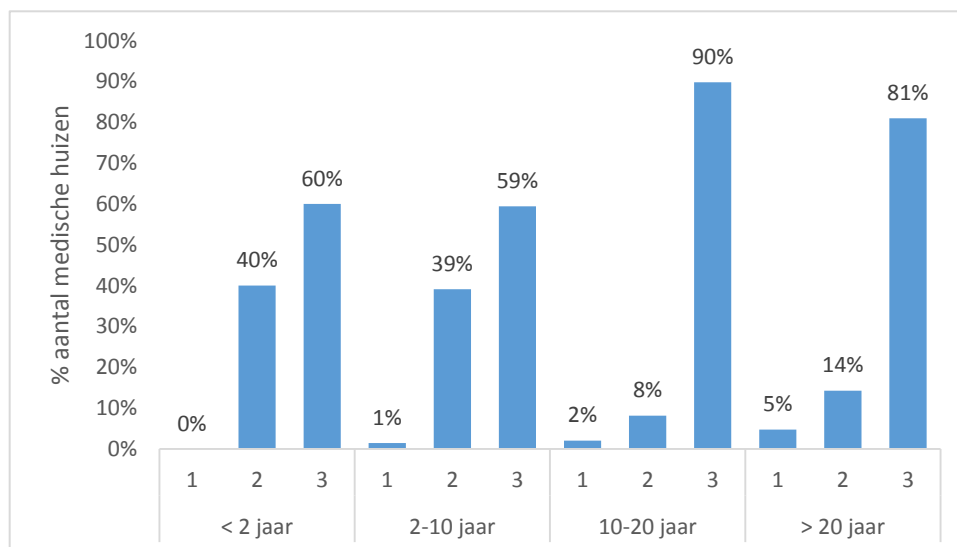
Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le graphique 7 reflète le nombre de disciplines en fonction de la maturité. Conformément aux résultats ci-dessus, il ressort également de cette analyse que ce sont surtout les maisons médicales les plus matures (> 10 ans) qui proposent les 3

disciplines. Parmi les maisons médicales actives depuis moins de 10 ans dans le système forfaitaire, environ 40 % en moyenne ne proposent pas les 3 disciplines.

Graphique 7 - Pourcentage moyen du nombre de disciplines en fonction de la maturité (2016)

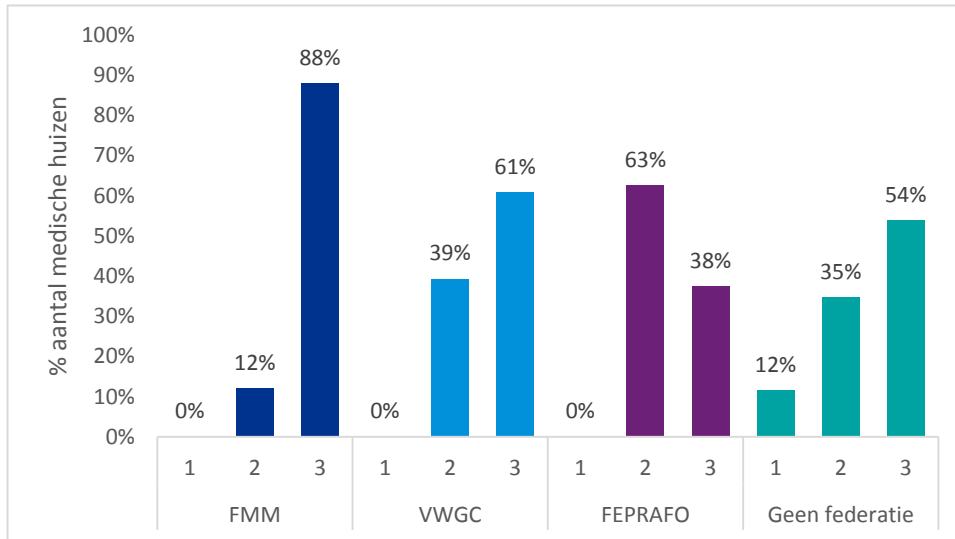


Source : Enquête KPMG

### Fédération

Le graphique 8 indique le nombre de maisons médicales de chaque fédération qui proposent les différentes disciplines. Au sein de la FMM, 88 % des répondants offrent les trois disciplines. Dans les analyses précédentes, on a déjà pu remarquer que la FMM comptait les maisons médicales les plus matures et que les maisons médicales matures intégraient en moyenne davantage de disciplines à leur offre de soins. Plus de la moitié des répondants membres de la VWGC et des répondants n'appartenant à aucune fédération proposent aussi les trois disciplines. Parmi les membres de la Feprafo, ce chiffre est de 38 % seulement. Nous avons déjà établi dans ce chapitre que la Feprafo comptait en moyenne davantage de maisons médicales non matures par rapport aux autres catégories, et que les maisons médicales non matures étaient moins nombreuses à proposer les 3 disciplines. Cependant, bien que la catégorie des maisons médicales n'appartenant à aucune fédération compte aussi davantage de maisons médicales non matures, celles-ci offrent aussi en majorité les 3 disciplines.

Graphique 8 - Pourcentage moyen du nombre de disciplines par fédération (2016)



Source : Enquête KPMG

## 2.1.2.2 Autres types de soins dispensés

### 2.1.2.2.1 Nombre d'autres types de soins dispensés

Outre la médecine générale, la kinésithérapie et l'art infirmier, il existe aussi de nombreux **autres types de soins**<sup>18</sup> qui peuvent être intégrés à l'offre de soins des maisons médicales. Ces profils de soins ne sont pas financés dans le cadre du forfait. Les entretiens ont révélé que les maisons médicales étaient libres de décider de la manière de proposer ces soins au patient dans leur maison médicale : **à la prestation** à charge du patient, ou à titre **gratuit**. Dans ce dernier cas, le coût salarial est assumé par la maison médicale elle-même. Lorsque les soins supplémentaires proposés (par exemple : psychologue, diététicien, etc.) sont facturés au patient à la prestation, il s'agit souvent d'un **montant symbolique** ou déterminé en fonction de la situation financière du patient. Pour certains profils (comme les assistants sociaux ou les psychologues), il serait toutefois possible d'obtenir un subside supplémentaire (voir section 2.4 Moyens de financement et frais de fonctionnement). Des profils de soins comme les dentistes et logopèdes disposent aussi d'une nomenclature et travailleraient souvent au sein de maisons médicales selon le principe du tiers payant.

Le tableau 6 représente les dispensateurs de soins qui, d'après l'enquête, font le plus souvent partie de l'offre de soins des maisons médicales, ainsi que le nombre de patients des maisons médicales qui proposent le dispensateur de soins concerné. L'annexe 3.2 dresse la liste complète des soins proposés dans les maisons médicales.

<sup>18</sup> Pour des raisons de commodité, on tient compte ici non seulement des professions des soins de santé au sens de l'AR 78, mais aussi des professions auxiliaires de soins.

Tableau 6 – Aperçu des autres types de dispensateurs de soins, y compris nombre de répondants et de patients (2016)

Type de dispensateur de soins	Nombre de répondants		Nombre de patients des répondants	
	Absolu	%	Absolu	%
Médecins généralistes en formation	101	63%	292 201	78%
Assistant social/travailleur social	80	50%	214 924	57,5%
Psychologues	60	37,5%	173 153	46,5%
Agent de promotion de la santé	56	35%	154 700	41,5%
Diététiciens	40	25%	136 066	36%
Aides soignants	13	8%	52 031	14%
Dentistes	13	8%	41 544	11%
Logopèdes	8	5%	24 735	6,5%

Source : Enquête KPMG et données AIM

101 répondants emploient des **médecins généralistes en formation** (MGF) dans leur maison médicale. Les entretiens ont révélé que certaines **maisons médicales emploient beaucoup de médecins en formation par rapport au nombre total de médecins effectifs** dans la maison médicale. Sur la base des résultats de l'enquête, on a déterminé que 2 maisons médicales emploient deux fois plus de médecins généralistes en formation que d'ETP médecins généralistes, que 1 maison médicale en emploie 3 fois plus, et 1 autre maison médicale, 4 fois plus. Dans les analyses qui suivent et qui portent sur le nombre d'ETP médecins généralistes, nous avons toujours fait abstraction du nombre éventuel de MGF employés.

Les résultats de l'enquête indiquent que les profils complémentaires que l'on retrouve le plus souvent dans l'offre des maisons médicales sont les **assistants sociaux/travailleurs sociaux**, les **psychologues** et les **agents de promotion de la santé**. D'après les entretiens, ces services sont le plus souvent offerts **gratuitement** aux patients. Les entretiens mettent aussi nettement en évidence l'importance de ces dispensateurs de soins, soulignant le fait que **les patients ne s'adressent pas aux maisons médicales uniquement pour des problèmes médicaux** (en particulier dans des quartiers comptant de nombreux patients de langue étrangère et/ou défavorisés), mais souvent aussi pour d'autres choses telles que des problèmes psychiques, des questions relatives aux logements sociaux, des difficultés de mise en ordre d'assurance maladie, des problèmes linguistiques, etc. Les entretiens révèlent que le nombre de patients diabétiques est également très élevé dans les maisons médicales, ce qui inciterait souvent les maisons médicales à investir dans des activités de prévention en matière d'activité physique et d'alimentation saine. Ces tâches sont souvent prises en charge par les agents de promotion de la santé (voir section 2.3.4. sur la prévention).

Lors des entretiens avec les acteurs du secteur, on a évoqué l'apparition, ces dernières années, de **nouvelles formes de maisons médicales**, avec comme évolution

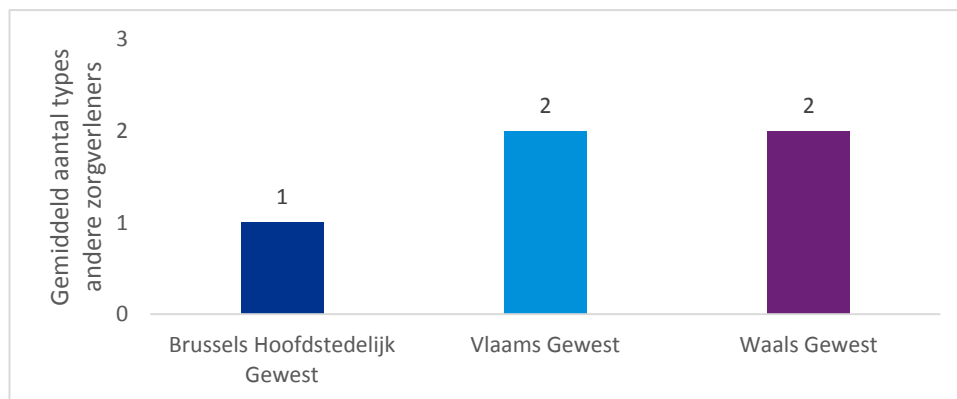
principale le nombre de maisons médicales qui ne sont plus rattachées à une fédération (voir plus haut), ainsi que des formes de maisons médicales, certes peu nombreuses, qui proposeraient, dans le même bâtiment que celui de la maison médicale, des profils de soins relevant des **soins de deuxième ligne** (par exemple, des gynécologues). Cela ferait sérieusement craindre que ces centres utilisent la maison médicale comme **porte d'entrée vers les soins de deuxième ligne**, ce qui peut avoir des conséquences sur la politique d'orientation de ces centres compte tenu de la présence directe de soins de deuxième ligne dans ces maisons médicales et de moyens utilisés pour les soins de deuxième ligne (notamment les installations).

D'après la majorité des maisons médicales interrogées, l'intégration d'un **assistant social et/ou d'un psychologue** au système forfaitaire constituerait une importante valeur ajoutée pour les patients des maisons médicales. Cependant, la législation actuelle ne le permet pas. Il serait également judicieux d'intégrer les **soins dentaires** au système forfaitaire, mais le grand nombre de prestations techniques rendrait cette intégration difficile.

### Localisation

Les maisons médicales situées en Région de Bruxelles-Capitale emploient en moyenne moins d'autres types de dispensateurs de soins que celles des autres régions. C'est ce que montre le graphique ci-dessous.

Graphique 9 - Nombre moyen d'autres types de soins dispensés par région (2016)



Source : Enquête KPMG

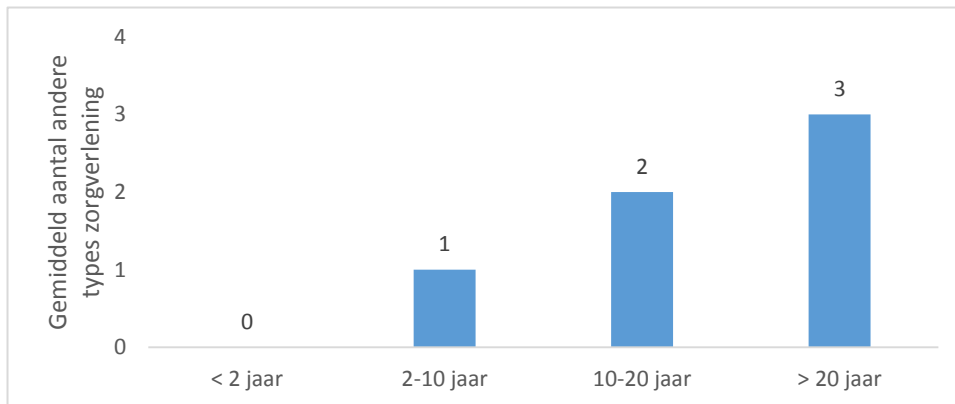
### Maturité

Les résultats de l'enquête révèlent que la **maturité d'une maison médicale est déterminante dans le nombre d'autres types de dispensateurs de soins** intégrés à l'offre de soins qu'elle propose. Les maisons médicales matures actives depuis plus de 20 ans comptent en moyenne 3 types d'autres dispensateurs de soins, tandis que les maisons médicales non matures n'emploient aucun autre type de dispensateur de soins. Ces résultats sont en ligne avec les conclusions sur les disciplines (MKI), qui ont permis de constater que les **maisons médicales non matures** proposaient **moins de disciplines** que les maisons médicales matures. Les entretiens ont révélé que le



système forfaitaire permettrait d'intégrer davantage de dispensateurs de soins à l'offre de soins, ce qui serait beaucoup plus compliqué dans un système à la prestation.

Graphique 10 - Nombre moyen d'autres types de soins dispensés en fonction de la maturité (2016)



Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

Les maisons médicales peuvent obtenir un forfait pour la **médecine générale, la kinésithérapie et l'art infirmier**, pour autant qu'elles proposent ces disciplines. Une maison médicale peut proposer une seule de ces disciplines ou une combinaison de celles-ci. 72 % des répondants déclarent proposer les 3 disciplines dans leur maison médicale.

D'après les entretiens, la **kinésithérapie** est cependant une discipline que les maisons médicales auraient des **difficultés** à proposer. Les raisons de ces difficultés seraient l'impossibilité d'offrir un emploi à temps plein (ce qui complique l'engagement du fait de l'interdiction de travailler dans les deux systèmes - au forfait et à la prestation), du trop grand nombre de spécialisations dans ce domaine et du manque d'infrastructure nécessaire.

En **Flandre**, il y a proportionnellement plus de maisons médicales qui ne proposent que 2 des 3 disciplines que dans les 2 autres régions. En moyenne, le nombre d'autres types de dispensateurs de soins est plus élevé en Flandre et en Wallonie qu'en Région de Bruxelles-Capitale.

Le nombre de disciplines semble aussi, d'après l'enquête, lié à la **maturité** d'une maison médicale : les maisons médicales matures offrent en moyenne davantage de disciplines que les maisons médicales non matures. Cette situation pourrait être liée au fait que les maisons médicales non matures sont encore souvent en phase de développement (fichier des patients, administration, etc.) et, de ce fait, reporteraient l'intégration d'une discipline supplémentaire jusqu'à ce qu'elles aient atteint une certaine maturité. Cette conclusion vaut également pour les autres types de dispensateurs de soins en dehors des 3 disciplines de base et a été confirmée par plusieurs maisons médicales lors des entretiens.

Les autres types de profils les plus fréquents (ayant notamment un rôle d'assistance aux dispensateurs de soins) sont les **assistants sociaux et les agents de promotion de la santé**. L'enquête révèle également qu'un **psychologue** fait souvent partie de l'offre de soins.

### **2.1.3 Autres membres du personnel auxiliaire**

Outre les dispensateurs de soins, les maisons médicales emploient aussi régulièrement du personnel pour les tâches auxiliaires. D'après les entretiens, l'assistance au niveau de l'accueil et de l'administration apporterait une grande valeur ajoutée aux maisons médicales, en permettant aux dispensateurs de soins de se concentrer davantage sur

les soins. D'après plusieurs maisons médicales, cet encadrement serait crucial pour pouvoir offrir des soins de bonne qualité.

Le tableau ci-dessous dresse un aperçu des différents services auxiliaires et du nombre de répondants ayant déclaré dans l'enquête disposer de ces services.

Tableau 7 - Nombre de répondants disposant de services auxiliaires

Type de personnel auxiliaire	Nombre de répondantes	
	Absolu	%
Accueil	144	94%
Administration	138	90%
Comptabilité	82	53,5%
Entretien/logistique	63	39%
Coordination et gestion	49	30,5%
TIC	42	27,5%
Bénévoles	39	25,5%

Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

Les résultats de l'enquête révèlent que **90 % des répondants emploient du personnel auxiliaire pour l'administration, et que 94 % des répondants ont au moins une personne chargée de l'accueil.** L'assistance au niveau de l'accueil et de l'administration dans les maisons médicales semble, d'après les entretiens, représenter une grande valeur ajoutée pour celles-ci, en permettant aux dispensateurs de soins de se concentrer davantage sur les soins et en garantissant ainsi des soins de meilleure qualité.

## 2.2 Fichier des patients

Dans cette section, nous examinons le fichier des patients des maisons médicales, plus précisément le nombre de patients, le nombre de contacts, ainsi que des données agrégées (non nominatives) par patient, telles que le genre, l'âge, les maladies chroniques, etc.

Comme dans la section précédente, nous examinerons d'abord le fichier des patients en fonction de la situation géographique, de la maturité et de l'affiliation à une fédération, avant d'analyser de manière plus détaillée le profil des patients.

Pour permettre le traitement des données relatives au fichier des patients, nous nous sommes basés sur les hypothèses suivantes :

- Lorsque le nombre de patients n'était pas communiqué dans l'enquête, il a été déterminé sur la base des statistiques de l'AIM.
- En cas de différences importantes dans le nombre de patients<sup>19</sup> (>1000) entre 2015 et 2016, les statistiques de l'AIM ont été utilisées pour déterminer le nombre de patients.
- En cas de différence négative pour 2015 et/ou 2016 entre le nombre de patients déclarés dans l'enquête et les statistiques de l'AIM, les statistiques de l'AIM ont été utilisées pour déterminer le nombre de patients.
- Lorsque des kinésithérapeutes et/ou des praticiens de l'art infirmier ont été déclarés sans mention du nombre de patients pour ces dispensateurs de soins, on a pris en compte pour ces disciplines le même nombre de patients que celui déclaré pour le médecin généraliste.
- Pour le nombre de patients par code titulaire, « <=5 » a été renseigné dans les données de l'AIM de certaines maisons médicales. Dans le cadre du traitement, nous avons pris en compte une moyenne de 2,5 patients pour ces maisons médicales.

Vous trouverez en annexe 3.3 une liste d'hypothèses spécifiques pour des cas isolés.

L'enquête demandait aussi des informations sur le rapport entre le nombre de **titulaires inscrits assurés et non assurés**. À ce sujet, l'enquête n'a révélé aucune différence significative entre les 3 régions (3 % de non-assurés sur le fichier total des patients en Wallonie, 4 % en Flandre et 5 % à Bruxelles). Il ne semble pas non plus y avoir de différence significative entre les répondants d'une catégorie de maturité à une autre, ni en fonction de leur appartenance ou non à une fédération. Dans les analyses qui suivent, le nombre de titulaires inscrits non assurés est toujours ajouté au nombre

---

<sup>19</sup> Le nombre de patients est toujours déterminé sur la base du nombre de patients déclaré pour les médecins généralistes, en partant du principe qu'un patient inscrit dans une maison médicale est automatiquement inscrit pour toutes les disciplines proposées par cette maison médicale. C'est ce nombre aussi qui a été comparé aux données de l'AIM en cas d'écarts importants. Le nombre de patients par praticien de l'art infirmier n'a été pris en compte que pour une seule maison médicale, compte tenu du fait que celle-ci ne comptait aucun médecin généraliste, ainsi que pour les analystes par MKI où l'on a à chaque fois tenu compte du nombre de patients par discipline tel qu'il était indiqué dans l'enquête.

d'assurés afin de connaître le nombre total de patients. Seule la section 2.4 Frais de fonctionnement, sources et mécanismes de financement ne tiendra pas compte des titulaires inscrits non assurés dans le calcul d'une intervention forfaitaire et des coûts MKI par patient, puisqu'aucun forfait n'est perçu pour ces patients.

## 2.2.1 Généralités

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de répondants qui ont pu être pris en compte dans les analyses concernant le fichier des patients. Pour différentes analyses portant sur le profil des patients, nous avons utilisé des statistiques de l'AIM (par exemple l'âge, le genre, les maladies chroniques, etc.). Le nombre de répondants qui ont pu être pris en compte dans ces analyses est inférieur à celui des analyses basées sur les seuls résultats de l'enquête, étant donné que, pour certains répondants à l'enquête, les statistiques reçues de l'AIM ne contenaient encore aucune donnée (pour les maisons médicales fondées récemment). Par conséquent, dans le tableau ci-dessous, nous distinguons d'une part le nombre de répondants pris en compte dans les analyses purement basées sur les résultats de l'enquête et, d'autre part, le nombre de répondants qui ont pu être pris en considération pour les analyses utilisant les statistiques AIM.

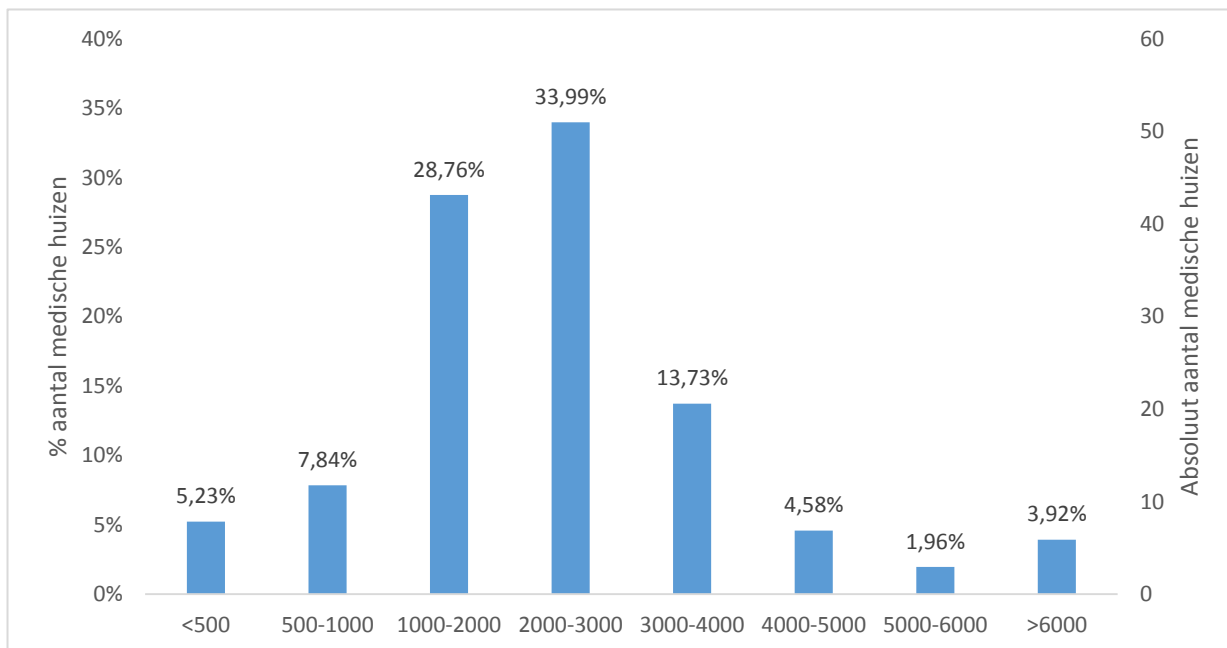
Tableau 8 - Nombre de répondants pris en compte dans les analyses du fichier des patients

	Nombre de répondants pris en compte pour 2015	Nombre de répondants pris en compte pour 2016
Données de l'enquête	141	153
Données AIM	136	146

Source : Enquête KPMG

Le graphique 11 montre que la majorité des répondants dispose d'un fichier de **2000 à 3000 patients**. 8 répondants, dont 6 maisons médicales non matures et 1 maison médicale qui vient de passer à la catégorie mature (voir analyses de maturité ci-après), ont un fichier de moins de 500 patients. La maison médicale restante a, elle aussi, un fichier de moins de 500 patients pour 2016, mais elle existe déjà depuis 2013. En 2015, cette maison médicale comptait encore 773 patients dans son fichier de patients, ce qui représente une chute de 75 % de son nombre de patients (moins de 200 patients en 2016). Par ailleurs, l'AIM ne dispose d'aucune statistique concernant le nombre de patients de cette maison médicale pour 2016.

Graphique 11 - Nombre (en pourcentage) de maisons médicales selon le nombre de patients (2016)



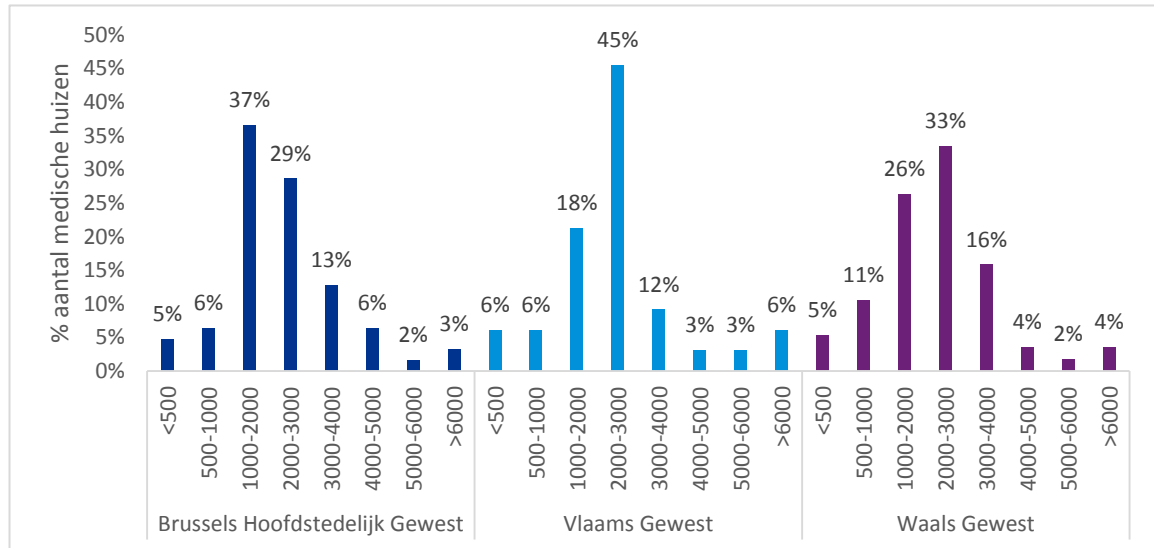
Source : Enquête KPMG et données AIM

### Localisation

Pour la répartition du nombre de patients en fonction de la situation géographique, veuillez vous reporter à la section précédente « Caractéristiques », qui présente déjà au tableau 2 une répartition du nombre de patients par région et par arrondissement.

Le graphique 12 représente le nombre de maisons médicales selon la **taille de leur fichier de patients et par région**. **45 % des répondants établis en Région flamande ont un fichier de 2000 à 3000 patients**. En Région wallonne, **33 % des répondants ont un fichier de 2000 à 3000 patients**. À Bruxelles, la plupart des répondants ont un fichier de patients comptant entre **1000 et 2000 patients**. On peut donc conclure que toutes les tailles de fichiers de patients sont représentées dans les 3 régions. À Bruxelles, **66 % des répondants ont un fichier de 1000 à 3000 patients**, contre **63 % en Flandre et 59 % en Wallonie**.

Graphique 12 - Pourcentage de maisons médicales suivant leur nombre de patients, par région (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de répondants suivant les différentes catégories de maturité. 7 répondants n'ayant commencé leur activité qu'en 2017, le nombre de patients n'est pas disponible pour ces maisons médicales.

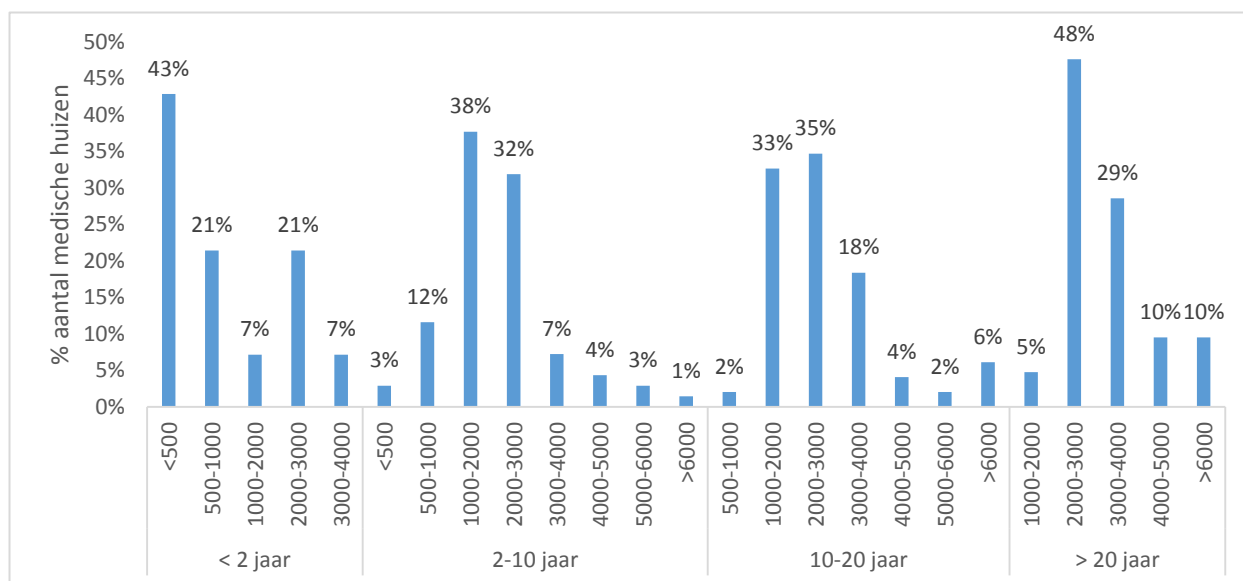
Tableau 9 - Répondants selon leur maturité (2016)

Maturité	Nombre de répondantes		Nombre de patients des répondants 2016	
	Absolu	%	Absolu	%
<2 ans	21	13%	16 201	4,5%
2-10 ans	69	43%	150 852	40,5%
10-20 ans	49	31%	136 963	36,5%
>20 ans	21	13%	69 724	18,5%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>373 740</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

Le graphique 13 représente le nombre de maisons médicales selon la taille de leur fichier de patients et leur maturité.

Graphique 13 - Pourcentage de maisons médicales par fichier de patients selon leur maturité (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Parmi les répondants, on remarque **davantage de variété** sur le plan de la taille du fichier des patients dans les **maisons médicales non matures**. Les entretiens révèlent que les maisons médicales non matures disposant d'un grand fichier de patients ont souvent été « transférées » au système forfaitaire à partir d'un cabinet (de groupe) existant, avec un transfert (partiel) de leur fichier de patients du système à la prestation au système forfaitaire. C'est sans doute ce qui explique l'existence des maisons médicales non matures (21 % des répondants) ayant un fichier de 2000 à 3000 patients.

D'après les entretiens, les **raisons les plus fréquentes** invoquées par les **patients** qui **n'ont pas souhaité passer** au système forfaitaire sont les suivantes (liste non exhaustive) :

- Les patients ne souhaitent **pas changer** de **kinésithérapeute** et/ou de **praticien de l'art infirmier** au profit de celui du système forfaitaire (notamment parce que ces problèmes sont souvent personnels et que la relation de confiance avec le dispensateur de soins est très importante à cet égard).
- Les patients ne veulent pas courir le **risque** d'être confrontés à des **dépenses non remboursables**. Ainsi, par exemple, les patients ne verraient pas toujours clairement si le dispensateur de soins qu'ils consultent relève de la deuxième ou de la première ligne de soins et, de ce fait, ils courraient le risque que ces dépenses ne leur soient pas remboursées (par exemple, le patient pense avoir consulté un spécialiste dans un hôpital, mais ce dispensateur de soins relève de la médecine générale, et donc des soins de première ligne). Les patients qui souhaitent de l'homéopathie ou de l'acupuncture ou qui veulent pouvoir consulter un médecin du sport, entre autres, sont d'autres exemples. D'après



les entretiens, ces services ne sont généralement pas proposés dans les maisons médicales. Quelques maisons médicales ont cependant une politique interne autorisant le remboursement de tels services de façon très limitée (par exemple 2 fois par an), moyennant accord préalable de la maison médicale.

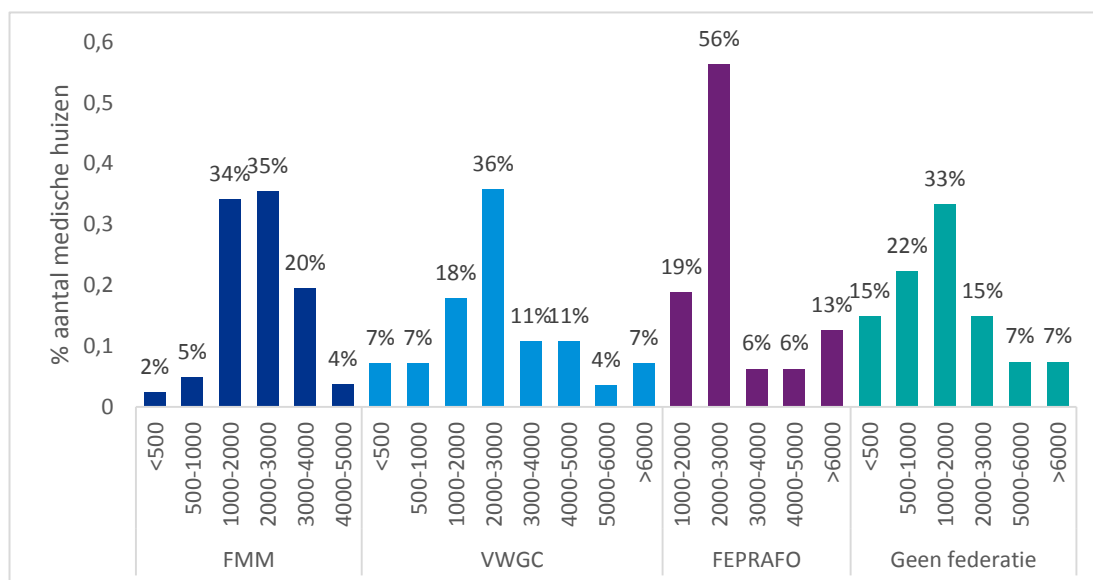
- La crainte, pour les **patients atteints de maladies chroniques**, de ne pas toujours pouvoir s'adresser à la maison médicale pour les soins dont ils ont besoin.

Le graphique 13 montre que **plus la maturité des répondants augmente, plus le nombre moyen de patients** dans la maison médicale augmente. La taille du fichier de patients chez les répondants matures oscille principalement entre 1000 et 3000 patients. Un petit nombre de répondants dispose d'un fichier de plus de 4000 patients. On les retrouve surtout parmi les répondants actifs depuis déjà plus de 20 ans dans le système forfaitaire (20 %). Au cours des entretiens, certaines maisons médicales ont indiqué qu'un **fichier de patients trop volumineux pouvait avoir un impact négatif sur l'efficacité du fonctionnement** et la continuité des soins au sein d'une maison médicale. C'est la raison pour laquelle ces grandes maisons médicales participeraient parfois à la création d'autres maisons médicales dans le quartier (notamment à Gand) afin de maintenir le nombre de patients à un niveau gérable.

### Fédération

Le graphique ci-dessous représente le nombre de maisons médicales par taille de fichier de patients, réparti selon les fédérations

Graphique 14 - Pourcentage de maisons médicales par fédération selon leur fichier de patients (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Les analyses qui précèdent permettent de conclure que toutes les tailles de fichier de patients sont représentées dans les 4 catégories. Le nombre de maisons médicales ayant un très **gros fichier de patients** semble souvent lié à la **maturité de la maison**

**médicale** et à l'ancienneté d'une fédération déterminée (par exemple, la FMM compte plus de grandes maisons médicales du fait du grand nombre de membres matures que compte cette fédération qui existe depuis longtemps).

#### **Conclusion :**

Les résultats de l'enquête révèlent que la majorité des répondants dispose d'un fichier de **2000 à 3000 patients**. Toutes les tailles de fichiers de patients sont représentées dans les 3 régions, parmi lesquelles 66 % des répondants de Bruxelles, 63 % des répondants en Flandre et 59 % des répondants en Wallonie disposent d'un fichier de 1000 à 3000 patients.

Dans les maisons médicales non matures, on peut constater parmi les répondants une plus grande variété en matière de taille du fichier des patients. Les entretiens révèlent que les maisons médicales non matures disposant d'un grand fichier de patients ont souvent été **transférées** vers le système forfaitaire **à partir d'un cabinet (de groupe) existant**, ce qui implique le transfert (partiel) de leur fichier de patients du système à la prestation au système forfaitaire. Lorsque certains patients n'ont pas été transférés au système forfaitaire, cela tiendrait principalement au fait qu'ils souhaitaient conserver leur kinésithérapeute et/ou praticien de l'art infirmier attirés, qu'ils ne voulaient pas risquer d'être confrontés à des frais non remboursables, ou par crainte de ne pas toujours pouvoir s'adresser à la maison

## **2.2.2 Rapport entre nombre de patients et nombre de dispensateurs de soins**

Dans la section « Caractéristiques », nous avons déjà dressé un panorama des différents types de dispensateurs de soins employés chez les répondants. Cette section compare le nombre de patients et le nombre de contacts par médecin généraliste, kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier dans les maisons médicales en fonction de leur situation géographique, de leur maturité et de leur affiliation à une fédération. Ensuite, nous représenterons le nombre d'ETP par type de dispensateur de soins en fonction de la taille du fichier des patients, d'une part pour les disciplines dans le système forfaitaire et, d'autre part, pour les autres types de dispensateurs de soins intégrés à l'offre de soins des répondants.

### **2.2.2.1 Nombre de patients par discipline**

Dans cette section, on examine le nombre de patients (assurés et non assurés) par équivalent temps plein (ETP = 38 h par semaine) pour chaque discipline proposée dans les maisons médicales, ainsi que les différences éventuelles en fonction de la situation géographique, de la maturité, de la fédération et de la taille du fichier des patients<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Pour permettre le traitement de ces données, nous avons posé quelques hypothèses :

- Pour l'analyse, nous prenons toujours en compte la situation au 31 décembre 2015 et 2016.
- Les médecins généralistes en formation qui n'ont été en service que pendant quelques mois ont été comptabilisés pour 1 afin de refléter correctement le nombre de médecins généralistes en formation qui obtiennent un poste au sein des maisons médicales.

Le tableau ci-dessous présente le nombre moyen de patients par ETP dans chaque discipline sur l'ensemble des répondants pour l'année 2016. Seules les maisons médicales qui ont à leur service les dispensateurs de soins concernés ont été prises en compte dans le calcul de la moyenne générale (pour éviter toute distorsion). Les résultats de l'enquête montrent qu'un **ETP médecin généraliste a en moyenne 673<sup>21</sup> patients**, qu'un **ETP kinésithérapeute en a, en moyenne, 1.358<sup>22</sup>**, et qu'un **ETP praticien de l'art infirmier en compte en moyenne 1.882**. Les analyses ci-dessus ne tiennent pas compte des médecins généralistes en formation (MGF) qui seraient employés dans les maisons médicales.

Tableau 10 - Nombre moyen de patients inscrits par ETP MKI (2016)

Nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste (2016)	Nombre moyen de patients par ETP kinésithérapeute (2016)	Nombre moyen de patients par ETP praticien de l'art infirmier (2016)
673	1 358	1 882

Source : Enquête KPMG et données AIM

Sans que cela n'ait pu être étayé par des données objectives concrètes, on a pointé plusieurs fois, lors des entretiens, l'importance d'un **bon équilibre du nombre de patients par ETP médecin généraliste** pour pouvoir garantir la qualité et la continuité des soins. Les maisons médicales qui inscrivent un très grand nombre de patients pour un nombre limité de médecins généralistes et fournissent ainsi de nombreux patients à chaque ETP médecin ne pourraient, selon certaines maisons médicales interrogées, pas garantir cette qualité et cette continuité. En outre, d'après les entretiens, cet excédent de patients ne pourrait pas être absorbé par l'engagement d'un plus grand nombre de médecins généralistes en formation (voir plus bas). Lors des entretiens, on a évoqué le fait que ce nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste dans le système forfaitaire serait principalement dû au temps consacré aux contacts. Celui-ci serait plus long dans le système forfaitaire, notamment pour les raisons suivantes (liste non exhaustive) qui ont été invoquées lors des entretiens :

- L'existence d'un **fichier fixe de patients** permettrait de consacrer davantage de temps aux patients inscrits sans être soumis à des **contraintes de temps** pour prendre en charge de plus de patients.
- En outre, une part considérable des patients des maisons médicales souffrent de problèmes psychologiques, ce qui influencerait aussi le temps consacré aux contacts (une

- 
- Lorsque les maisons médicales ont mentionné un nom de dispensateur de soins, mais sans préciser « ETP », celui-ci a été pris en compte comme 1 ETP pour le traitement des données.
  - Lorsque plusieurs fonctions ont été indiquées pour 1 ETP, celles-ci ont été réparties au prorata sur les différentes fonctions.

<sup>21</sup> 4 maisons médicales ont, pour 2016, un nombre de patients par ETP médecin généraliste nettement plus faible que les autres répondants (moins de 200 patients par ETP médecin généraliste), du fait de la taille réduite de leur fichier de patients (< 500).

<sup>22</sup> Une seule maison médicale affiche un très grand nombre de patients lors de la conversion en nombre de patients par ETP kinésithérapeute.

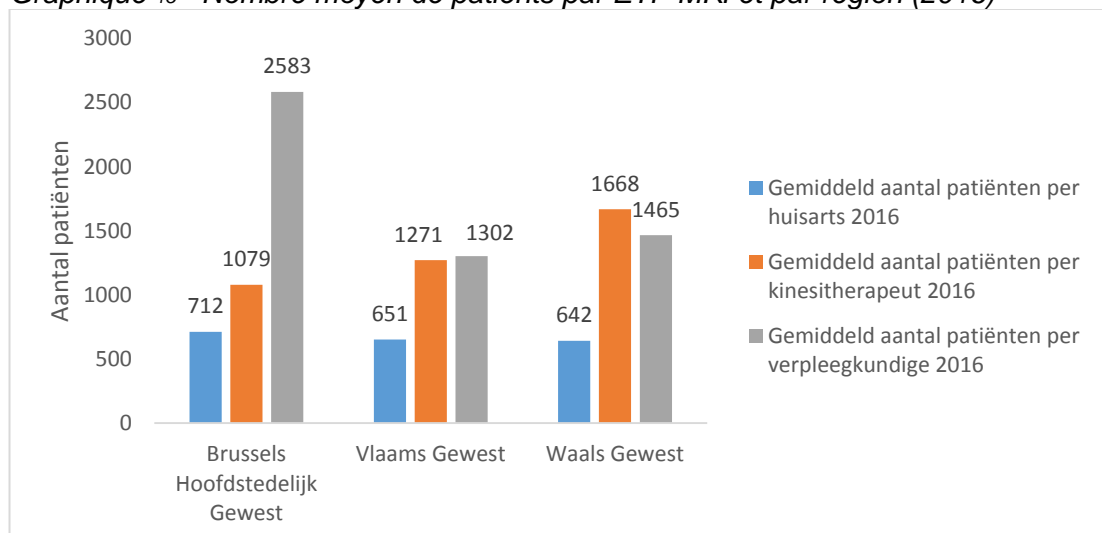
consultation de 10 minutes n’apporterait pas de solution à ces patients et on prévoirait donc souvent plus de temps afin de pouvoir offrir un accompagnement sur mesure).

- **Origines ethniques** : l’origine de certains patients, qui va souvent de pair avec des difficultés linguistiques (patients de langue étrangère), allongerait aussi la durée des consultations du fait du besoin de recourir à des méthodes et outils de traduction (interprète, internet, etc.).
- Par ailleurs, une **population défavorisée** exigerait aussi du médecin généraliste qu’il prenne plus de temps pour expliquer certaines choses (diagnostics, prescriptions, etc.). Souvent, ces patients nécessitent aussi un suivi plus rapproché afin de s’assurer qu’ils ont bien compris les explications du médecin généraliste (il en va de même pour les patients de langue étrangère)
- etc.

### Localisation

Le graphique ci-dessous représente le nombre moyen de patients par type de dispensateur de soins dans les 3 disciplines, réparti selon les 3 régions.

Graphique 15 - Nombre moyen de patients par ETP MKI et par région (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Le graphique ci-dessus montre que le nombre de patients par **médecin généraliste** ne varie pas de manière significative d’une région à l’autre.

En ce qui concerne les kinésithérapeutes, on constate une différence quant au nombre de patients par ETP, qui est nettement plus faible à Bruxelles que dans les 2 autres régions. En moyenne, c’est en Région wallonne que les kinésithérapeutes ont le plus de patients par ETP. Dans les analyses qui suivent, on peut remarquer qu’il y a davantage de patients atteints d’une maladie chronique inscrits dans des maisons médicales en Wallonie, notamment du fait de la moyenne d’âge plus élevée dans cette région et de la corrélation positive<sup>23</sup> entre l’âge moyen des patients et les patients atteints de maladies

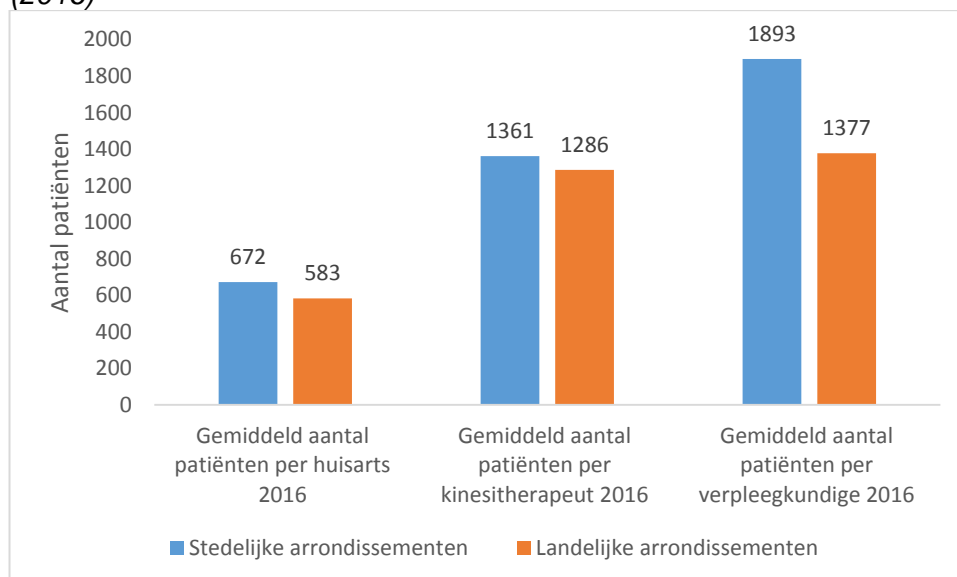
<sup>23</sup> Pour déterminer la présence d’une corrélation significative entre deux variables, un logiciel statistique a été utilisé dans le cadre de cette étude pour définir la valeur p du coefficient de corrélation. Lorsque, dans

chroniques (voir plus loin). Lors des entretiens, certaines maisons médicales ont indiqué que la kinésithérapie était essentielle pour les patients souffrant d'une maladie chronique, ce qui peut aussi expliquer le nombre plus élevé de patients par ETP kinésithérapeute.

D'après l'analyse ci-dessus, il semble que les **praticiens de l'art infirmier** sont ceux qui ont le plus de patients par ETP, avec une grande différence en ce qui concerne le nombre de patients entre Bruxelles<sup>24</sup> et les autres régions. Le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier en Flandre et en Wallonie est relativement similaire.

Lors des entretiens, on a aussi évoqué le fait qu'il y aurait **moins de patients par ETP médecin généraliste en zones rurales**, compte tenu de la proportion plus importante de patients âgés et de visites à domicile dans ces zones. Ceci est confirmé par les résultats de l'enquête et est représenté dans le graphique 16. En outre, le **territoire géographique** serait souvent plus vaste en milieu rural que dans les villes, ce qui augmente souvent la distance à parcourir pour les visites à domicile. En outre, la moyenne d'âge plus élevée des patients en zones rurales s'accompagne aussi d'une mobilité plus limitée de ces patients, et donc d'un plus grand nombre de visites à domicile.

*Graphique 16 - Nombre moyen de patients par ETP MKI suivant le degré d'urbanisation (2016)*



Source : Enquête KPMG et données AIM

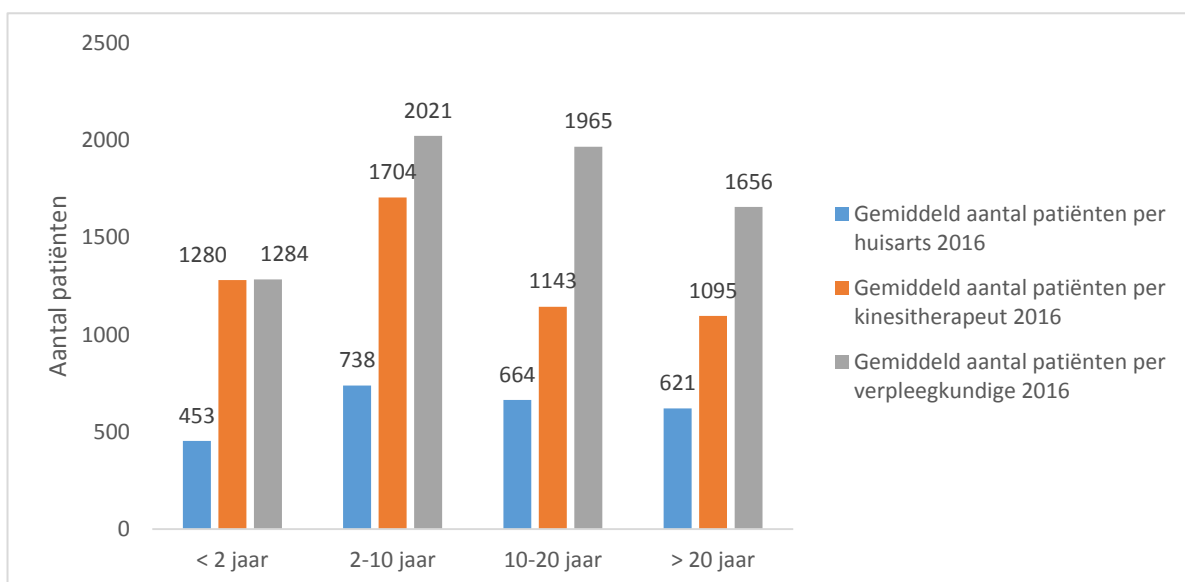
cette étude, il est question de « corrélation significative », cela signifie que le coefficient de corrélation statistique est significatif, avec un intervalle de confiance de 95 %.

<sup>24</sup> Ce nombre important est dû au fait que plusieurs maisons médicales ont déclaré 0,5 ETP dans l'enquête, et le nombre de patients a donc été multiplié par deux (le nombre de patients est divisé par 0,5) pour pouvoir effectuer une comparaison par ETP. (Bruxelles : 33 répondants avec moins de 1 ETP praticien de l'art infirmier ; Flandre : 6 répondants avec moins de 1 ETP praticien de l'art infirmier ; Wallonie : 12 répondants avec moins de 1 ETP praticien de l'art infirmier)

## Maturité

Le graphique 17 vise à déterminer s'il existe une différence en ce qui concerne le nombre de patients par ETP d'une discipline à l'autre en fonction de la maturité de la maison médicale dans le système forfaitaire. Il en ressort que les **maisons médicales non matures ont en moyenne moins de patients par ETP médecin généraliste que les maisons médicales matures**. Cette situation est due au fait que les maisons médicales non matures ont en moyenne un fichier de patients plus réduit (voir plus haut), mais qu'elles doivent cependant employer suffisamment de dispensateurs de soins pour assurer à leurs patients la même continuité des soins que les maisons médicales matures ayant un plus grand nombre de patients. Ces résultats ont également été confirmés lors des entretiens. Le graphique 17 révèle que c'est dans les maisons médicales actives depuis 2 à 10 dans le système forfaitaire que le nombre de patients par ETP dispensateur de soins pour les 3 disciplines est le plus élevé.

Graphique 17 - Nombre moyen de patients par ETP MKI (2016)



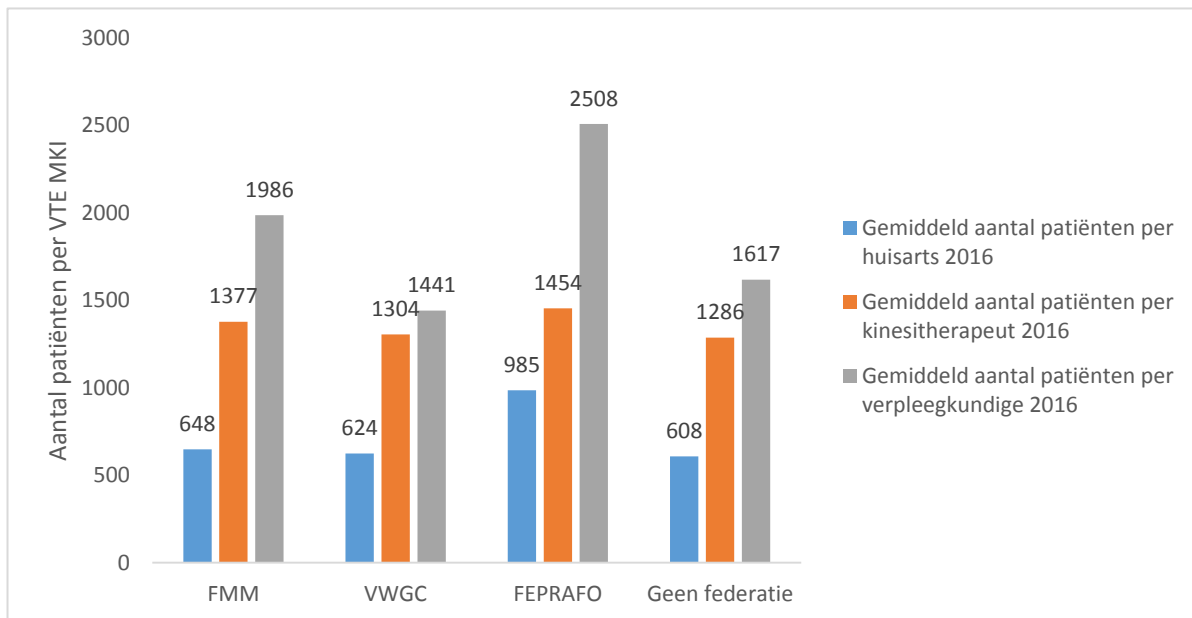
Source : Enquête KPMG et données AIM

En outre, plusieurs maisons médicales ont indiqué lors des entretiens que les maisons médicales non matures emploieraient souvent des **médecins généralistes plus jeunes**, ce qui pourrait aussi expliquer le fait que leur **fichier de patients soit plus réduit**. D'après les entretiens, cela serait dû au fait que les patients restent généralement fidèles à leur médecin généraliste, et que les jeunes médecins n'ont pas encore pu se constituer une patientèle propre équivalente.

## Fédération

Le graphique 18 montre le nombre moyen de patients par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines, en fonction de l'appartenance ou non à une fédération.

Graphique 18 - Nombre moyen de patients par ETP MKI et par fédération (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

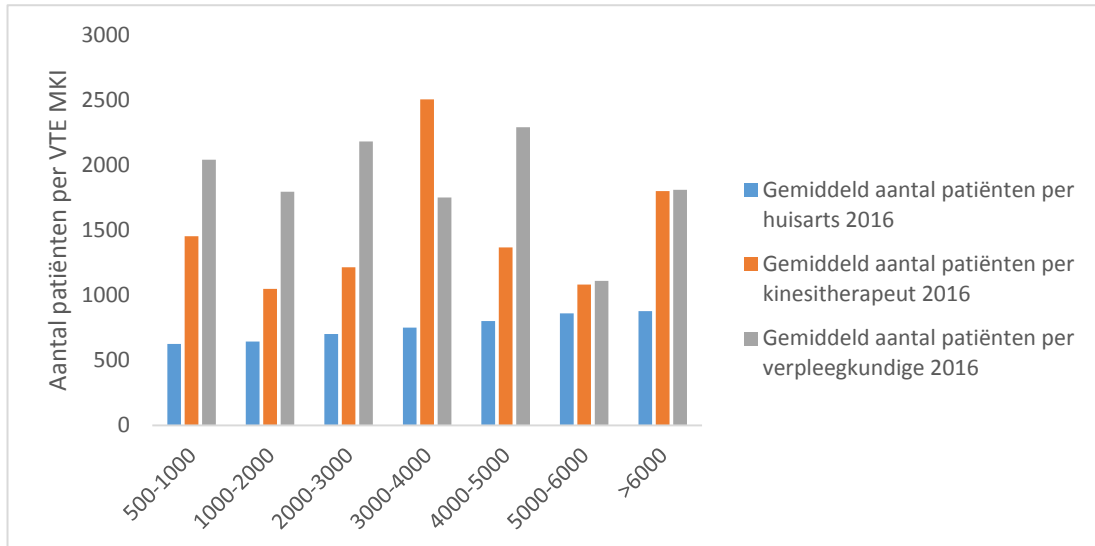
L'analyse ci-dessus révèle que le nombre moyen de patients par ETP, tous dispensateurs de soins confondus, est le plus élevé dans les maisons médicales membres de la Feprafo, avec une nette différence au niveau du nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier. Cette moyenne élevée est principalement due à 3 maisons médicales. Les autres maisons médicales membres de la Feprafo sont, quant à elles, en ligne avec la moyenne des répondants des autres catégories. Le nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste est également nettement plus élevé parmi les membres de la Feprafo que parmi les répondants des autres catégories. Cependant, lorsque l'on observe le nombre de patients des maisons médicales non matures, il s'avère que les membres de la Feprafo de moins de 2 ans ont entre 1000 et 3000 patients, tandis que dans les autres fédérations ou dans le groupe des maisons médicales non affiliées à une fédération, le fichier de patients est inférieur à 500.

Le nombre de patients par ETP médecin généraliste et kinésithérapeute est à peu près comparable dans les autres catégories (FMM, VWGC et le groupe sans fédération). En revanche, les membres de la FMM ont nettement plus de patients par ETP praticien de l'art infirmier que ceux de la VWGC et que les répondants qui ne sont pas affiliés à une fédération. Les membres de la FMM sont presque exclusivement situés à Bruxelles et en Wallonie, deux régions pour lesquelles l'analyse concernant la situation géographique (voir plus haut) a déjà montré qu'elles comptaient le plus grand nombre de patients par ETP en soins infirmiers. Les membres de la VWGC ont le moins de patients par dispensateur de soins pour toutes les disciplines.

### Taille de la patientèle

Le graphique 19 représente le nombre moyen de patients par ETP et par discipline, en fonction de la taille du fichier des patients.

Graphique 19 - Nombre moyen de patients par ETP MKI (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Cette analyse révèle que le **nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste augmente très légèrement avec la croissance du fichier de patients.**

Le nombre moyen de patients par ETP kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier ne suit pas cette tendance. Seuls les répondants ayant un fichier de 5000 à 6000 patients ont en moyenne moins de patients par ETP praticien de l'art infirmier et kinésithérapeute<sup>25</sup>.

Les maisons médicales dont le fichier compte moins de 500 patients (7) ne sont pas reprises dans cette analyse, car elles pourraient entraîner une distorsion du résultat. Comme nous l'avons déjà mentionné, il s'agit de maisons médicales fondées récemment.

### Combinaison de disciplines

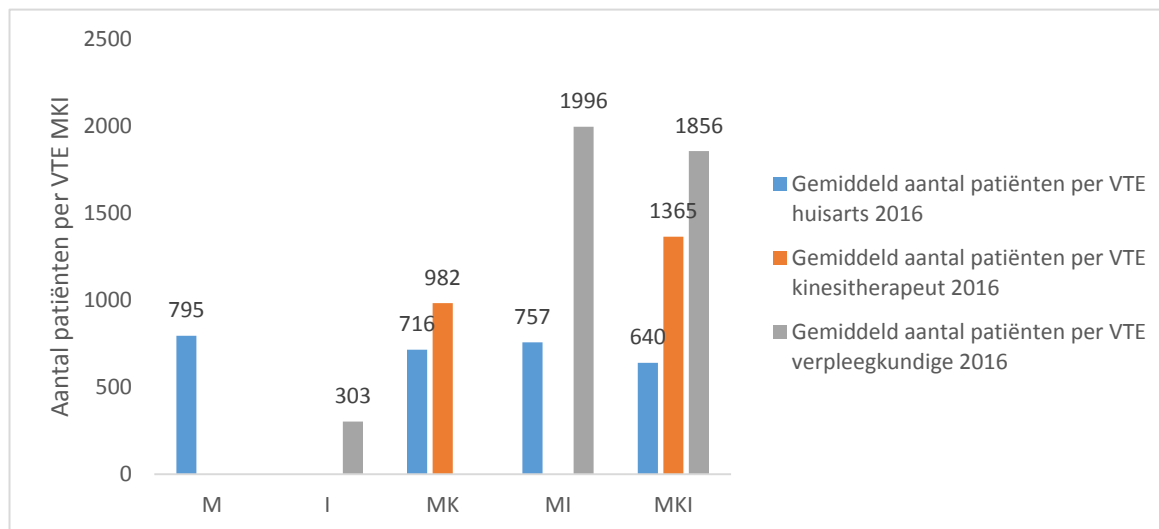
Le graphique 20 compare le nombre de patients par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines entre les maisons médicales, en fonction de la combinaison de disciplines (MKI). On peut constater que le **nombre moyen de patients par ETP médecin généraliste ne varie pas significativement en fonction des différentes**

<sup>25</sup> À cet égard, il convient de souligner qu'en 2016, seules 3 maisons médicales avaient un fichier de 5000 à 6000 patients (tandis que le nombre de répondants dans les autres cohortes est plus élevé). Un test U de Mann-Whitney ne permet pas de démontrer statistiquement (avec un niveau de fiabilité de 95 %) que le nombre moyen de patients par ETP praticien de l'art infirmier diffère entre ce groupe de maisons médicales et les autres groupes observés.



**combinaisons de disciplines.** Il y a toutefois une nette différence dans le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier entre les cabinets multidisciplinaires et le cabinet qui ne propose que des soins infirmiers. Le groupe des maisons médicales ne proposant que des soins infirmiers ne comporte que 1 seule maison médicale. Cette comparaison n'est donc pas représentative. Le nombre de patients par ETP kinésithérapeute est nettement plus élevé dans les maisons médicales qui proposent les 3 disciplines que dans les maisons médicales qui n'intègrent pas les soins infirmiers à leur offre.

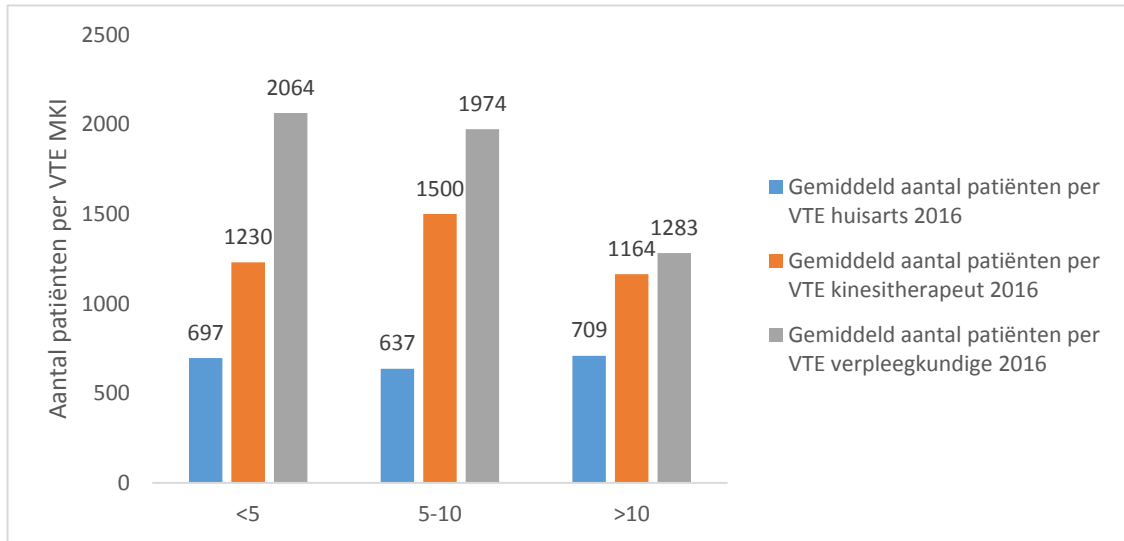
Graphique 20 - Nombre moyen de patients par ETP MKI en fonction des combinaisons MKI présentes (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Le graphique ci-dessous représente le nombre de patients par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines en fonction du nombre d'ETP dispensateurs de soins dans chaque discipline. On peut en déduire que **plus il y a de dispensateurs de soins employés dans la maison médicale, plus le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier diminue**. Quel que soit le nombre de dispensateurs de soins, le nombre de patients par ETP médecin généraliste est toujours à peu près pareil.

Graphique 21 - Nombre moyen de patients par MKI en fonction du nombre d'ETP MKI disponible (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### **Conclusion :**

L'enquête ne montre pas de différence significative sur le plan du nombre de patients par **médecin généraliste** d'une région à l'autre. En moyenne, on dénombre environ 673 patients par ETP médecin généraliste. Lors des entretiens, on a évoqué le fait qu'un fichier de patients trop important par ETP médecin ne permettrait pas d'assurer la continuité et la qualité des soins nécessaires.

En ce qui concerne les **kinésithérapeutes**, on constate bien une différence quant au nombre de patients par ETP et, en moyenne, c'est en Région wallonne qu'il est le plus élevé. Ceci pourrait s'expliquer du fait que, en moyenne, on compte davantage de patients souffrant de maladies chroniques inscrits dans des maisons médicales en Wallonie et que, d'après les entretiens, la kinésithérapie serait essentielle pour les patients atteints d'une maladie chronique.

Il semble, d'après les résultats de l'enquête, que ce sont les **praticiens de l'art infirmier** qui ont le plus de patients par ETP.

### **2.2.2.2 Nombre de contacts par discipline**

La section suivante dresse un panorama du **nombre de contacts par ETP dispensateur de soins** dans les 3 disciplines et compare les résultats en fonction de la situation géographique, de la maturité et de l'affiliation à une fédération. Ensuite, on examinera aussi s'il existe une différence au niveau du nombre de contacts suivant les combinaisons de disciplines (MKI) et le nombre d'ETP dispensateurs de soins employés dans ces disciplines.

Par contacts, on entend à la fois les **contacts téléphoniques, les visites à domicile et les visites au cabinet**. L'interprétation de ce terme diffère d'un répondant à l'autre, ce qui fait apparaître de grandes différences dans le nombre de contacts déclaré par certains répondants par rapport à d'autres maisons médicales (par exemple si les contacts téléphoniques ont été repris dans le nombre de contacts tandis que d'autres répondants n'ont pris en compte que le nombre de contacts effectifs).

Les entretiens révèlent que les maisons médicales consultées enregistrent le nombre de contacts. C'est aussi ce qui ressort de l'enquête<sup>26</sup>. La plupart des maisons médicales enregistreraient aussi les visites à domicile, soit directement sur place sur un PC portable, soit d'abord sur papier avant de les encoder dans le dossier médical au cabinet. Un nombre restreint de maisons médicales n'enregistre pas les visites à domicile dans le dossier patient électronique, mais tient un dossier séparé sur papier dans lequel sont consignées les visites à domicile.

Pour permettre l'exploitation du nombre de contacts déclarés dans l'enquête aux fins des analyses, nous avons posé des hypothèses spécifiques reprises à l'annexe 3.4. Quelques cas extrêmes n'ont pas été pris en considération dans les analyses afin d'éviter toute distorsion (il se peut que ces répondants aient également pris en compte tous les contacts téléphoniques effectués par les patients dans les réponses au questionnaire).

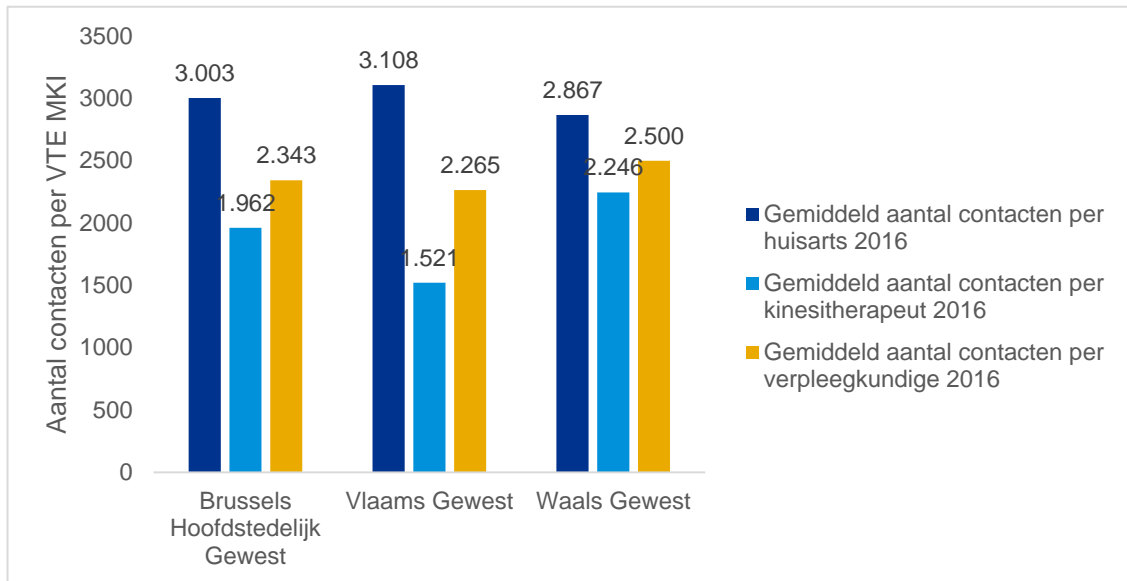
### **Localisation**

Le graphique ci-dessous montre le nombre moyen de contacts par ETP MKI selon la situation géographique des maisons médicales. On peut constater que le nombre de contacts par ETP médecin généraliste et praticien de l'art infirmier ne varie pas de manière significative d'une région à l'autre. En Wallonie, on note cependant un **plus grand nombre de contacts par ETP kinésithérapeute**. Ces résultats sont en ligne avec ceux des analyses précédentes (voir nombre de patients par dispensateur de soins) qui, comme nous l'avons déjà mentionné, révèlent qu'il y a plus de patients par ETP kinésithérapeute en Région wallonne (probablement du fait du plus grand nombre de patients souffrant de maladies chroniques dans cette région). Fait remarquable : dans cette analyse, le nombre de contacts par ETP praticien de l'art infirmier à Bruxelles est comparable aux autres régions, alors que les analyses précédentes montraient un nombre beaucoup plus élevé de patients par ETP praticien de l'art infirmier qu'en Flandre et en Wallonie. En d'autres termes, bien que le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier à Bruxelles soit le plus élevé, il n'en va pas de même pour le nombre de contacts. On peut donc en déduire que ces patients réclament moins de soins infirmiers.

---

<sup>26</sup> Seuls 5 répondants n'ont pas déclaré de contacts, mais il s'agit de nouvelles maisons médicales. Par ailleurs, 3 maisons médicales n'ont pas fourni de nombre de contacts exploitable.

Graphique 22 - Nombre moyen de contacts par ETP MKI par région (2016)

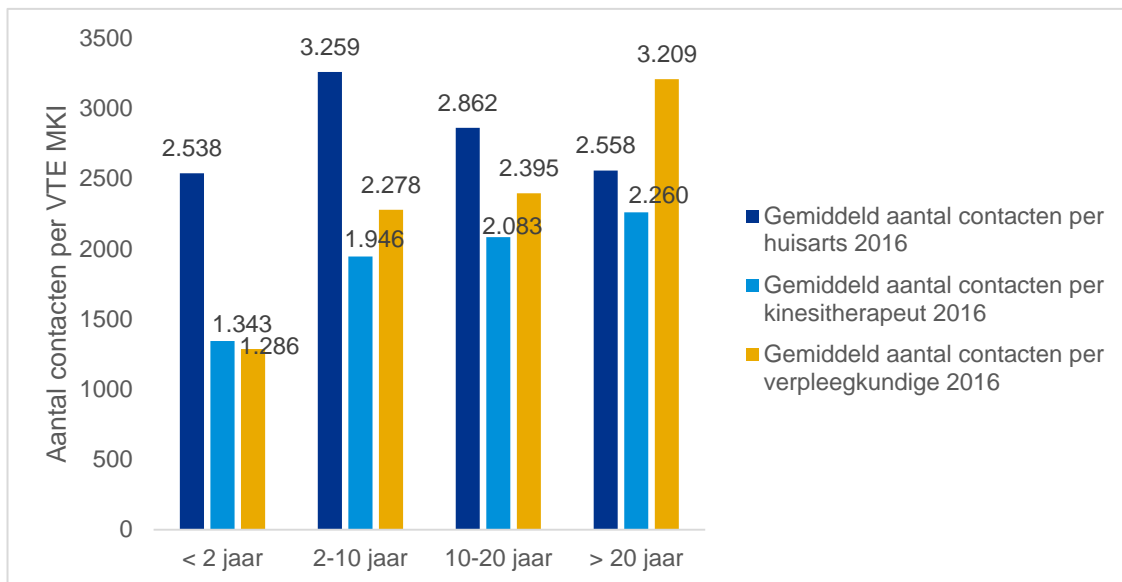


Source : Enquête KPMG

## Maturité

Le graphique 23 représente le nombre de contacts par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines en fonction de la maturité des répondants.

Graphique 23 - Nombre moyen de contacts par ETP MKI en fonction de la maturité (2016)



Source : Enquête KPMG

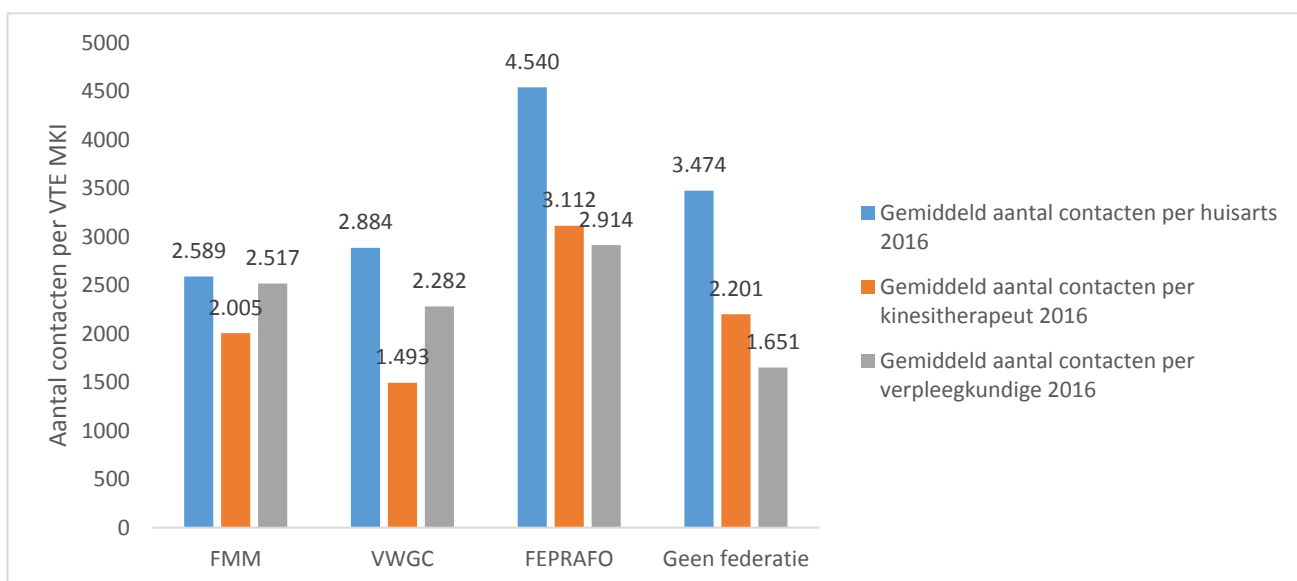
On constate que, conformément aux résultats en ce qui concerne le nombre de patients par dispensateur de soins, les répondants qui sont **actifs depuis 2 à 10 ans dans le système forfaitaire ont le plus de contacts par ETP médecin généraliste**. L'analyse précédente portant sur le nombre de patients par ETP montrait déjà un nombre légèrement supérieur de patients par ETP médecin généraliste dans la catégorie des 2-10 ans.

Le graphique 23 révèle que, pour les disciplines de l'**art infirmier** et de la **kinésithérapie**, le **nombre de contacts par ETP dispensateur de soins augmente avec la maturité des répondants**. Les patients des kinésithérapeutes et des praticiens de l'art infirmier généreraient donc moins de contacts dans la catégorie 2-10 ans, bien que les répondants de cette catégorie aient le plus grand nombre de patients par ETP kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier (voir ci-dessus). On peut en conclure que, **bien que les maisons médicales les plus matures aient moins de patients par ETP kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier, ces patients généreraient cependant davantage de contacts**. Cette situation pourrait notamment s'expliquer par le fait que, compte tenu des analyses précédentes (voir Caractéristiques), les maisons médicales les plus matures sont établies en Wallonie et qu'elles compteraient davantage de patients plus âgés et de malades chroniques, nécessitant probablement plus de soins à domicile (patients âgés) et de kinésithérapie (malades chroniques).

### Fédération

Le graphique 24 montre le nombre moyen de contacts par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines, en fonction de l'appartenance à une fédération. On peut voir que ce sont les répondants membres de la Feprafo qui ont, en moyenne, le plus grand nombre de contacts par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines. Ces résultats sont en ligne avec ceux des analyses précédentes, qui ont révélé que les membres de la Feprafo avaient aussi le plus grand nombre de patients par ETP dispensateur de soins.

Graphique 24 - Nombre moyen de contacts par ETP MKI par fédération (2016)

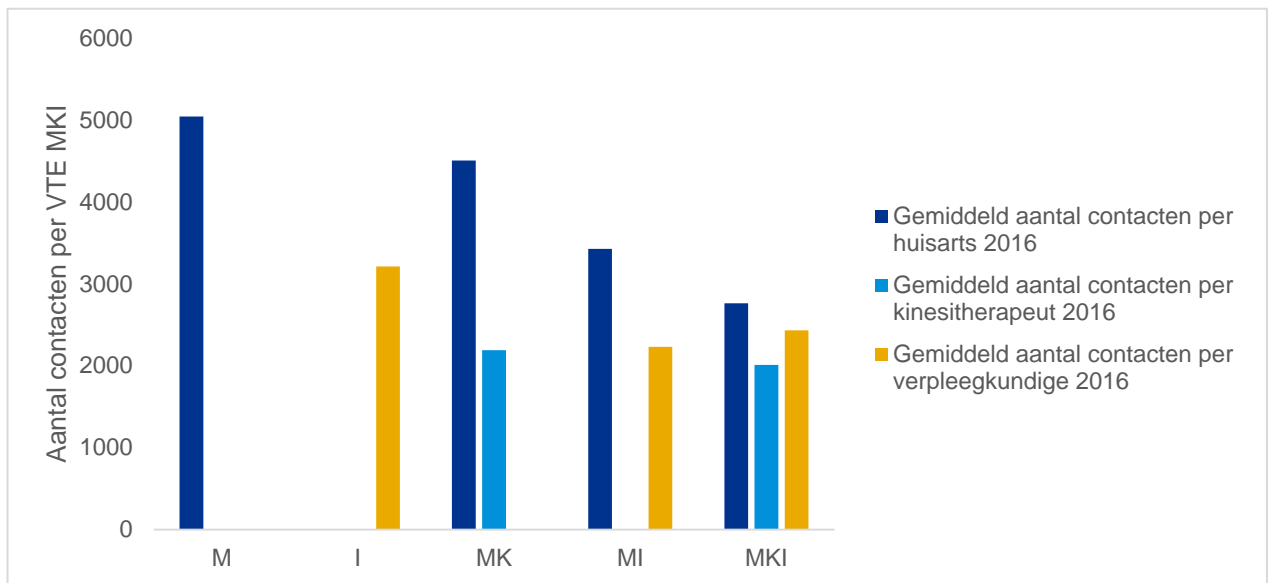


Source : Enquête KPMG

### Combinaison de disciplines

Le graphique 25 compare le nombre de contacts par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines entre les maisons médicales en fonction de la combinaison de disciplines (MKI). Il révèle que le nombre de contacts par ETP médecin généraliste est nettement plus élevé dans les cabinets qui ne proposent que la discipline « médecine générale », probablement du fait de l'impossibilité pour eux de déléguer des tâches à des praticiens de l'art infirmier. Toutefois, seuls 3 des 160 répondants font partie de ce groupe. La catégorie ne proposant que des soins infirmiers ne compte, quant à elle, qu'un seul répondant. Il en va de même pour la catégorie « MK ». La catégorie MKI compte 110 des 160 répondants et donne un nombre de contacts moyen par ETP médecin généraliste inférieur à celui des autres catégories, probablement parce que, dans ce cas, la délégation de tâches est possible du fait de la présence de praticiens de l'art infirmier au sein de la maison médicale.

Graphique 25 - Nombre moyen de contacts par ETP MKI par combinaison MKI (2016)

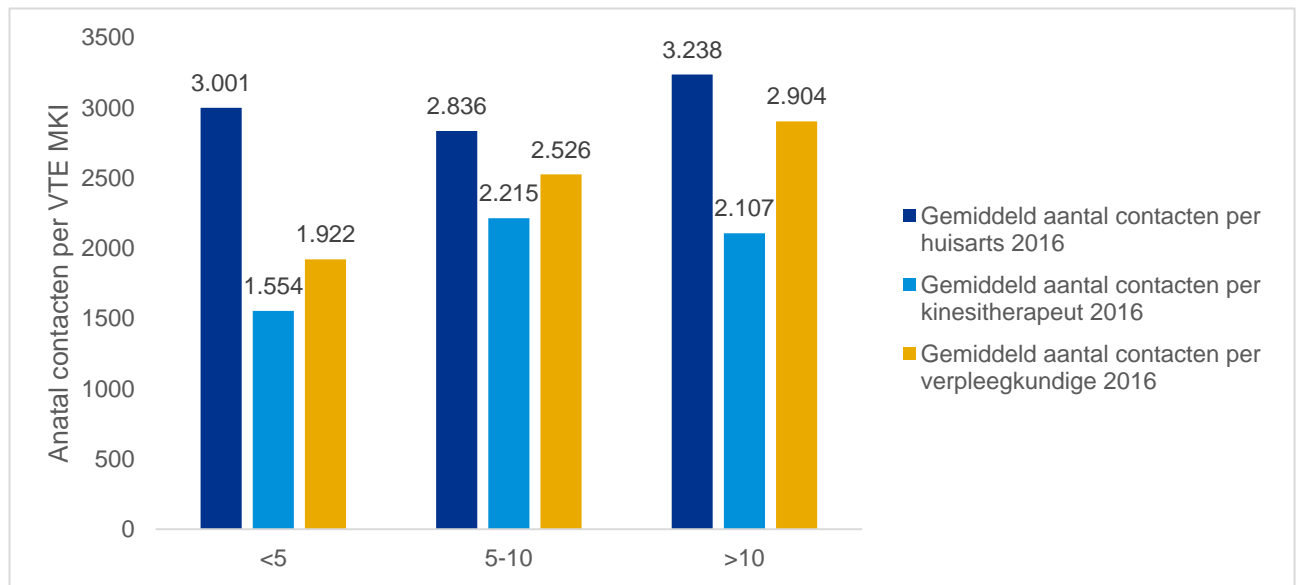


Source : Enquête KPMG

Le graphique ci-dessous reflète le nombre de contacts par ETP dispensateur de soins dans les 3 disciplines en fonction du nombre d'ETP dispensateurs de soins dans chaque discipline. On constate que **plus il y a de personnel infirmier, plus il y a de contacts par ETP praticien de l'art infirmier**. L'analyse précédente (voir nombre de patients par ETP) a montré que le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier diminue à mesure que la taille de l'équipe de dispensateurs de soins augmente, alors que l'on peut observer le phénomène inverse concernant le nombre de contacts.

Ce n'est pas le cas pour la médecine générale et la kinésithérapie, et il n'est donc pas possible de déterminer une tendance sur la base du nombre de dispensateurs de soins dans une maison médicale.

Graphique 26 - Nombre moyen de contacts par ETP MKI en fonction du nombre d'ETP MKI disponible (2016)



Source : Enquête KPMG



**Conclusion :**

Tant lors des entretiens que dans l'enquête, il apparaît que presque toutes les maisons médicales enregistrent le nombre de contacts au format électronique, qu'il s'agisse de contacts au cabinet ou de visites à domicile (dans une moindre mesure pour ces dernières). Certaines maisons médicales enregistrent également les contacts téléphoniques.

En Wallonie, on note un **plus grand nombre de contacts par ETP kinésithérapeute**. Ce constat correspond aux résultats des analyses précédentes (voir nombre de patients par dispensateur de soins) qui, comme nous l'avons déjà mentionné, révèlent qu'il y a plus de patients par ETP kinésithérapeute en Région wallonne (probablement du fait du plus grand nombre de patients souffrant de maladies chroniques dans cette région). Fait remarquable : dans cette analyse, le nombre de contacts par ETP praticien de l'art infirmier à Bruxelles est comparable aux autres régions, alors que les analyses précédentes montraient un nombre beaucoup plus élevé de patients par ETP praticien de l'art infirmier qu'en Flandre et en Wallonie.

En ce qui concerne les disciplines de l'**art infirmier** et de la **kinésithérapie**, le nombre de contacts par ETP dispensateur de soins augmente avec la maturité des répondants. On peut en conclure que, bien que les maisons médicales les plus matures aient moins de patients par ETP kinésithérapeute et praticien de l'art infirmier, ces patients génèrent davantage de contacts. Cette situation pourrait notamment s'expliquer par le fait que, compte tenu des analyses précédentes (voir Caractéristiques), les maisons médicales les plus matures sont établies en Wallonie et qu'elles comptent davantage de patients plus âgés et de malades chroniques, nécessitant probablement plus de soins à domicile (patients âgés) et de kinésithérapie (malades chroniques) (voir ci-dessous).

Les analyses réalisées révèlent que **plus il y a de personnel infirmier, plus il y a de contacts par ETP praticien de l'art infirmier**. Bien que le nombre de patients par ETP praticien de l'art infirmier diminue à mesure que la taille de l'équipe de dispensateurs de soins augmente, le nombre de contacts augmente.

### **2.2.2.3** *Autres types de soins dispensés*

Les analyses ci-dessous représentent le nombre moyen d'ETP par 1000 patients pour les autres types de soins dispensés, suivant la situation géographique, la maturité, l'affiliation à une fédération et la taille du fichier des patients. Pour le calcul des moyennes, seules les maisons médicales employant les dispensateurs de soins concernés ont été prises en compte.

### Localisation

Le tableau 11 représente le nombre d'ETP pour les autres dispensateurs de soins (par 1000 patients) en maisons médicales, par région.

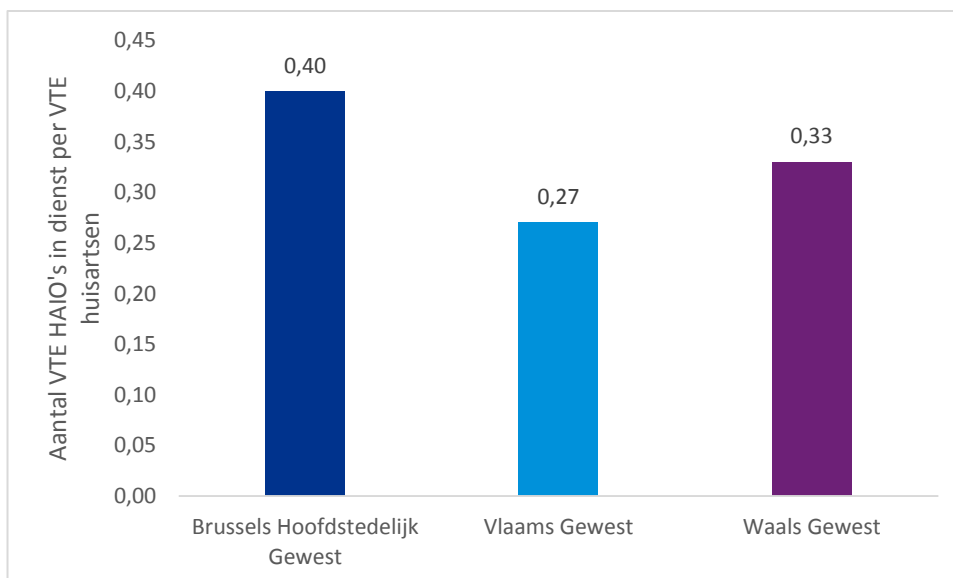
Tableau 11 - Nombre moyen d'ETP pour les autres dispensateurs de soins, par 1000 patients et par région (2016)

Type dispensateur de soins	de de	Région de Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région wallonne
Médecins généralistes en formation	en	0,78	0,52	0,70
Aides soignants		0,17	0,32	0,28
Dentistes		0,26	0,22	0,19
Diététiciens		0,10	0,08	0,09
Psychologues		0,25	0,19	0,29
Logopèdes		0,27	0,04	0,29
Autre		0,46	0,58	0,51

Source : Enquête KPMG et données AIM

Les maisons médicales de la **Région de Bruxelles-Capitale disposent en moyenne de plus de Médecins généralistes en formation** (abrégé par MGF ci-dessous) par 1000 patients que les maisons médicales des autres régions. Les maisons médicales en Région flamande sont celles qui comptent en moyenne le moins de MGF en service.

Graphique 27 - Nombre moyen d'ETP MGF par ETP médecin généraliste (2016)



Source : Enquête KPMG

À cet égard, plusieurs maisons médicales ont également signalé lors des entretiens l'importance d'un rapport équilibré entre le nombre de **médecins généralistes et le nombre de médecins généralistes en formation** (MGF) (voir 2.1.2.2. Autres types de

soins dispensés)<sup>27</sup>. Lors des entretiens, il a été souligné que cela n'était pas le cas dans toutes les maisons médicales.

Comparé aux maisons médicales des autres régions, les maisons médicales de la Région flamande emploient en moyenne moins d'ETP logopèdes. Pour les autres types de dispensateurs de soins, aucune différence significative ne peut être observée entre les différentes régions.

### **Maturité**

En moyenne, les maisons médicales non matures ne proposent pas d'autres dispensateurs de soins que les MGF et les dispensateurs de soins regroupés sous « divers »<sup>28</sup>. Pour ces deux types de dispensateurs de soins, le nombre d'ETP par 1000 patients est élevé, du fait du faible nombre de patients. Parmi les maisons médicales matures, on ne constate pas de différence significative dans le nombre d'ETP par 1000 patients pour ces différents types de dispensateurs de soins.

Tableau 12 - Nombre moyen d'ETP par 1000 patients en fonction de la maturité (2016)

Type de dispensateur de soins	<2 ans	2-10 ans	10-20 ans	>20 ans
Médecins généralistes en formation	0,73	0,73	0,67	0,63
Aides soignants	0	0,34	0,27	0,17
Dentistes	0	0,26	0,17	0,25
Diététiciens	0	0,12	0,10	0,05
Psychologues	0	0,30	0,25	0,23
Logopèdes	0	0,15	0,34	0,20
Divers	1,72	0,51	0,44	0,46

Source : Enquête KPMG et données AIM

### **Fédération**

Le tableau ci-dessous représente le nombre moyen d'ETP par 1000 patients dans les différentes fédérations.

<sup>27</sup> D'après la législation flamande actuelle, le nombre de MGF par ETP médecin généraliste est limité à 1. À Bruxelles et en Wallonie, aucune règle n'a été fixée en la matière.

<sup>28</sup> Les types de dispensateurs de soins qui n'ont été mentionnés que dans une très faible mesure dans les résultats de l'enquête ont été regroupés sous « divers »

Tableau 13 - Nombre moyen d'ETP pour les autres dispensateurs de soins, par 1000 patients et par fédération (2016)

Type de dispensateur de soins	FMM	VWGC	Feprafo	/
Médecins généralistes en formation	0,71	0,50	0,76	0,84
Aides soignants	0,27	0,25	0,22	0,38
Dentistes	0,23	0,21	0,23	0,28
Diététiciens	0,09	0,09	0,07	0,09
Psychologues	0,30	0,18	0,21	0,10
Logopèdes	0,26	0	0,01	0,17
Autre	0,48	0,60	0,19	0,62

Source : Enquête KPMG et données AIM

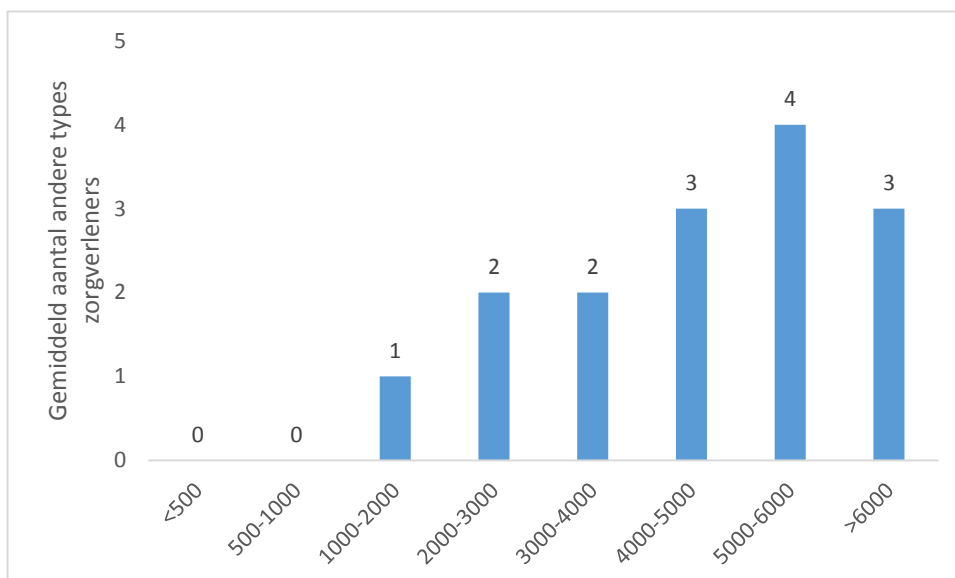
Le tableau 13 permet d'établir que les **maisons médicales qui ne sont pas membres d'une fédération ont employé en moyenne le plus grand nombre de MGF** par 1000 patients en 2016. Les membres de la VWGC affichent en moyenne le moins grand nombre d'ETP MGF par 1000 patients en 2016.

Dans les maisons médicales membres de la FMM, on peut noter un nombre moyen d'ETP psychologues plus élevé par 1000 patients. Lors des entretiens, on a souvent souligné aussi les problèmes psychiques des patients, en particulier à Bruxelles (mais ce point a aussi été souvent évoqué dans les autres régions).

#### **Taille de la patientèle**

Bien que le nombre de disciplines proposées ne varie pas en fonction du nombre de patients, on remarque une différence significative dans le nombre d'autres types de soins qui sont proposés. **Plus une maison médicale compte de patients inscrits, plus elle propose d'autres types de soins.** Dans la section « Caractéristiques », on a déjà pu remarquer que l'offre d'autres types de soins dispensés augmente avec la maturité d'une maison médicale, et que les maisons médicales matures ont généralement un fichier de patients plus grand que les maisons médicales non matures.

Graphique 28 - Nombre moyen d'autres types de soins dispensés en fonction du fichier des patients (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Au point 2.1.2, nous avons déjà dressé la liste des différents types de soins dispensés que proposent les répondants, ainsi que la proportion des patients de ces répondants qui font appel à ces différents types. Le tableau 14 représente le nombre moyen d'ETP pour les autres types de dispensateurs de soins par 1000 patients, en fonction de la taille du fichier des patients.

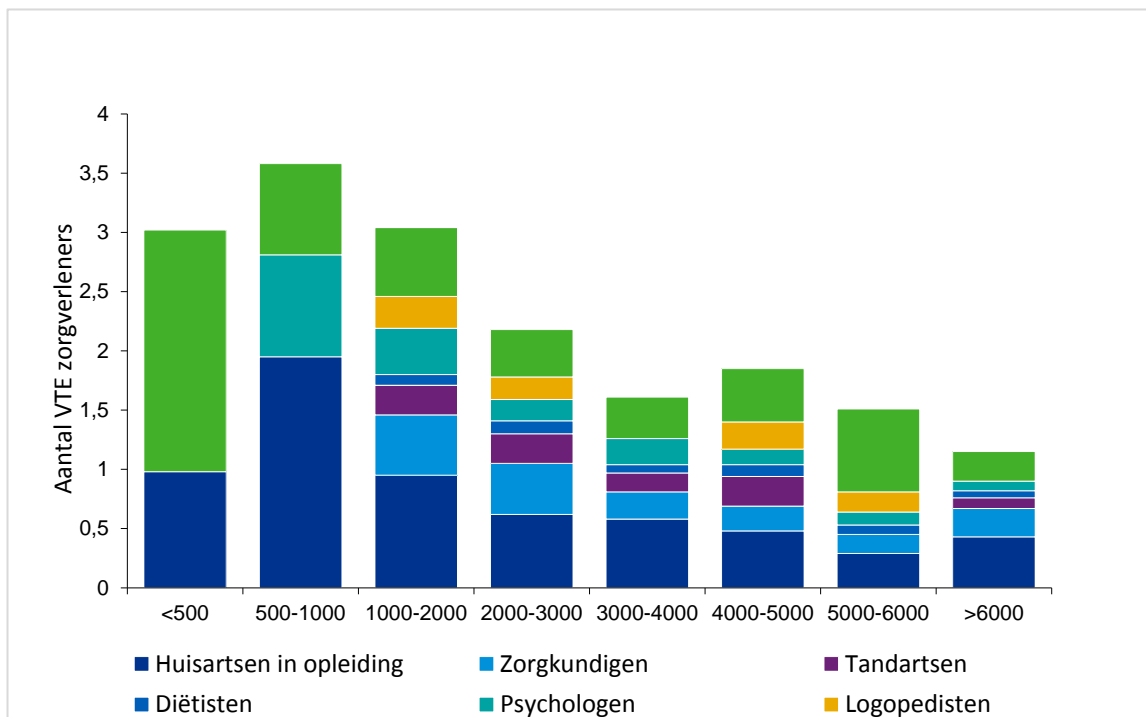
Tableau 14 - Nombre moyen d'ETP pour les autres dispensateurs de soins par 1000 patients (2016)

Type de dispensateur de soins	<500	500-1000	1000-2000	2000-3000	3000-4000	4000-5000	5000-6000	>6000
Médecins généralistes en formation	0,98	1,95	0,95	0,62	0,58	0,48	0,29	0,43
Aides soignants			0,51	0,43	0,23	0,21	0,16	0,24
Dentistes			0,25	0,25	0,16	0,25		0,09
Diététiciens			0,09	0,11	0,07	0,10	0,08	0,06
Psychologues		0,86	0,39	0,18	0,22	0,13	0,11	0,08
Logopèdes			0,27	0,19		0,23	0,17	
Autre	2,04	0,77	0,58	0,40	0,35	0,45	0,70	0,25

Source : Enquête KPMG et données AIM

Le tableau ci-dessus est représenté par le graphique 29 :

Graphique 29 - Nombre moyen d'ETP pour les autres dispensateurs de soins pour 1000 patients (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

On peut en déduire que les répondants disposant d'un fichier **de 500 à 1000 patients emploient en moyenne plus d'ETP MGF** par 1000 patients (ce qui fait donc moins de patients par ETP MGF) que les autres catégories. Le nombre d'ETP MGF **diminue à mesure que le fichier des patients s'étoffe**. Ce constat est en ligne avec les résultats de la section précédente, où l'on a pu aboutir à la même conclusion pour les médecins généralistes. De manière générale, le même constat peut être posé pour les praticiens de l'art infirmier et les psychologues, qui prennent aussi en charge plus de patients par ETP à mesure que de nouvelles inscriptions sont enregistrées dans une maison médicale. Cette tendance est moins perceptible pour les autres dispensateurs de soins.

### Conclusion :

Selon les résultats de l'enquête, les **maisons médicales de la Région de Bruxelles-Capitale** disposent en moyenne de **plus de médecins généralistes en formation (MGF)** par 1000 patients que les maisons médicales des autres régions. Les maisons médicales en **Région flamande** sont celles qui comptent en moyenne **le moins de MGF en service**. En moyenne, les maisons médicales non matures ne proposent pas d'autres dispensateurs de soins que les médecins généralistes en formation. Les maisons médicales qui ne sont pas membres d'une fédération ont employé en moyenne le plus grand nombre de MGF par 1000 patients en 2016.

Bien que le nombre de disciplines proposées ne varie pas en fonction du nombre de patients, on remarque une différence significative dans le nombre d'autres types de soins qui sont proposés. **Plus une maison médicale compte de patients inscrits, plus elle propose d'autres types de soins.**

#### 2.2.2.4 Autres membres du personnel auxiliaire

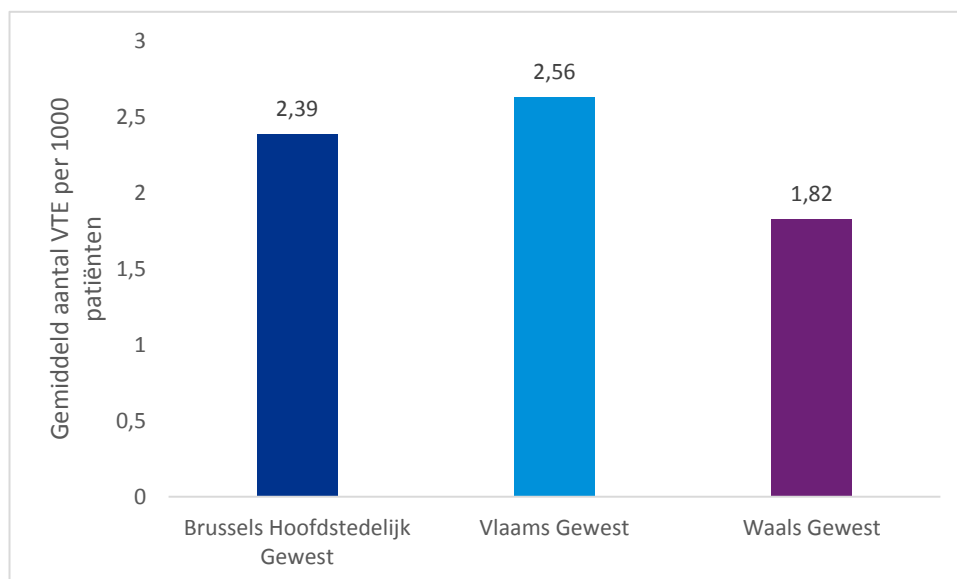
Les analyses ci-dessous dressent un panorama du nombre moyen d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients pour les services mentionnés ci-dessus, plus spécifiquement en fonction de la situation géographique, de la maturité et de l'affiliation à une fédération des maisons médicales. Les types de services auxiliaires existants chez les répondants ont déjà été énumérés au point 2.1.3.

Deux maisons médicales n'ont pas été prises en compte dans cette analyse parce qu'elles présentaient un nombre excessivement élevé d'ETP (par ex > 20 ETP). 4 autres maisons médicales sans services auxiliaires n'ont pas non plus été prises en compte (pour éviter toute distorsion des moyennes).

##### **Localisation**

En Région de Bruxelles-Capitale et en **Région flamande**, les services auxiliaires comptent **en moyenne plus d'ETP par 1000 patients** en 2016 qu'en Région wallonne. En moyenne, la différence est de 0,5 ETP. Cette situation est représentée par le graphique 30.

Graphique 30 - Nombre moyen d'ETP dans les services auxiliaires par 1000 patients et par région (2016)

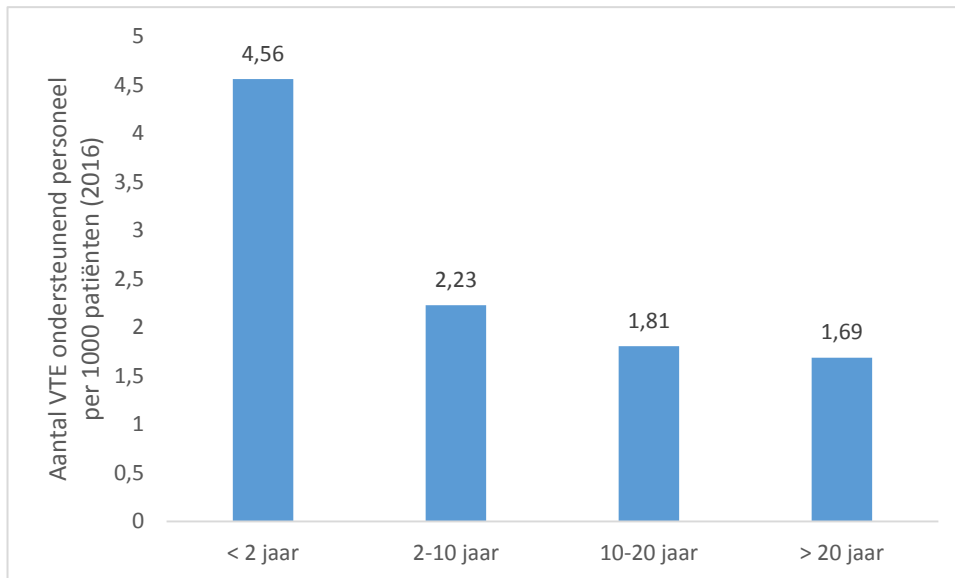


Source : Enquête KPMG et données AIM

##### **Maturité**

Conformément aux résultats relatifs au nombre d'ETP dans les différentes disciplines (voir plus haut), les **maisons médicales non matures ont un plus grand nombre d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients** que les maisons médicales matures. Cela peut notamment s'expliquer par la taille plus réduite du fichier des patients des maisons médicales. Parmi les 12 maisons médicales non matures prises en compte dans cette analyse, 4 ont un fichier de moins de 500 patients, et 3 ont un fichier de 500 à 1000 patients.

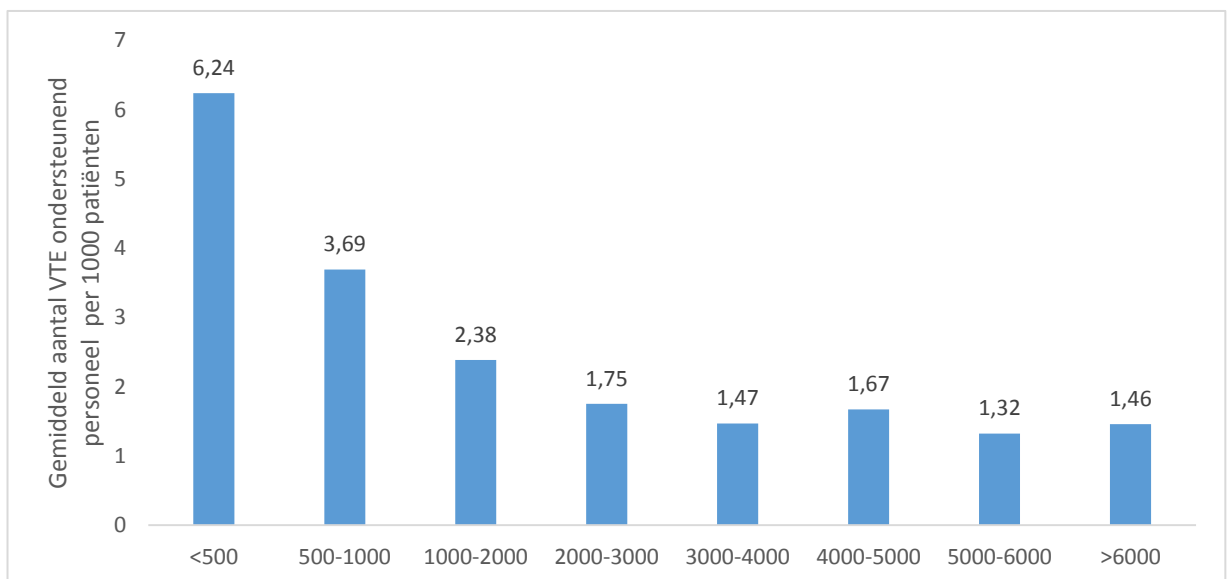
Graphique 31 - Nombre moyen d'ETP dans les services auxiliaires par 1000 patients en fonction de la maturité (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Le graphique ci-dessus indique que le **nombre d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients diminue à mesure que la maturité de la maison médicale augmente**. En toute logique, les maisons médicales matures ont un fichier de patients plus important. Plus une maison médicale a de patients inscrits, moins elle emploie d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients. À partir de 2000 patients, le nombre d'ETP pour les services auxiliaires n'augmente plus avec le fichier des patients. C'est ce que montre le graphique ci-dessous.

Graphique 32 - Nombre moyen d'ETP dans les services auxiliaires par 1000 patients en fonction de la taille du fichier des patients (2016)

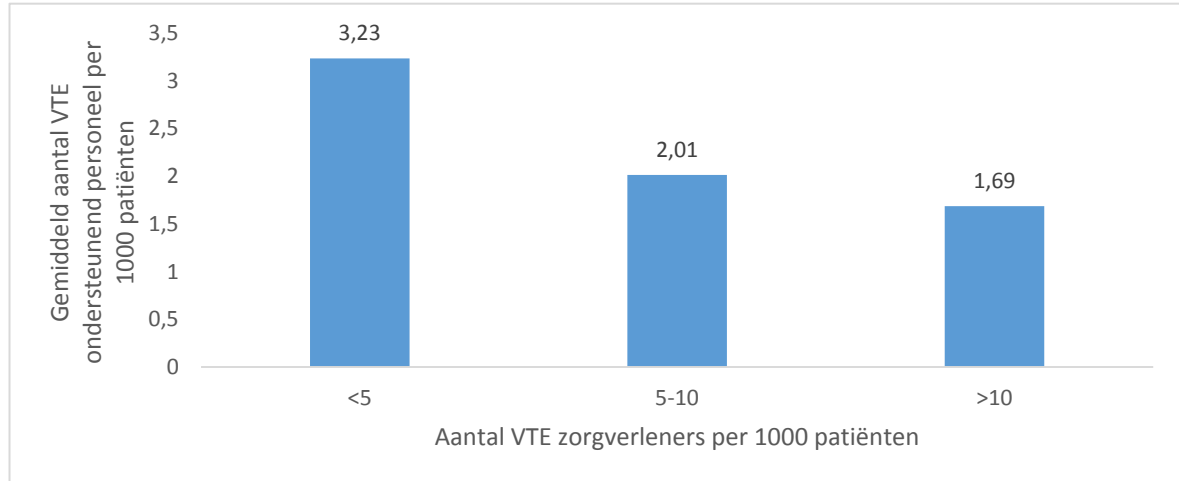


Source : Enquête KPMG et données AIM



On peut en outre conclure du graphique ci-dessous que, **moins une maison médicale compte de dispensateurs de soins, plus elle emploie d’ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients.**

Graphique 33 - Nombre moyen d'ETP dans les services auxiliaires par 1000 patients en fonction du nombre de dispensateurs de soins (2016)

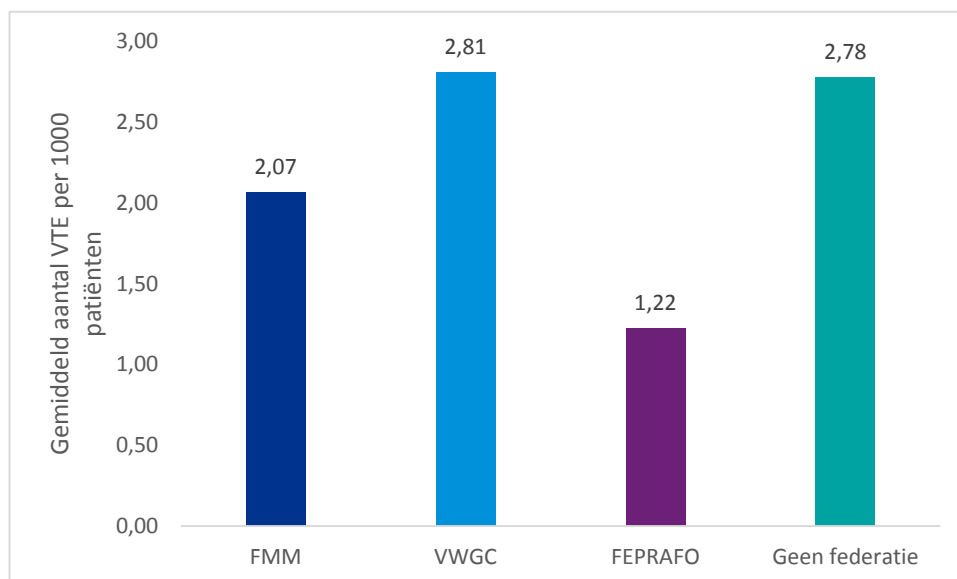


Source : Enquête KPMG et données AIM

### Fédération

Le graphique ci-dessous indique que, par rapport aux membres de la VWGC et aux maisons médicales sans fédération, les maisons médicales membres de la Feprafo emploient moins de la moitié d’ETP en personnel auxiliaire par 1000 patients. Ces chiffres sont illustrés dans la figure ci-dessous.

Graphique 34 - Nombre moyen d'ETP dans les services auxiliaires par 1000 patients et par fédération (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

**Conclusion** :

Conformément aux résultats relatifs au nombre d'ETP dans les différentes disciplines, les **maisons médicales non matures ont un plus grand nombre d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients** que les maisons médicales matures.

Plus une maison médicale compte de patients inscrits, moins elle emploie d'ETP en personnel auxiliaire pour 1000 patients, tandis que, moins il y a de dispensateurs de soins, plus le nombre d'ETP en personnel auxiliaire employé pour 1000 patients est élevé.

### 2.2.3 Profil des patients

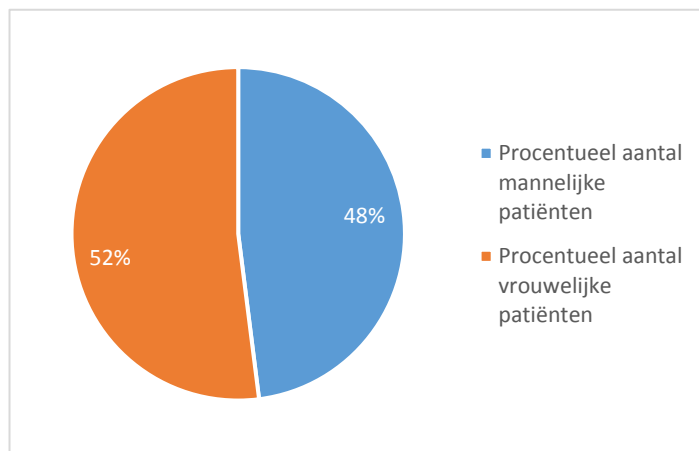
Dans cette section sont recensées les données agrégées (non nominatives) par patient, notamment : sexe, âge, maladie chronique, intervention majorée, familles monoparentales et code titulaire. Ces variables sont prises en compte dans le calcul du forfait et déterminent également l'importance du budget car elles peuvent avoir une influence sur la charge de travail des dispensateurs de soins dans une maison médicale (par exemple personnes âgées, malades chroniques, invalides, etc.).

Pour les analyses qui suivent en ce qui concerne le profil des patients, il a également été fait appel aux résultats de l'enquête ainsi qu'aux statistiques obtenues via l'AIM pour les données en matière de sexe, d'âge, de maladie chronique, d'intervention majorée, de familles monoparentales et de code titulaire. Les maisons médicales qui ont fait leur entrée au cours de 2016 ou 2017 dans le système forfaitaire, ainsi que deux autres maisons médicales, n'ont pas été prises en compte dans les analyses ci-dessous en raison d'un manque de données. 145 répondantes ont été reprises dans les analyses.

#### 2.2.3.1 Sexe

Le graphique ci-dessous présente le nombre moyen de patients masculins/féminins sur l'ensemble des répondantes. En moyenne, il y a **un peu plus de patients féminins que masculins** abonnés à des maisons médicales.

Figure 35 - Pourcentage moyen de patients masculins/féminins (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

La proportion hommes-femmes au niveau des maisons médicales individuelles est en majorité conforme à la moyenne indiquée à la figure 35. Le plus grand écart à ce niveau se limite à 40 % d'hommes, 60 % de femmes.<sup>29</sup> Lors des interviews, une maison médicale a indiqué que les femmes amèneraient en règle générale plus de contacts que les hommes, et que la charge de travail les concernant serait par conséquent plus importante. Sur la base des résultats de l'enquête, la corrélation entre le nombre de contacts et le nombre de femmes dans les maisons médicales a été étudiée. Cette analyse a montré une corrélation négligeable ; en d'autres mots, il n'est pas possible de démontrer sur la base des résultats de l'enquête que les contacts maintenus sont réellement plus nombreux dans les maisons médicales dans lesquelles le pourcentage de femmes est plus élevé que le pourcentage d'hommes.

**Conclusion :**

En moyenne, il y a **un peu plus de patients féminins que masculins** abonnés à des maisons médicales. Il ne peut toutefois pas être démontré, sur la base des résultats de l'enquête, que les maisons médicales dans lesquelles le pourcentage de femmes est plus élevé que le pourcentage d'hommes présentent aussi un nombre de contacts réellement plus élevé.

### 2.2.3.2 Âge des patients

Dans cette section, l'âge des patients affiliés dans une maison médicale est présenté en fonction de la localisation, de la maturité et de l'affiliation ou non à une fédération.

#### **Localisation**

Le tableau 15 présente l'âge moyen des patients par répondante ainsi que l'âge moyen par percentile<sup>30</sup> des patients, par région. En Région wallonne, l'âge moyen dans chaque percentile est en moyenne plus élevé de 12,98 % que dans la Région de Bruxelles-Capitale. Par contre, la différence d'âge moyen entre la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale n'est pas significative. L'âge moyen dans la Région flamande n'est en moyenne que de 3,43 % plus élevé, par percentile, que dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Tableau 15 - Âge moyen des patients et percentiles d'âge des patients par région (2016)

Région	Âge moyen	Âge percentile	Âge percentile	Âge percentile	Âge percentile	Âge percentile
--------	-----------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

<sup>29</sup> 1 maison médicale avec 40-60 ; 1 maison médicale avec 41-59 ; 1 maison médicale avec 42-58 ; 3 maisons médicales avec 43-57 ; 4 maisons médicales avec 44-56

<sup>30</sup> Le x<sup>ème</sup> percentile est le nombre qui sépare les x % inférieurs des données des (100-x) % supérieurs. En d'autres mots, le 5<sup>ème</sup> percentile comprend l'âge moyen des 5 % de patients les plus jeunes de la patientèle des répondantes. Le 95<sup>ème</sup> percentile comprend l'âge moyen des 5 % de patients les plus âgés ou, en d'autres mots, 95 % de la patientèle sont plus jeunes que l'âge moyen dans le 95<sup>ème</sup> percentile.

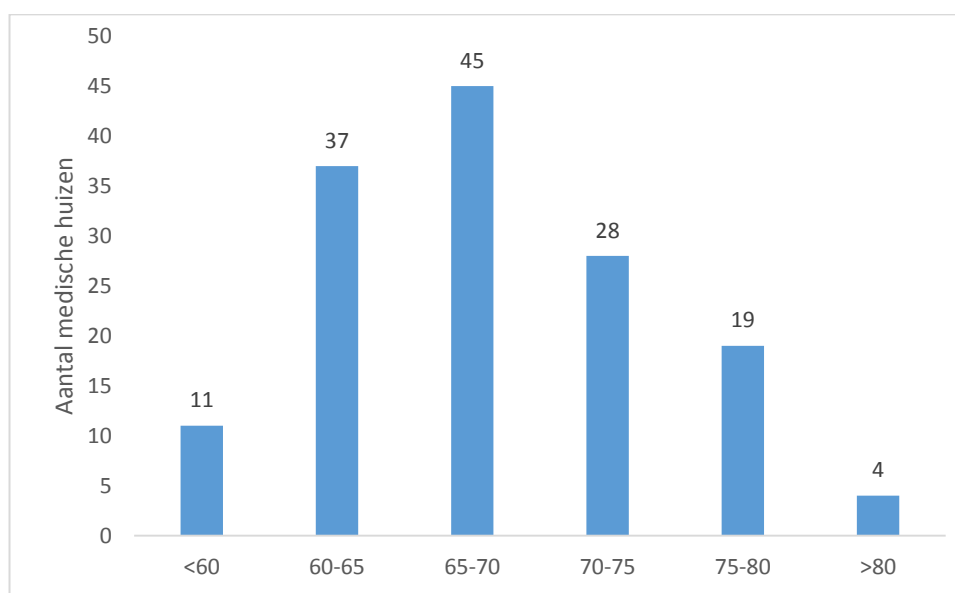
	5	25	50	75	95	
Région de Bruxelles-Capitale	30	3	13	29	45	66
Région flamande	31	3	14	30	45	65
Région wallonne	34	4	16	33	50	70
Population globale de la Belgique	41	3	21	40	58	80

Source : Données AIM et Eurostat

Du tableau ci-dessus, il peut être conclu qu'il y a **plus de patients plus âgés inscrits, parmi les répondantes, en Région wallonne**. On peut également remarquer que l'âge moyen de la population belge est plus élevé que l'âge moyen dans les maisons médicales, ainsi que l'âge dans les différents percentiles.

Le graphique ci-dessous présente le nombre de répondantes ventilé en fonction de l'âge moyen dans le 95<sup>ème</sup> percentile. En d'autres mots, il permet de voir quel est l'âge moyen des 5 % de patients les plus âgés dans les maisons médicales. Il en ressort qu'un tiers des maisons médicales a presque exclusivement des patients de moins de 65 ans (48 maisons médicales avec un âge du 95<sup>ème</sup> percentile <65) et que 95 % des patients inscrits dans la grande majorité (65 %) des maisons médicales ont moins de 70 ans. On peut déduire du tableau précédent que l'âge du 95<sup>ème</sup> percentile est de 80 ans pour la population belge globale. Cet âge est plus bas pour la grande majorité des répondantes, comme le montre le graphique ci-dessous.

Figure 36 – nombre de maisons médicales en fonction de l'âge moyen du 95<sup>ème</sup> percentile (2016)

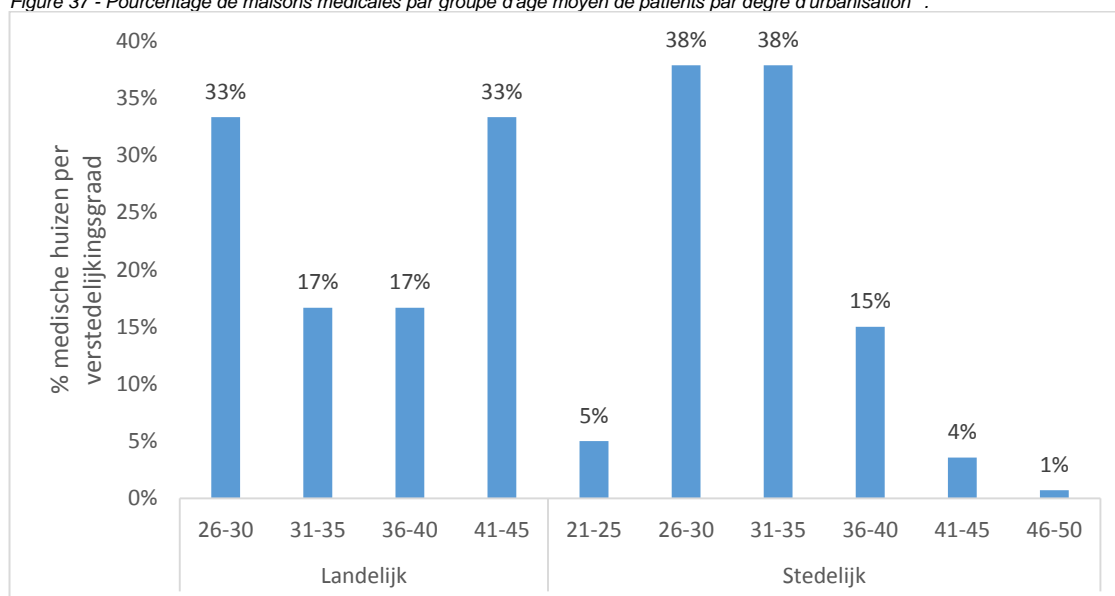


Source : Données AIM

La figure 37 montre le nombre de répondantes subdivisé en catégories d'âge sur la base de l'âge moyen des patients dans chaque maison médicale et du degré

d'urbanisation<sup>31</sup> de leur localisation. Il en ressort que **l'âge moyen des répondantes dans les zones rurales est généralement plus élevé que dans les zones urbaines.**

Figure 37 - Pourcentage de maisons médicales par groupe d'âge moyen de patients par degré d'urbanisation<sup>32</sup>.



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

Le tableau 16 présente l'âge moyen ainsi que les percentiles d'âge des patients en fonction de leur maturité. On peut en déduire que la différence d'âge moyen est surtout perceptible pour les répondantes non matures à partir du 50<sup>ème</sup> percentile (indiqué en rouge dans le tableau). Pour les maisons médicales matures, cette différence est moins significative, et une différence est essentiellement perceptible à partir du 75<sup>ème</sup> percentile pour les maisons médicales qui sont déjà actives depuis 20 ans dans le système forfaitaire.

Tableau 16 - Âge moyen des patients et percentiles d'âge des patients en fonction de la maturité (2016)

Maturité	Âge moyen	Âge percentile 5	Âge percentile 25	Âge percentile 50	Âge percentile 75	Âge percentile 95
<2 ans	33	3	13	26	39	55
2-10 ans	31	3	14	31	47	67
10-20 ans	32	4	14	31	47	69
>20 ans	33	4	16	32	50	71

Source : Données AIM

L'observation ci-dessus a également été confirmée lors des interviews par quelques maisons médicales, selon lesquelles **les maisons médicales non matures auraient généralement une patientèle plus jeune**, en raison du fait également que ces maisons

<sup>31</sup> Les maisons médicales dans les arrondissements principalement ruraux et les arrondissements majoritairement ruraux sont regroupées étant donné que ces arrondissements ne contiennent qu'un nombre restreint de maisons médicales (voir tableau 2).

<sup>32</sup> In landelijke gebieden zijn er geen medische huizen gevestigd met een gemiddelde leeftijd van patiënten hoger dan 45 jaar.

médicales emploieraient davantage de dispensateurs de soins plus jeunes (cf. supra Caractéristiques).

L'observation ci-dessus ne s'applique toutefois pas pour les maisons médicales non matures créées à partir d'un (cabinet de groupe) existant. Dans ces cas, comme l'indiquent les interviews, la patientèle initiale serait souvent (en grande partie) passée du système à l'acte au système forfaitaire en même temps que le dispensateur de soins.

### Fédération

Le tableau ci-dessous présente l'âge moyen des patients, ainsi que l'âge moyen dans les différents percentiles, des maisons médicales par fédération.

Tableau 17 - Âge moyen des patients et percentiles d'âge des patients par fédération (2016)

Fédération	Âge moyen	Âge percentile 5	Âge percentile 25	Âge percentile 50	Âge percentile 75	Âge percentile 95
FMM	32	4	15	31	48	69
VWGC	30	4	13	28	43	63
FEPRFO	32	3	13	29	45	64
Pas de fédération	32	4	16	32	48	68

Source : Données AIM

Il en ressort que la patientèle de **répondantes non affiliées à une fédération et de membres de la FMM comprend des patients légèrement plus âgés**, et que, pour les membres du VWGC, l'âge se situe souvent juste en-dessous de la moyenne des autres catégories. Cependant, les différences d'âge moyen ne sont pas significatives, et l'on peut dès lors conclure que **l'âge moyen des patients dans les différentes fédérations est du même ordre**.

### Disciplines

Le tableau ci-dessous indique l'âge moyen (en général et par percentile) en fonction du nombre de dispensateurs de soins dans les disciplines pratiquées dans les maisons médicales. Il en ressort que **l'âge moyen des patients augmente en fonction de l'augmentation du nombre de dispensateurs de soins employés par les répondantes**. C'est là une conséquence logique de conclusions déjà tirées dans le présent rapport, à savoir que le nombre moyen de dispensateurs de soins augmente en fonction de l'augmentation de la maturité (cf. section Caractéristiques), ainsi que l'âge moyen des patients.

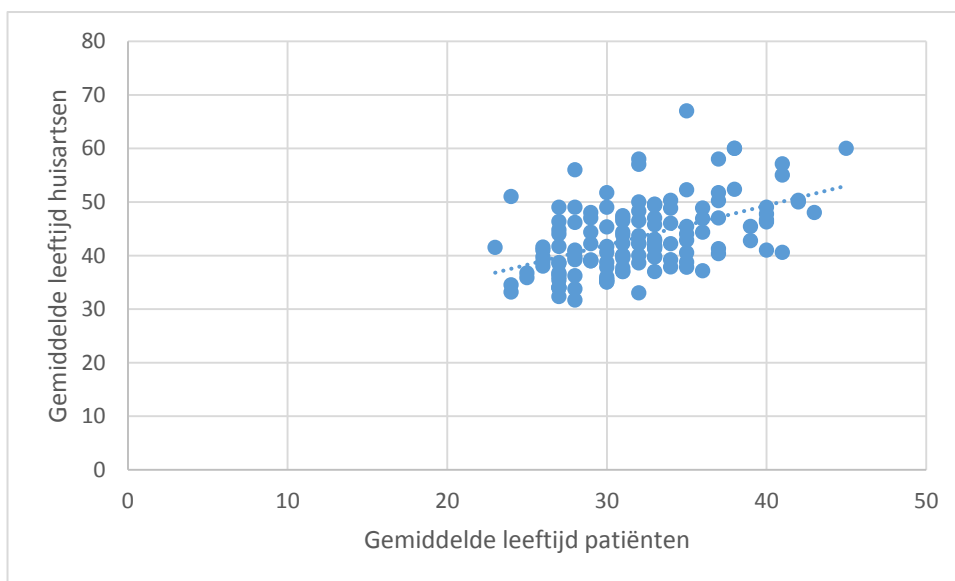
Tableau 18 - Âge moyen des patients et percentiles d'âge des patients en fonction du nombre d'ETP MKI (2016)

Nombre d'ETP MKI	Âge moyen	Âge percentile 5	Âge percentile 25	Âge percentile 50	Âge percentile 75	Âge percentile 95
<5	31	3	14	30	45	65
5-10	32	3	14	30	47	67
>10	34	4	16	33	50	72

Source : Données AIM

Le graphique ci-dessous montre la corrélation **entre l'âge moyen des médecins généralistes par maison médicale et l'âge moyen des patients**. On peut observer une corrélation positive de 0,5. Ceci se situe dans le droit fil des résultats des interviews dans lesquelles quelques maisons médicales ont indiqué que **les jeunes médecins** auraient **généralement des patients plus jeunes** car les patients « vieilliraient » avec leur médecin généraliste. Dans les analyses ci-dessous, trois maisons médicales n'ont pas été prises en considération parce qu'elles n'ont pas indiqué d'âge moyen pour les médecins généralistes.

Figure 38 - Corrélation entre l'âge moyen des médecins généralistes et l'âge moyen des patients par maison médicale (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

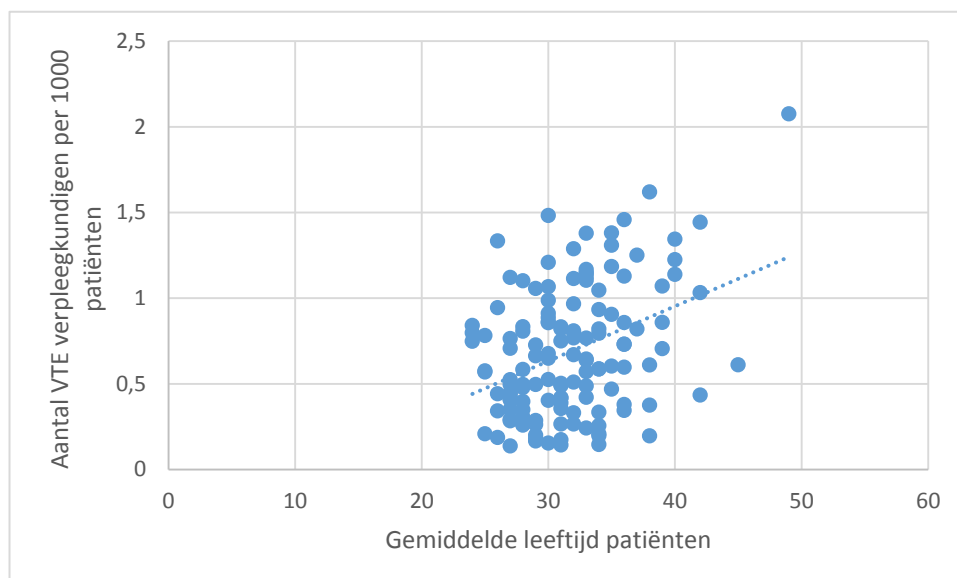
On peut également observer pour les **kinésithérapeutes** une corrélation positive (0,3) entre **l'âge moyen des kinésithérapeutes et l'âge moyen des patients** dans une maison médicale, qui peut être considérée comme significative. La même corrélation a également été calculée pour l'âge moyen des **praticiens de l'art infirmier**, mais le résultat montre une corrélation négligeable et non significative (0,1). En d'autres mots, il n'est pas possible d'établir un lien, sur la base des données, entre l'âge des praticiens de l'art infirmier et l'âge moyen des patients dans les maisons médicales.



A également été calculée la corrélation entre le **nombre de médecins généralistes ETP et l'âge moyen des patients**. Les résultats de l'enquête indiquent qu'il n'y a pas de corrélation (-0,0055) entre le nombre de médecins généralistes ETP et l'âge des patients. En d'autres mots, un **âge moyen plus élevé de la population d'une maison médicale n'implique pas nécessairement un nombre plus élevé de médecins généralistes ETP** dans cette maison médicale. Il ne semble guère y avoir de corrélation non plus (0,0598) entre l'âge moyen et le nombre de kinésithérapeutes ETP.

On peut toutefois observer une corrélation positive limitée entre **l'âge moyen des patients et le nombre de praticiens de l'art infirmier ETP** (0,3809). C'est ce que montre le graphique ci-dessous. Ce résultat signifierait que **le nombre de praticiens de l'art infirmier employés est plus important lorsque l'âge moyen des patients est plus élevé**. Cela pourrait impliquer que ces patients entraîneraient un besoin accru de soins infirmiers. Cette observation a également été faite à plusieurs reprises au cours des interviews.

Figure 39 - Corrélation entre l'âge moyen des patients et le nombre de praticiens de l'art infirmier ETP par 1000 patients (2016)

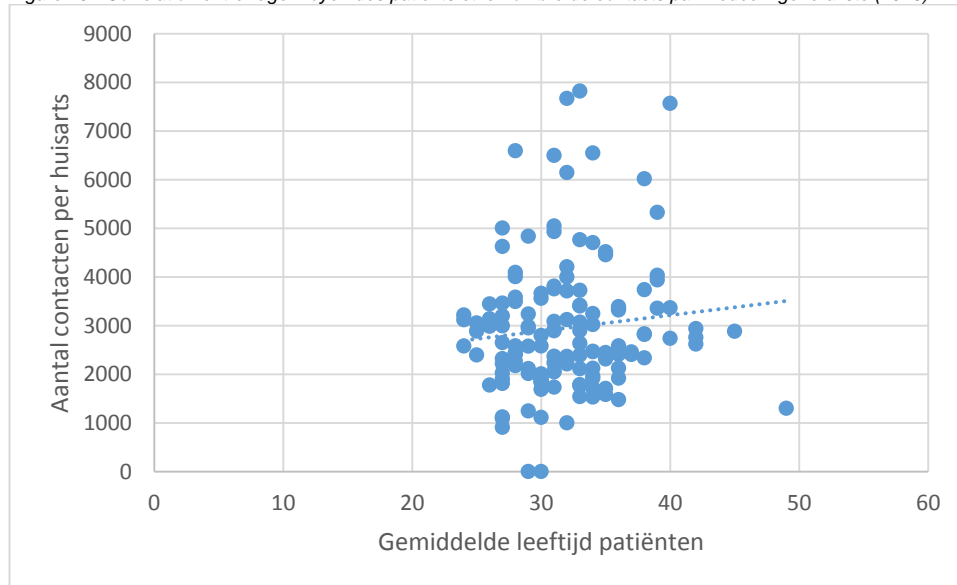


Source : Enquête KPMG et données AIM

La figure 40 présente la corrélation entre **l'âge moyen des patients et le nombre de contacts par médecin généraliste ETP**. La corrélation est négligeable<sup>33</sup> (0,1061), ce qui signifie que, sur la base des résultats de l'enquête, **il est impossible de conclure que les maisons médicales dont l'âge moyen des patients est plus élevé impliquent davantage de contacts par médecin généraliste ETP**.

<sup>33</sup> Dans la figure 40, trois maisons médicales ont été exclues. Une maison médicale n'a indiqué aucun contact, de sorte qu'il a été impossible de calculer le nombre de contacts par médecin généraliste. Deux maisons médicales ont indiqué un nombre extrêmement élevé de contacts, de sorte qu'elles n'ont pas été prises en compte pour éviter toute distorsion.

Figure 40 - Corrélation entre l'âge moyen des patients et le nombre de contacts par médecin généraliste (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

La même analyse a été réalisée pour les **kinésithérapeutes** et a indiqué une corrélation légèrement positive de 0,3, qui peut être considérée comme significative. On peut donc conclure, sur la base des résultats de l'enquête, que les maisons médicales dont l'**âge moyen des patients est plus élevé ont peut-être plus de contact par kinésithérapeute ETP**. La même observation s'applique aux **praticiens de l'art infirmier**, pour lesquels on peut observer également une corrélation significative (0,2).

### **Conclusion :**

Des résultats de l'enquête et des statistiques fournies par l'AIM, il ressort que **l'âge moyen des patients dans la Région wallonne est plus élevé** que dans les 2 autres régions. Une explication possible peut être que les répondantes dans les zones rurales sont établies exclusivement en Wallonie et que les maisons médicales dans les zones rurales présentent en moyenne un profil de patients plus âgé, et aussi que c'est en Wallonie que sont établies les maisons les plus matures.

Sur le plan de la maturité, on observe principalement une différence dans l'âge moyen des patients **pour les répondantes non matures à partir du 50<sup>ème</sup> percentile** (inférieur à celui des maisons médicales matures). En outre, l'âge moyen des patients dans les différentes fédérations est du même ordre.

**L'âge moyen des patients augmente parallèlement à l'augmentation du nombre de dispensateurs de soins** chez les répondantes, ce qui est lié au fait que le nombre moyen de dispensateurs de soins augmente également parallèlement à la maturité, et que l'âge moyen des patients est en moyenne plus élevé dans les maisons plus matures.

Enfin, **une corrélation légèrement positive a été observée entre l'âge moyen des patients et le nombre de praticiens de l'art infirmier ETP**, ce qui pourrait signifier que davantage de praticiens de l'art infirmier sont employés lorsque l'âge moyen des patients est plus élevé, en raison du besoin de soins infirmiers plus important de ces patients.

### **2.2.3.3 Malades chroniques**

Outre le sexe et l'âge moyen des patients, l'existence ou non d'une maladie chronique détermine également le profil des patients d'une maison médicale. Chez les répondantes, un total de **30 391 patients ayant le statut de malades chroniques** sont abonnés, ce qui représente 8 % de l'ensemble des patients abonnés<sup>34</sup>. La population belge totale compte 10,4 % de bénéficiaires (2016) atteints d'une maladie chronique, ce qui est par conséquent légèrement plus que la part de malades chroniques dans les maisons médicales.

9 maisons médicales s'écartent de plus de 5 % de cette moyenne générale :

- Différence négative : 2 répondantes, dont l'une n'a été créée qu'en 2015, ont seulement 1 % de malades chroniques dans leur patientèle.

---

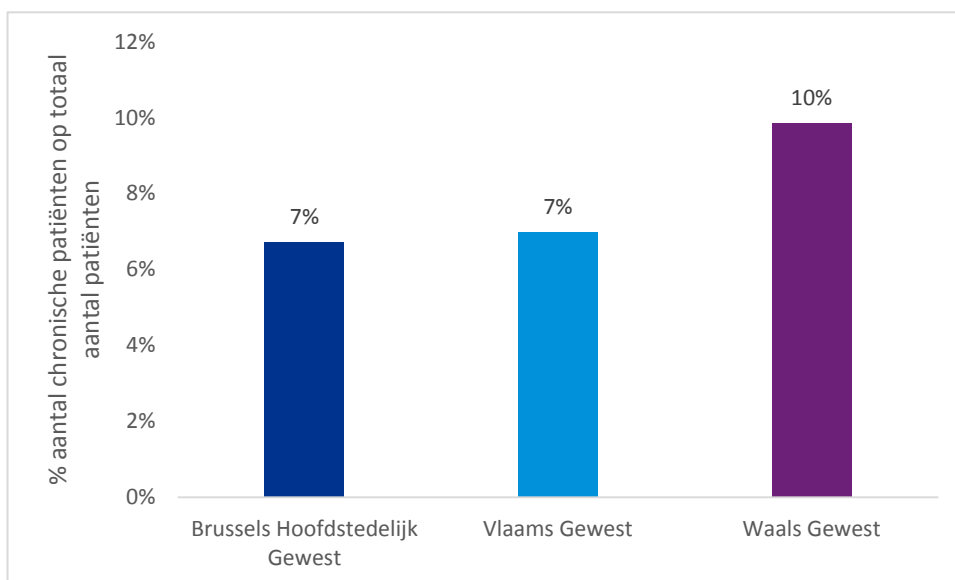
<sup>34</sup> Sur la base de l'enquête,

- Différence positive : 7 maisons médicales ont entre 14 % et 19 % de malades chroniques dans leur patientèle. À 1 exception près, ces maisons médicales sont exclusivement implantées en Wallonie.

### Localisation

Les 7 maisons médicales ayant le plus grand nombre de malades chroniques par rapport à la patientèle totale (qui présentent un écart de plus de 5 % par rapport au nombre moyen de malades chroniques par maison médicale (cf. supra)) sont presque exclusivement implantées en **Wallonie**. C'est ce que montre également le graphique ci-dessous. Le nombre moyen de malades chroniques dans les autres régions est similaire.

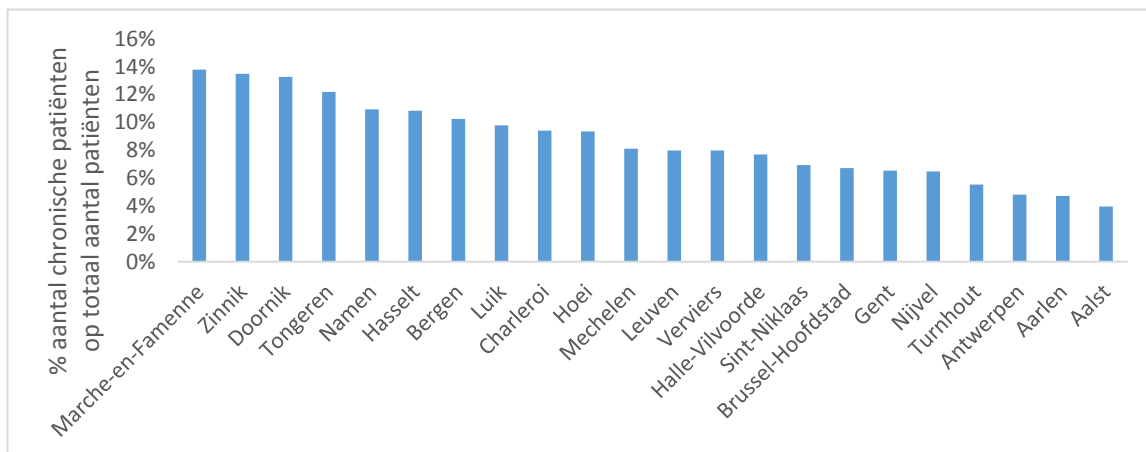
Figure 41 - Pourcentage moyen de patients chroniques sur le nombre total de patients par région (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

La figure 42 montre le rapport entre le nombre de patients présentant une maladie chronique et le nombre de patients par **arrondissement**. Faisant suite au résultat ci-dessus, les 3 arrondissements comptant le nombre le plus élevé de malades chroniques dans leur patientèle sont situés en Région wallonne. L'arrondissement de Marche-en-Famenne compte 14 % malades chroniques par rapport au nombre total de patients dans cet arrondissement, contre 4 % à Alost.

Figure 42 - Pourcentage moyen de patients chroniques sur le nombre total de patients par arrondissement (2016)

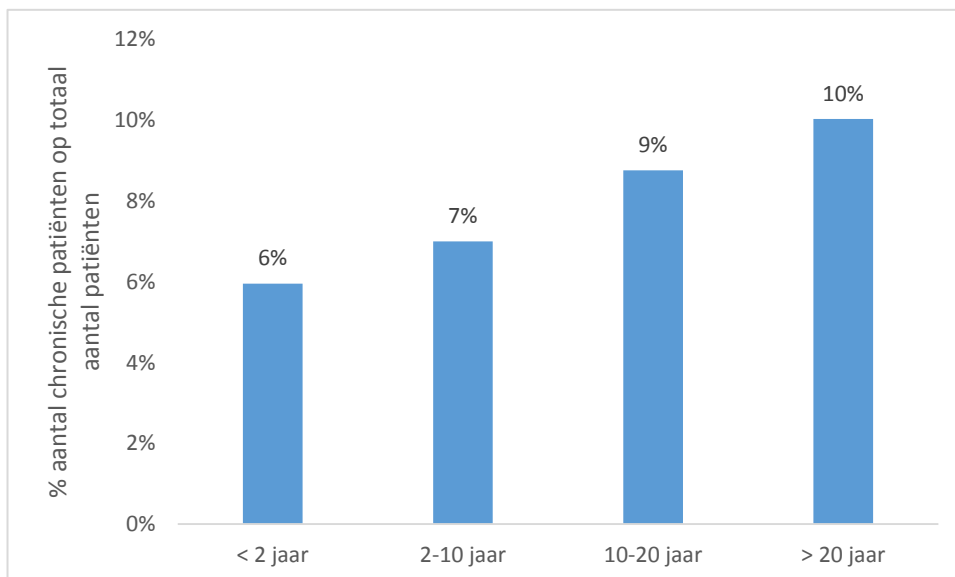


Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

Le graphique ci-dessous présente le pourcentage moyen de patients chroniques sur le nombre total de patients, en fonction de la maturité des répondantes. Il en ressort que **le nombre moyen de patients chroniques dans la patientèle totale croît parallèlement à l'augmentation de la maturité d'une maison médicale**. En d'autres mots, par rapport aux répondantes plus matures, il y a dans les maisons médicales non matures moins de patients présentant une maladie chronique.

Figure 43 - Pourcentage moyen de patients chroniques sur le nombre total de patients par maison médicale en fonction de la maturité (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

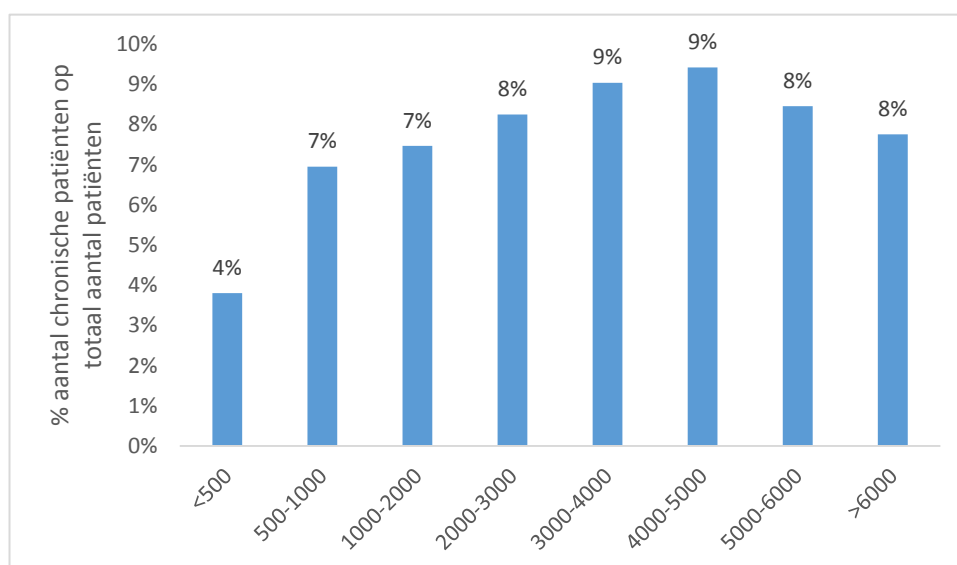
### Taille de la patientèle

La Figure 44 présente le pourcentage moyen de malades chroniques sur le nombre total de patients en fonction de la taille de la patientèle chez les répondantes. On peut en déduire qu'il y a en moyenne **plus de malades chroniques** chez les répondantes dont la **patientèle est de 3000 à 5000 (9 %)**. Lorsque la patientèle compte plus de

5000 patients, le nombre de patients abonnés souffrant d'une maladie chronique diminue à nouveau<sup>35</sup>.

Le nombre de malades chroniques pour les répondantes dont la patientèle est inférieure à 500 est sensiblement plus petit que les autres catégories. Ici, seuls 4 % du nombre total de patients ont le statut de malades chroniques. Ceci concerne principalement des maisons médicales non matures et est conforme au graphique précédent. De plus, il a déjà été établi dans le présent rapport que l'âge moyen des patients est également plus bas dans les maisons médicales non matures. On montrera plus loin dans cette section qu'il existe une corrélation positive entre l'âge moyen des patients et le nombre de patients souffrant d'une maladie chronique (cf. infra).

Figure 44 - Pourcentage moyen de patients chroniques sur le nombre total de patients en fonction de la taille de la patientèle (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Disciplines

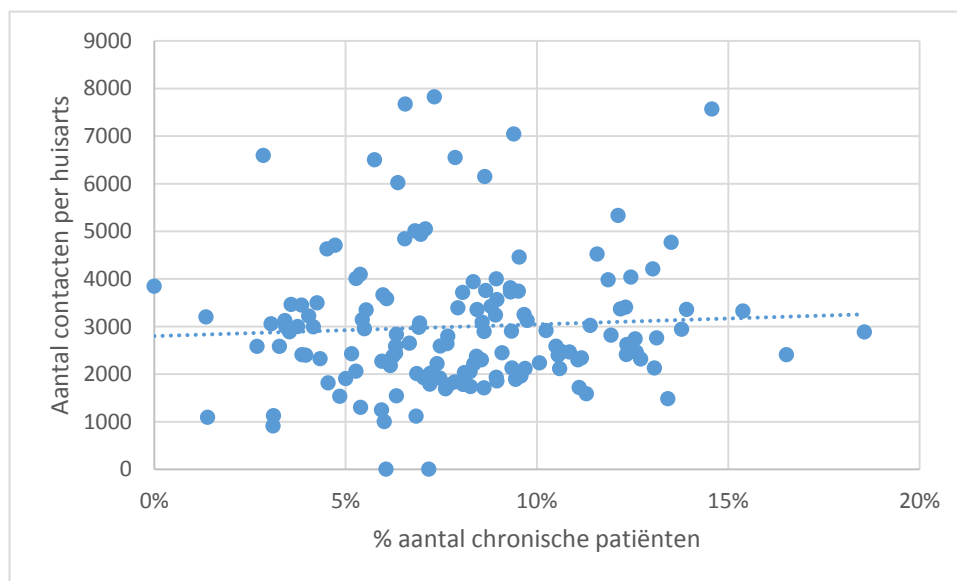
En ce qui concerne l'analyse de la relation éventuelle entre le nombre de malades chroniques et le nombre de dispensateurs de soins dans les disciplines chez les répondantes<sup>36</sup>, il semble qu'il n'y ait guère de corrélation entre le nombre de malades chroniques et les médecins généralistes ETP ainsi que les kinésithérapeutes ETP (respectivement 0,0434 et 0,0793). Il semble par contre exister une corrélation positive significative entre le **nombre de malades chroniques et le nombre de praticiens de l'art infirmier ETP** (0,26).

<sup>35</sup> La différence entre la part des malades chroniques dans les maisons médicales dont la patientèle est supérieure à 5000 patients et celles dont la patientèle est inférieure à 5000 ne peut pas être démontrée par l'utilisation d'un test U de Mann-Whitney (avec une fiabilité exigée de 95 %).

<sup>36</sup> Seules les maisons médicales qui emploient les dispensateurs de soins concernés ont été reprises dans les analyses.

La Figure 45<sup>37</sup> montre la corrélation entre le **nombre de malades chroniques et le nombre de contacts par médecin généraliste ETP** chez les répondantes. Elle montre qu'il n'existe aucune corrélation entre les deux variables (0,0575). On remarquera toutefois que **l'on ignore le type de patients pour lesquels les contacts sont effectués** (rapport nombre de contacts pour malades chroniques par rapport à un autre type de patients). Il est par conséquent impossible, sur cette base, de se prononcer en ce qui concerne le nombre de **malades chroniques par rapport au nombre de contacts chez le médecin généraliste**.

Figure 45 - Corrélation entre le pourcentage de patients chroniques et le nombre de contacts par médecin généraliste (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

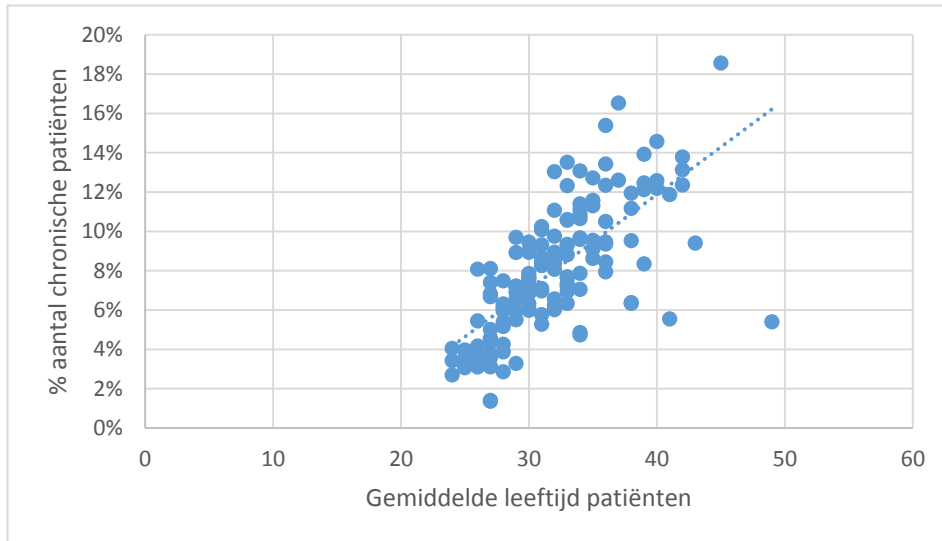
La même analyse a été réalisée pour les **kinésithérapeutes** et a indiqué une corrélation légèrement positive (0,37). Une fois encore, cette corrélation doit être interprétée avec une certaine prudence, car on ne connaît pas le type de patients pour lequel les contacts ont été effectués. Quelques maisons médicales ont toutefois indiqué lors des interviews que la **discipline kinésithérapie serait importante pour les patients souffrant d'une maladie chronique**. L'analyse relative à la corrélation entre le nombre de patients souffrant d'une maladie chronique et le nombre de contacts par **praticien de l'art infirmier ETP** a également montré une corrélation significative (0,24).

### **Relation avec l'âge moyen des patients**

Alors que, dans les sections précédentes, le nombre de malades chroniques a été analysé en fonction de la localisation, de la maturité, de la fédération et du nombre de dispensateurs de soins, la figure 46 présente le pourcentage de patients chroniques en fonction de l'âge moyen des patients. Elle montre qu'il existe une corrélation positive (0,6993) entre les deux variables.

<sup>37</sup> Dans la figure 45, trois maisons médicales ont été exclues. Une maison médicale n'a indiqué aucun contact, de sorte qu'il a été impossible de calculer le nombre de contacts par médecin généraliste. Deux maisons médicales ont indiqué un nombre extrêmement élevé de contacts dans l'enquête et n'ont donc pas été reprises.

Figure 46 - Corrélation entre le pourcentage de patients chroniques et l'âge moyen des patients (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### **Conclusion :**

Chez les répondantes, un total de 30 391 patients ayant le statut de **malades chroniques** sont abonnés, ce qui représente **8 %** de l'ensemble des patients abonnés. C'est en **Wallonie** que le nombre de malades chroniques par rapport à la patientèle totale est **le plus élevé**.

Il ressort en outre de l'analyse effectuée dans le cadre de cette étude que **le nombre moyen de patients chroniques dans la patientèle totale croît parallèlement à l'augmentation de la maturité d'une maison médicale**.

En fonction de la taille de la patientèle, on peut constater qu'il y a en moyenne plus de malades chroniques chez les répondantes dont la patientèle est de 3000 à 5000 (9 %). Lorsque la patientèle compte plus de 5000 patients, le nombre de patients abonnés souffrant d'une maladie chronique diminue à nouveau, par rapport à l'ensemble de la patientèle dans cette catégorie. Le nombre de malades chroniques pour les répondantes dont la patientèle est inférieure à 500 est sensiblement plus petit que les autres catégories.

Il apparaît également, sur la base des résultats de l'enquête, que les répondantes ayant **plus de malades chroniques ne demandent en moyenne pas plus d'ETP et de contacts chez le médecin traitant** que les répondantes comptant moins de malades chroniques. On a toutefois observé une corrélation légèrement positive dans le **nombre de contacts chez les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier**. Il est cependant important de remarquer, dans ce cadre, que l'on ignore le type de patients pour lesquels les contacts sont effectués, de sorte qu'il est impossible de se prononcer en ce qui concerne le nombre de contacts en fonction du nombre de patients souffrant d'une maladie chronique.



### 2.2.3.4 Interventions majorées

Cette section recense le nombre d'interventions majorées<sup>38</sup> chez les répondantes. Les bénéficiaires de l'intervention majorée ont un statut social inférieur et appartiendraient à une population plus défavorisée, ce qui peut aller de pair avec une augmentation du besoin de soins au sein de cette population. Sur la base des statistiques fournies par l'AIM, 157 836 bénéficiaires de l'intervention majorée sont abonnés chez les répondantes, ce qui représente **42 % de la patientèle totale** de ces maisons médicales. Le nombre total de bénéficiaires de l'intervention majorée en Belgique s'élève en revanche à 19 % du nombre total de bénéficiaires belges.

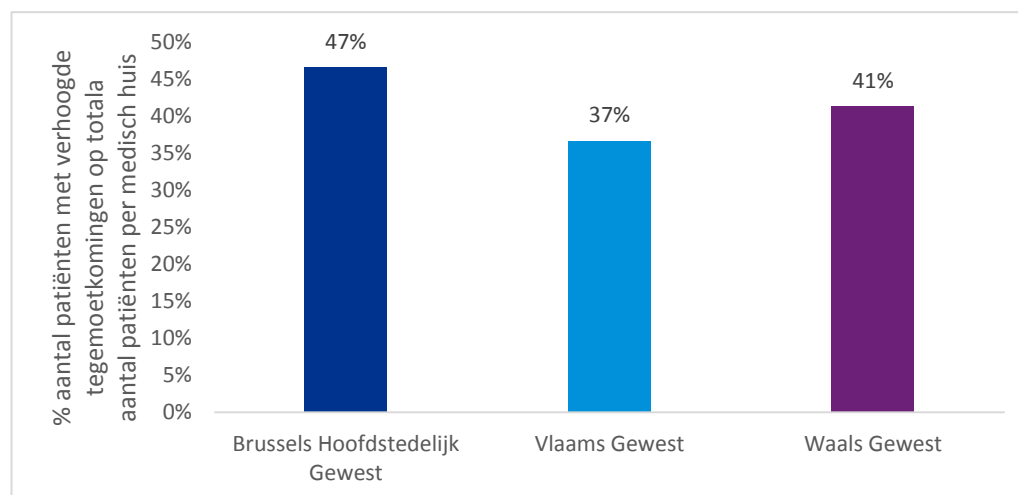
On peut toutefois observer entre les répondantes de grandes différences en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée. 9 maisons médicales s'écartent de plus de 25 %<sup>39</sup> de cette moyenne générale :

- Différence négative : 6 répondantes ont moins de 17 % d'interventions majorées
- Différence positive : 3 répondantes ont plus de 67% d'interventions majorées.

#### Localisation

La figure 47 présente le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée par rapport au nombre total de patients présentés en fonction de la localisation des répondantes.

Figure 47 - Pourcentage moyen de bénéficiaires de l'intervention majorée sur le nombre total de patients par maison médicale par région (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

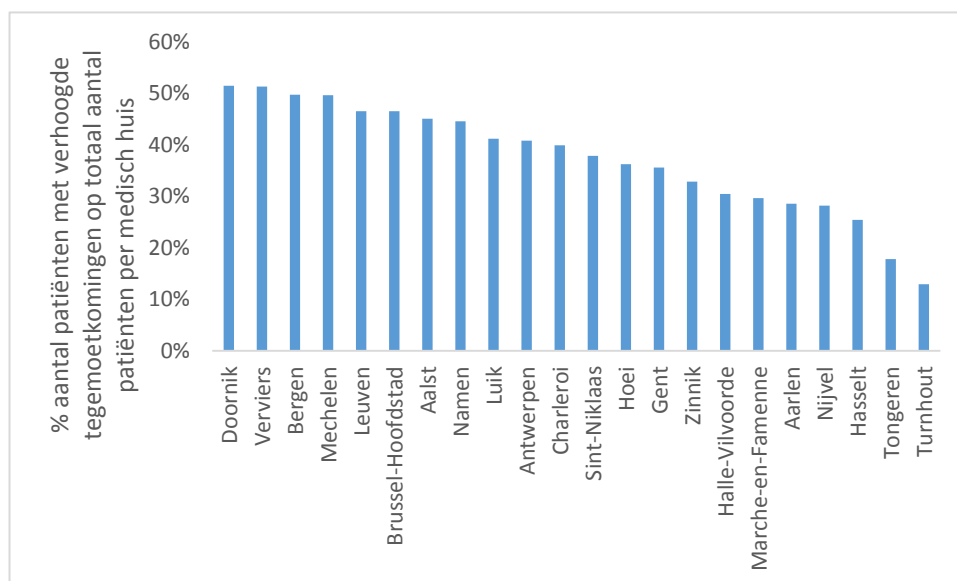
<sup>38</sup> Les personnes ayant un faible revenu peuvent prétendre à une intervention majorée. Grâce à l'intervention majorée, les consultations, les médicaments et l'hospitalisation, notamment, sont moins chers. Les patients qui perçoivent des allocations sociales ont automatiquement droit à cette intervention majorée. Si ce n'est pas le cas, une demande d'obtention d'une intervention majorée peut être introduite auprès de la mutualité. L'intervention majorée est accordée sur la base des conditions de revenus (après une enquête effectuée par la mutualité), sur la base d'un avantage social dont jouit l'assuré (par ex. le revenu vital) ou sur la base d'une situation sociale dans laquelle il se trouve (par ex. un enfant porteur d'un handicap grave).

<sup>39</sup> Prévoir une marge d'écart plus grande pour un total de 157 836 patients par opposition à la marge d'erreur pour l'âge moyen

Elle montre que **près de la moitié (47 %) des patients à Bruxelles bénéficie d'une intervention majorée**. Sur les 3 répondantes présentant le nombre le plus élevé d'interventions majorées (plus de 67 %, cf. supra), il y a 2 maisons médicales installées à Bruxelles. La 3<sup>ème</sup> maison médicale se trouve en Wallonie. Les résultats de l'enquête montrent qu'il y a significativement moins de bénéficiaires de l'intervention majorée en Flandre qu'à Bruxelles (20 % de moins).

Cependant, les 3 arrondissements ayant le nombre le plus élevé de bénéficiaires de l'intervention majorée appartiennent à la Région wallonne, parmi lesquels Tournai, qui compte 51 % de bénéficiaires de l'intervention majorée. Les 3 arrondissements ayant le nombre le plus faible de bénéficiaires de l'intervention majorée appartiennent à la Région flamande, parmi lesquels Turnhout, qui compte 13 % de bénéficiaires de l'intervention majorée. L'arrondissement de Turnhout compte seulement 1 répondante, qui fait partie des 6 répondantes ayant le plus petit nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (cf. supra).

Figure 48 - Pourcentage moyen de bénéficiaires de l'intervention majorée sur le nombre total de patients par arrondissement (2016)

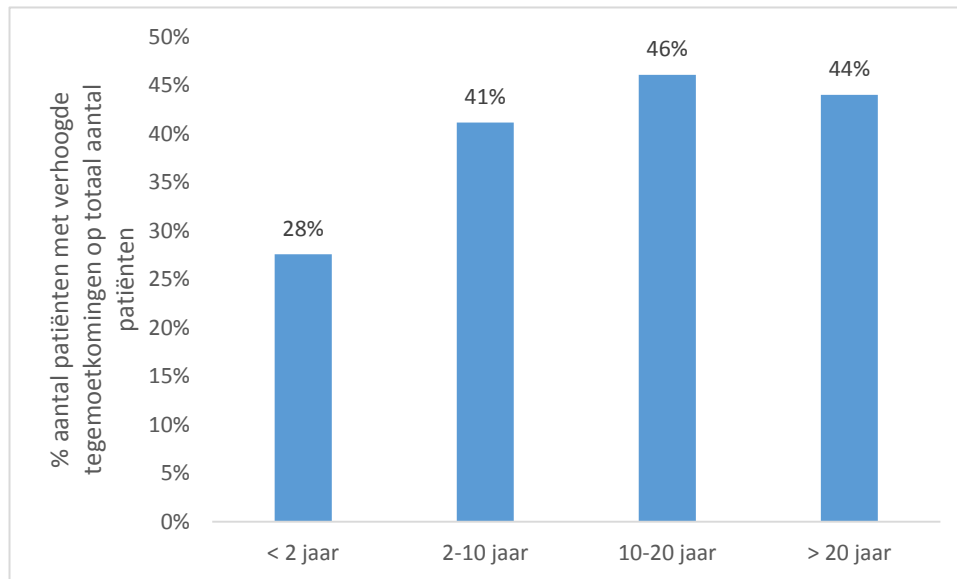


Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

Le graphique ci-dessous présente le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée en fonction de la maturité. Dans le droit fil du constat concernant les malades chroniques, le nombre de **bénéficiaires de l'intervention majorée s'avère augmenter parallèlement à l'augmentation de la maturité des répondantes**. On peut toutefois observer une légère diminution pour les répondantes qui sont actives depuis plus de 20 ans dans le système forfaitaire.

Figure 49 - Pourcentage moyen de bénéficiaires de l'intervention majorée sur le nombre total de patients en fonction de la maturité (2016)

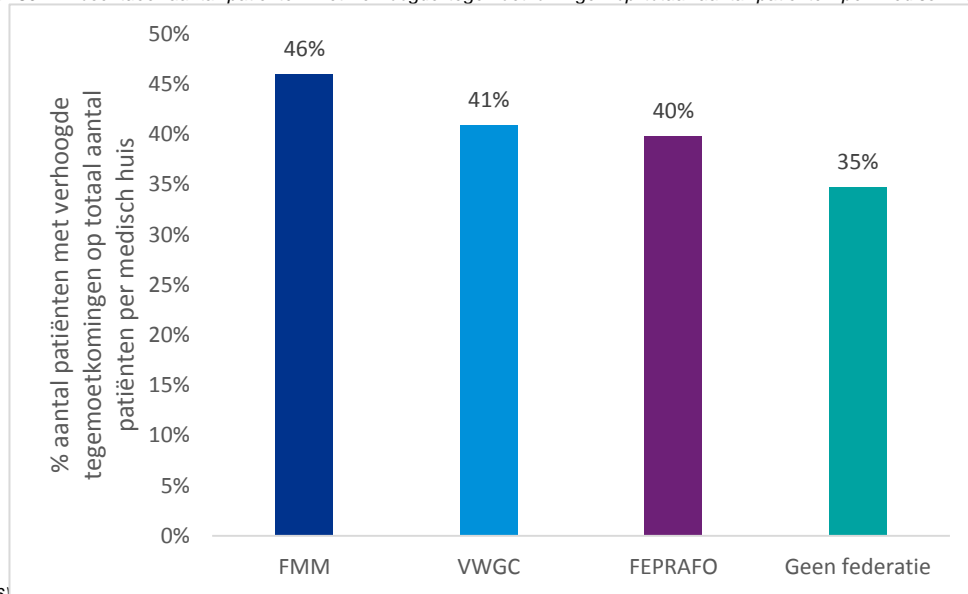


Source : Enquête KPMG et données AIM

### Fédération

Dans le graphique ci-dessous, le nombre moyen de bénéficiaires de l'intervention majorée est présenté en fonction du nombre total de patients, ventilé par fédération. Il en ressort que les membres de la **FMM comptent en moyenne plus de bénéficiaires de l'intervention majorée** dans leur patientèle que les autres fédérations. Ceci est conforme aux résultats obtenus au niveau de la localisation, étant donné que c'est à Bruxelles, où sont installés principalement des membres de la FMM, que la part de bénéficiaires de l'intervention majorée est la plus élevée. La FMM compte également plus de membres matures, et le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée augmente parallèlement à l'augmentation de la maturité des répondantes. C'est avec les répondantes qui ne sont pas affiliées à une fédération que la différence est la plus importante. Ces répondantes comptent en effet en moyenne 11 % de bénéficiaires de l'intervention majorée en moins que la FMM.

Figuur 50 - Procentueel aantal patiënten met verhoogde tegemoetkomingen op totaal aantal patiënten per medisch huis per federatie



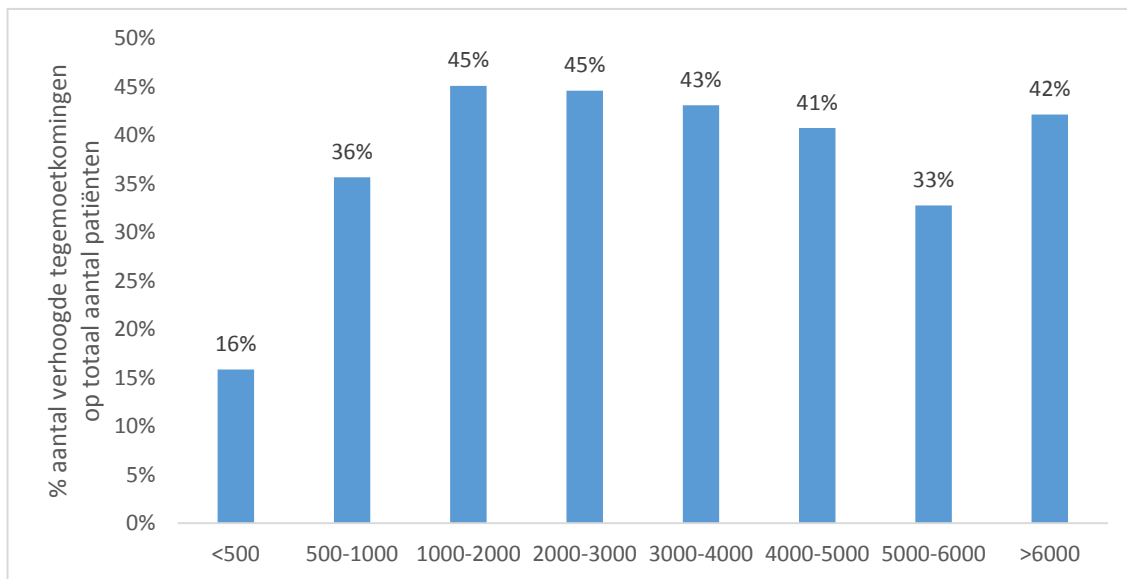
(2016)

Source : Enquête KPMG et données AIM

### Taille de la patientèle

La figure 51 présente le pourcentage moyen de bénéficiaires de l'intervention majorée sur le nombre total de patients en fonction de la taille de la patientèle chez les répondantes. Cette analyse suit la même tendance que celle qui a été observée pour le nombre de patients souffrant d'une maladie chronique, à savoir que le **nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée est moins représenté dans les maisons médicales dont la patientèle est inférieure à 500** (maisons médicales non matures), ainsi que dans les maisons médicales dont la patientèle est très importante. Ce sont les répondantes ayant une patientèle située entre 1000 et 3000 patients qui comptent le nombre le plus élevé de bénéficiaires de l'intervention majorée (45 %) par rapport au nombre de patients total des répondantes dans cette catégorie. Il ressort également des analyses précédentes que la **plupart des répondantes ayant une patientèle de cette taille sont installées à Bruxelles.**

Figure 51 - Pourcentage moyen d'interventions majorées sur le nombre total de patients par maison médicale en fonction de la patientèle (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Disciplines

Cette section vérifie s'il existe une relation entre le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée et le nombre de dispensateurs de soins dans les différentes disciplines chez les répondantes.

En ce qui concerne les médecins généralistes, on ne peut établir sur la base des résultats de l'enquête aucune corrélation (0,0102) entre le nombre de médecins généralistes ETP par patient et la part des bénéficiaires de l'intervention majorée dans la patientèle. Il ressort des interviews qu'une **population défavorisée a généralement un plus grand besoin de soins, mais ceci ne se traduit pas, sur la base des résultats de l'enquête, par un nombre plus élevé de médecins généralistes chez les répondantes.**

Pour les kinésithérapeutes, il n'est pas possible non plus d'établir une corrélation significative (0,1497). On peut toutefois observer, sur la base des résultats de l'enquête, une corrélation négative limitée (-0,3372) entre le nombre d'infirmiers ETP par patient et le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée.

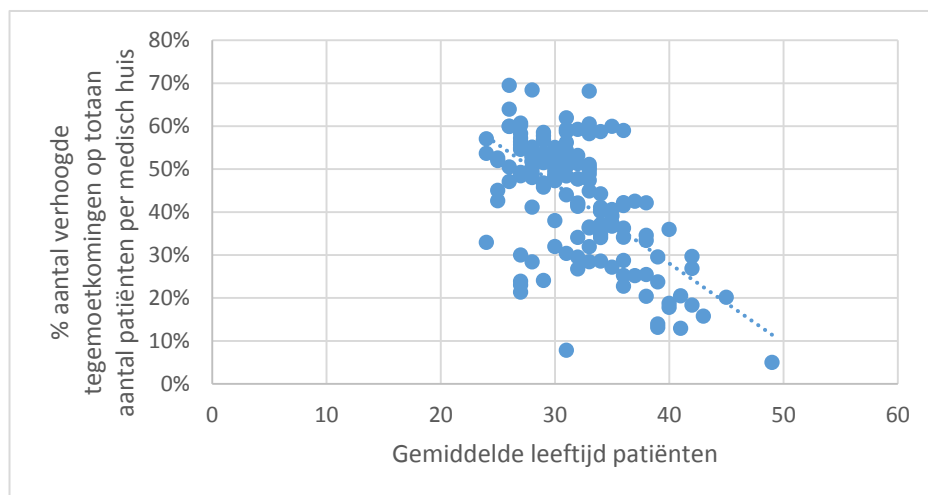
Le nombre de contacts par médecin généraliste, infirmier et kinésithérapeute ETP a également été analysé, mais ne présente une fois encore aucune corrélation avec le nombre d'interventions majorées.

### Âge moyen des patients

La figure 52 présente le pourcentage d'interventions majorées sur le nombre total de patients par maison médicale par rapport à l'âge moyen des patients de chaque maison médicale. On peut observer une corrélation négative (-0,6256) entre les deux variables.

En d'autres mots, **plus l'âge moyen des patients est élevé, moins il y a de bénéficiaires de l'intervention majorée inscrits dans cette maison médicale.**

Figure 52 - Corrélation du pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée sur le nombre total de patients par maison médicale et de l'âge moyen des patients



Source : Enquête KPMG et données AIM

### **Conclusion :**

Le tableau ci-dessous présente une synthèse de l'âge moyen, des malades chroniques et des bénéficiaires de l'intervention majorée, ventilée par région, fédération et maturité. Pour chaque catégorie, la valeur la plus élevée est indiquée en vert. Il peut être déduit de cette synthèse que les membres de la **FMM comptent le plus grand nombre de malades chroniques et de bénéficiaires de l'intervention majorée**. Ces membres sont presque exclusivement installés à **Bruxelles et en Wallonie** et sont généralement **matures**. Ce sont également les régions comptant le plus grand nombre de malades chroniques et d'interventions majorées.

Tableau 19 - Synthèse de l'âge moyen des patients, malades chroniques et bénéficiaires de l'intervention majorée

		âge moyen	malades chroniques	IM
<b>Région</b>	Bruxelles	30	7%	47%
	Flandre	31	7%	37%
	Wallonie	34	10%	41%
<b>Fédération</b>	FMM	32	9%	46%
	VWGC	30	7%	41%
	Feprafo	32	7%	40%
	/	32	7%	35%
<b>Maturité</b>	<2 ans	33	6%	28%
	2-10 ans	31	7%	41%
	10-20 ans	32	9%	46%
	>20 ans	33	10%	44%

Source : Enquête KPMG et données AIM

### 2.2.3.5 Familles monoparentales

Cette section recense le nombre de familles monoparentales dans la patientèle des répondantes. Sur la base des statistiques fournies par l'AIM, 102 975 familles monoparentales sont inscrites dans les répondantes.

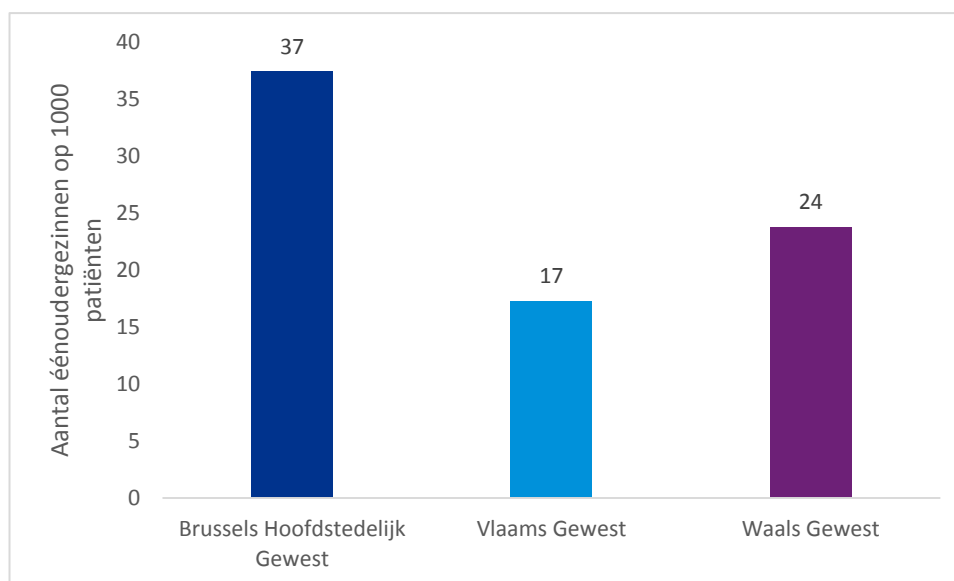
Sur l'ensemble des maisons médicales, il y a en moyenne 70 familles monoparentales inscrites par maison médicale, soit **en moyenne 7 % du nombre total de familles inscrites** dans les répondantes. En Belgique, le nombre de familles monoparentales (2016) s'élève à 10 %<sup>40</sup> de l'ensemble des ménages belges.

Dans les analyses qui suivent, le nombre de familles monoparentales sera toujours exprimé par 1000 patients de manière à permettre la comparaison entre les maisons médicales de tailles différentes.

#### Localisation

Le graphique suivant recense par région le nombre de familles monoparentales par 1000 patients. On peut en conclure que le **nombre de familles monoparentales par 1000 patients est plus élevé dans la Région de Bruxelles-Capitale** que dans les autres régions. C'est dans la Région flamande que le nombre de familles monoparentales est le plus faible.

Figure 53 - Nombre de familles monoparentales par 1000 patients par région (2016)

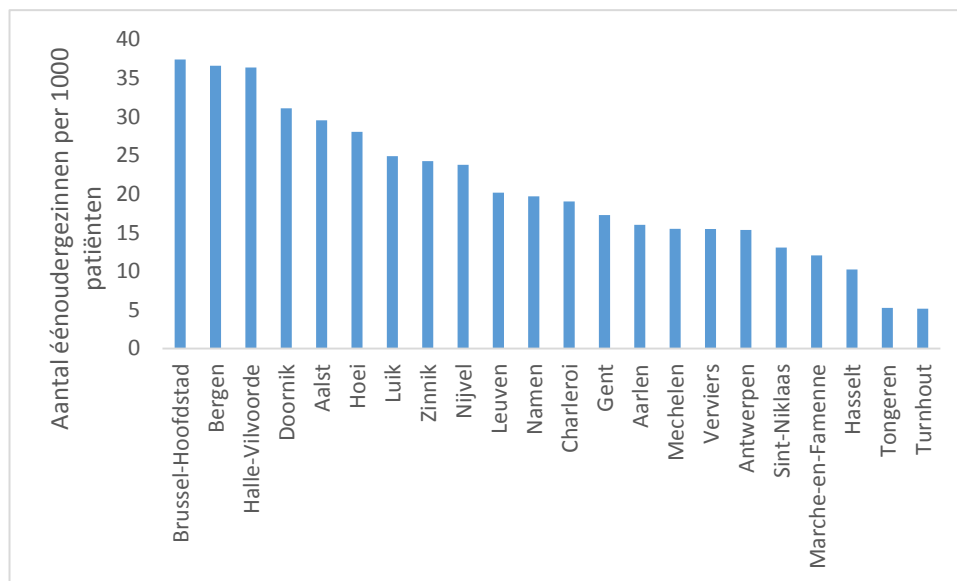


Source : Enquête KPMG et données AIM

La figure 54 présente le nombre de familles monoparentales par 1000 patients par arrondissement. Alors qu'il y a à Bruxelles en moyenne 37 familles monoparentales par 1000 patients appartenant à la patientèle de cet arrondissement, Tongres et Turnhout ne comptent que 5 familles monoparentales par 1000 patients.

<sup>40</sup> Source : statbel – SPF Économie  
([http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/menages\\_prives\\_au\\_1er\\_janvier\\_2017-2061.jsp](http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/menages_prives_au_1er_janvier_2017-2061.jsp))

Figure 54 - Nombre de familles monoparentales par 1000 patients par région (2016)

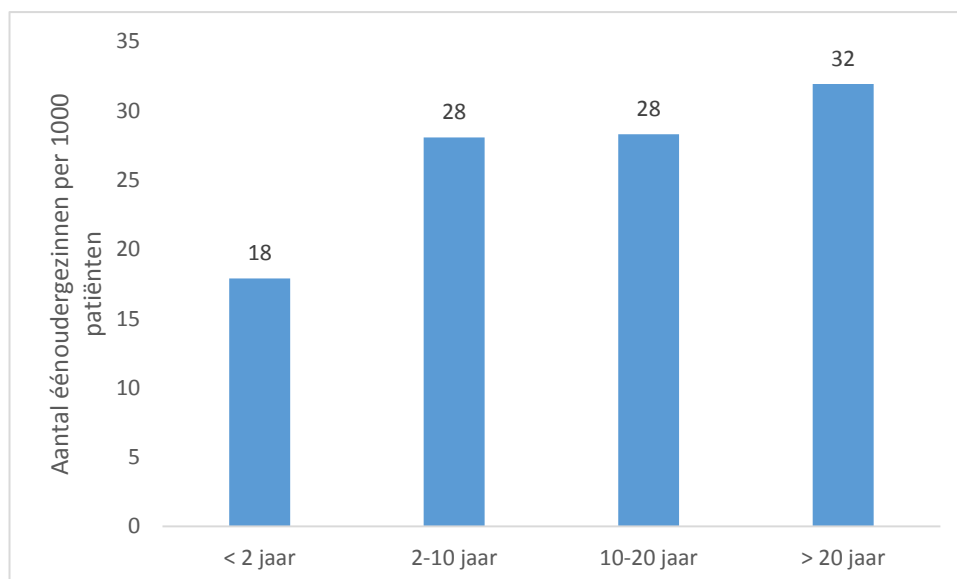


Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

Le graphique suivant présente le nombre de familles monoparentales par 1000 patients en fonction de la maturité des répondantes. Dans le droit fil des observations faites pour le nombre de malades chroniques et des bénéficiaires de l'intervention majorée, **le nombre de familles monoparentales augmente également parallèlement à l'augmentation de la maturité d'une maison médicale**. Une fois encore, on peut observer une grande différence chez les maisons médicales non matures.

Figure 55 - Nombre de familles monoparentales par 1000 patients par maison médicale en fonction de la maturité (2016)



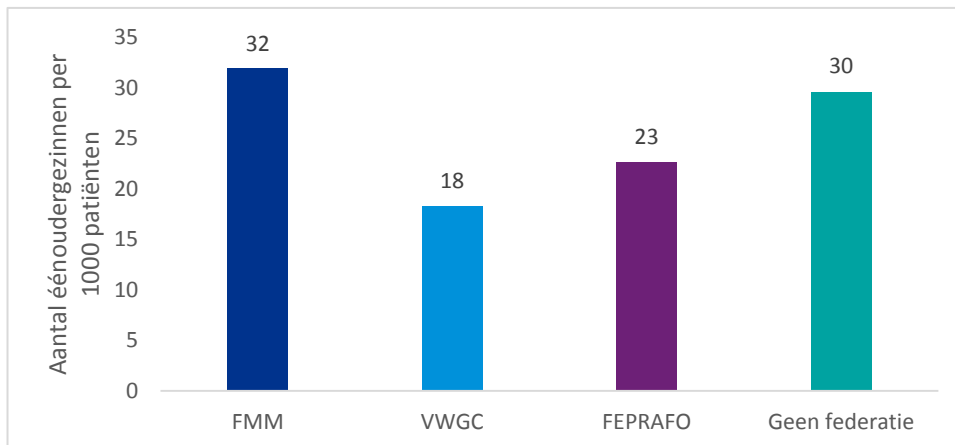
Source : Enquête KPMG et données AIM



### Fédération

La figure 56 présente le nombre de familles monoparentales par 1000 patients en fonction de l'affiliation à une fédération. Il en ressort une fois encore que ce sont les membres de la **FMM qui comptent le plus grand nombre de familles monoparentales** par 1000 patients. Comme il a déjà été mentionné, c'est la FMM qui compte le plus grand nombre de maisons médicales matures, ce qui est conforme avec l'analyse précédente.

Figure 56 - Nombre de familles monoparentales par 1000 patients par fédération (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Disciplines

Étant donné qu'il a été signalé lors des interviews que ce sont surtout l'âge moyen, les maladies chroniques et les bénéficiaires de l'intervention majorée (population plus défavorisée) qui ont un impact sur la charge de travail des dispensateurs de soins au sein des maisons médicales, la corrélation entre le nombre de dispensateurs de soins ETP et le nombre de familles monoparentales n'a pas été étudiée davantage dans le cadre de la présente étude.

#### Conclusion :

Le **nombre de familles monoparentales** par 1000 patients est **plus élevé** chez les répondantes établies dans la **Région de Bruxelles-Capitale** que dans les autres régions. C'est dans la Région flamande que le nombre de familles monoparentales est le plus faible. Conformément aux observations faites pour le nombre de malades chroniques et des bénéficiaires de l'intervention majorée, **le nombre de familles monoparentales augmente également parallèlement à l'augmentation de la maturité d'une maison médicale.**

Ce sont les membres de la **FMM qui comptent le plus grand nombre de familles monoparentales** par 1000 patients, ce qui est conforme à l'observation relative à la maturité, étant donné que c'est la FMM qui compte le plus grand nombre de maisons médicales matures.

### 2.2.3.6 Code titulaire

Le code titulaire indique le statut social des assurés. Dans le cadre de la présente étude est recensé le nombre de patients dans les codes tels qu'ils figurent au tableau 20. Celui-ci présente le nombre de patients au sein des répondantes, par code, et le pourcentage de ces patients dans la patientèle totale des répondantes.

Tableau 20 – Aperçu des codes titulaires – pas de régime préférentiel (2016)

	Nombre de codes titulaires	% du nombre total de patients des répondantes
<b>100 – Régime général</b>	1 820	0,5%
<b>110 – Actifs</b>	138 281	37%
<b>120 – Invalides</b>	8 621	2%
<b>130 – Pensionnés</b>	16 874	4,5%
<b>140 – Veuves et veufs</b>	2 182	0,5%

Source : Données AIM et données INAMI

## 2.3 Organisation de la prestation

Cette section présente l'organisation de la prestation de services chez les répondantes, et plus précisément :

- le type de forme de la société
- la politique d'orientation
- l'organisation du travail en ce qui concerne les entrées et les sorties
- la participation au service de garde.

### 2.3.1 Forme de société

Le tableau ci-dessous présente un aperçu du nombre de répondantes en fonction de la forme de société indiquée dans l'enquête. Il en ressort que **89,75 %** des répondantes ont une **structure A.S.B.L.** et **7,5 %** d'entre elles ont pris la forme d'une **SPRL**.

Tableau 21 - Nombre de répondantes par forme de société

	Nombre de répondantes		Nombre de patients en 2016	
	Absolu	%	Absolu	%
<b>A.S.B.L.</b>	143	89,75%	343 377	92%
<b>SPRL</b> <sup>41</sup>	14	8,5%	25 900	7%
<b>Association de fait</b>	2	1,25%	2 957	0,75%
<b>Service dépendant du CPAS</b>	1	0,5%	1 506	0,25 %
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>	<b>373 740</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

Les maisons médicales qui ont une structure **A.S.B.L.** ont indiqué lors des interviews que les **raisons** principales du choix de cette forme juridique était que cette structure n'implique **pas de buts lucratifs**, qu'elle est plus **transparente** (conseil d'administration indépendant), et aussi qu'il existe certaines **possibilités de financement** supplémentaires pour les maisons médicales ayant une structure A.S.B.L. (par exemple l'obtention de subventions pour les bâtiments, le personnel, etc.).

Il a été signalé lors des interviews que les maisons médicales ayant une **structure SPRL** sont souvent créées au départ d'un cabinet (de groupe) existant **ayant déjà la forme d'une SPRL**. Ces maisons médicales ont souhaité conserver leur forme de société connue lors du passage au système forfaitaire.

On examinera dans ce qui suit s'il existe des différences de type de forme de société en fonction de la localisation, de la maturité et/ou de l'affiliation à une fédération.

<sup>41</sup> 2 des 14 répondantes ont une SCRL et SPRL unipersonnelle (pas de nombre de patients disponible pour la SCRL (démarrée en 2017) et 217 patients dans la SPRL unipersonnelle). En raison du nombre limité, ces 2 répondantes ont été reprises dans la catégorie SPRL.

## Localisation

Dans le tableau ci-dessous, les répondantes sont subdivisées par type de forme de société en fonction de la localisation par région. Il en ressort qu'aucune différence significative ne peut être observée en ce qui concerne le type de forme de société des répondantes.

Tableau 22 - Nombre de répondantes en fonction de la localisation

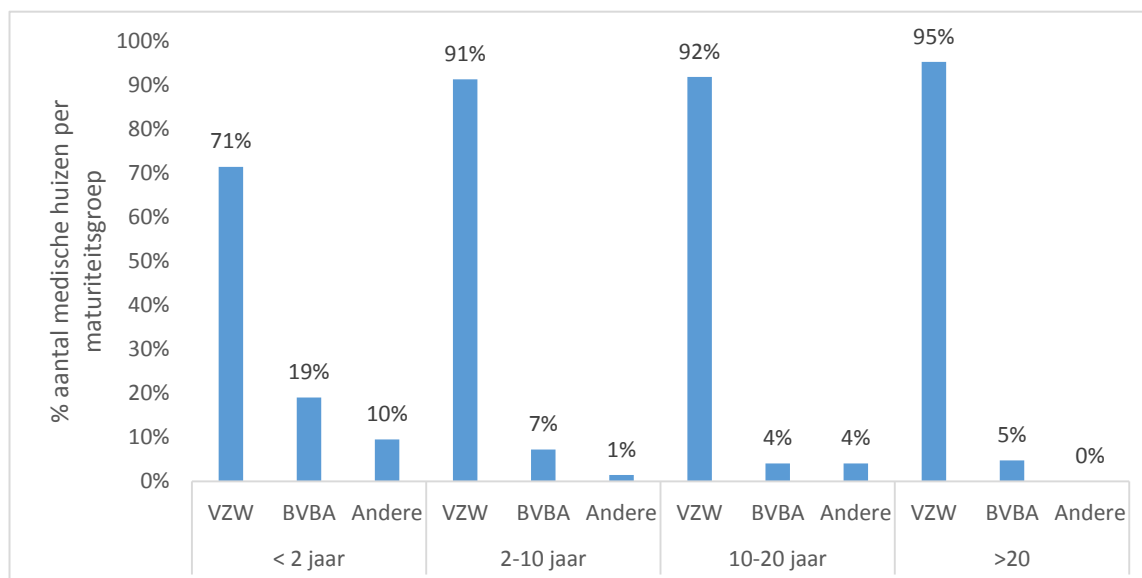
Région	A.S.B.L.		SPRL		Autre	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Région de Bruxelles-Capitale	58	88%	6	9%	2	3%
Région flamande	33	92%	1	3%	2	6%
Région wallonne	52	90%	5	9%	1	2%

Source : Enquête KPMG

## Maturité

Le graphique ci-dessous présente le nombre de répondantes selon le type de forme de société en fonction de la maturité. Il montre que **l'on peut observer une tendance à la baisse de la création de maisons médicales à structure A.S.B.L. au fil des ans**. Au cours des 2 dernières années essentiellement, des SPRL ont manifestement été fondées en plus grand nombre que durant les années précédentes, ainsi que d'autres formes de sociétés. Cette observation a également été confirmée au cours des interviews avec les parties prenantes. On y constate que **davantage de nouvelles formes de collaboration** sont apparues ces dernières années.

Figure 57 - Maisons médicales par forme de société selon la maturité

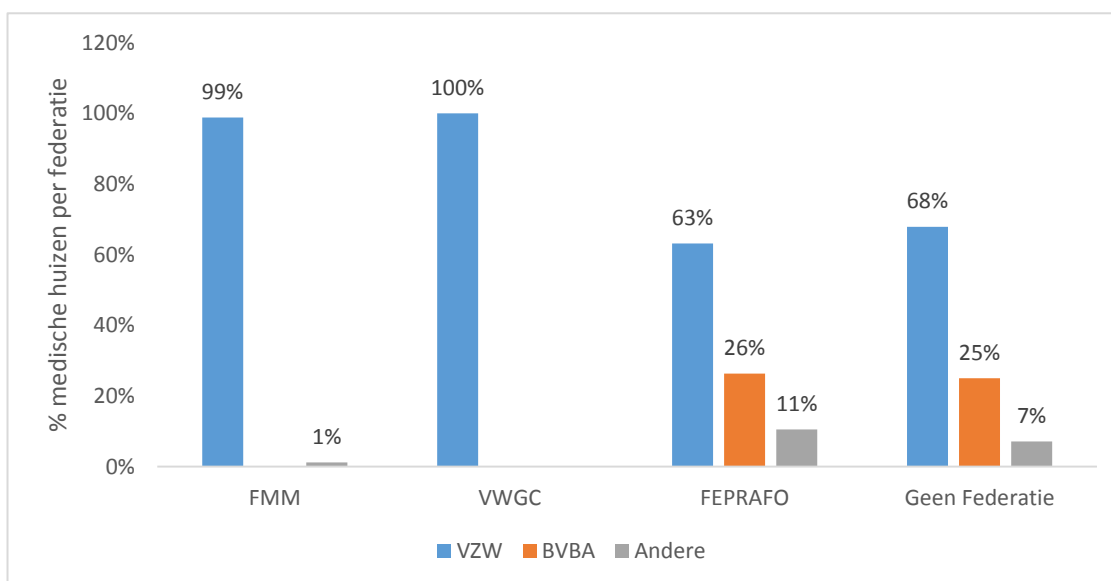


Source : Enquête KPMG

## Fédération

Le graphique ci-dessous présente le nombre de maisons médicales par forme de société et par fédération. Il en ressort que tous les **membres du VWGC et pratiquement tous les membres de la FMM (99 %<sup>42</sup>)** ont une structure A.S.B.L. Il a été signalé au cours des interviews qu'il s'agit d'une exigence pour l'affiliation à la fédération. Chez les membres de Feprafo et les répondantes qui ne sont pas affiliées à une fédération, on peut observer une plus grande diversité dans la structure de l'organisation. Ceci est lié au fait que Feprafo défend la liberté de la personnalité morale et ne présuppose par conséquent aucune exigence en matière de forme de société.

Figure 58 - Nombre de maisons médicales par forme de société par fédération



Source : Enquête KPMG

### 2.3.1.1 Satellite d'autres maisons médicales

10,6 % de l'ensemble des répondantes (17 maisons médicales) sont issues d'une autre maison médicale, soit avec une nouvelle structure, soit sous forme d'antenne<sup>43</sup>. Le tableau 23 présente un aperçu des maisons médicales satellites, par forme de société, région, maturité et fédération.

<sup>42</sup> Une maison médicale a indiqué dans l'enquête qu'elle dépendait du CPAS

<sup>43</sup> Gestion par une même direction, mais plusieurs maisons médicales (à un autre endroit)

Tableau 23 - Maisons médicales satellites

Forme de société	Région	Maturité	Fédération	Nombre de répondantes	Nombre de patients
<b>A.S.B.L.</b>	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	FMM	2	4 130
			/	1	5 975
		>20 ans	FMM	2	3 595
			Feprafo	1	8 989
			FMM	1	2 439
	Région flamande	2-10 ans	VWGC	1	1 858
			Feprafo	1	2 734
	Région wallonne	2-10 ans	Feprafo	1	2 839
			FMM	3	6 276
			FMM	2	6 644
<b>SPRL</b>	Région wallonne	10-20 ans	Feprafo	1	6 547
				<b>16<sup>44</sup></b>	<b>59 077</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

Des 17 maisons médicales satellites, 13 sont des A.S.B.L. 1 maison médicale a été créée comme SPRL. La principale raison avancée pour cette scission (tant dans les interviews des maisons médicales satellites que dans l'enquête) est la **saturation du cabinet d'origine qui risquerait d'entraver l'accessibilité des soins de première ligne** (nombre maximum de patients atteint et nombreux patients ne pouvant plus accéder à la maison médicale concernée).

### **Conclusion :**

La **forme de société la plus fréquente** dans le système forfaitaire semble être l'**A.S.B.L.**. Toutefois, au cours des 2 dernières années essentiellement, des **SPRL** ont manifestement été fondées **en plus grand nombre** que durant les années précédentes, ainsi que d'autres formes de sociétés.

Cette observation a également été confirmée au cours des interviews avec les parties prenantes. Alors qu'une **structure A.S.B.L. était exigée par les fédérations existantes** pour les maisons médicales, Feprafo pose comme principe la liberté de la personnalité morale. Il a en outre été déjà établi qu'une grande partie des maisons médicales non matures ne sont pas affiliées à une fédération et disposent également de la liberté de la personnalité morale.

<sup>44</sup> 1 maison médicale a deux satellites mais on ne dispose d'aucun détail permettant d'identifier ces maisons médicales (pas de détails des maisons médicales satellites), de sorte que 16 maisons médicales seulement sont reprises dans le tableau ci-dessus

### 2.3.2 Orientations/politique d'orientation

Cette section présente la politique d'orientation des répondantes par soins de première, deuxième et troisième ligne. Sur la base de l'enquête et des interviews, cette information s'avère toutefois **peu ou pas enregistrée** dans les systèmes utilisés, de sorte que l'on ne peut obtenir qu'une connaissance limitée du nombre d'orientations. De ce fait, le nombre de répondantes reprises dans les analyses ci-dessous est considérablement plus faible que dans les autres sections de ce rapport, de sorte qu'il est impossible de tirer des conclusions représentatives concernant le nombre d'orientations. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble du nombre de répondantes par orientation :

Tableau 24 - Nombre de répondantes par type d'orientation

Type d'orientation	Nombre de répondantes
Première ligne : vers des dispensateurs de soins rémunérés à l'acte	23
Première ligne : vers d'autres collègues médicaux et paramédicaux	8
Deuxième ligne : vers des médecins spécialistes et des hôpitaux	13
Deuxième ligne : vers des examens techniques	14
Troisième ligne	5

Source : Enquête KPMG

Il a été indiqué au cours des interviews qu'une lettre d'orientation est toujours rédigée et est reprise dans le dossier médical du patient, mais qu'elle ne pourrait pas toujours être automatiquement extraite des systèmes informatiques. Dans certains systèmes informatiques (par exemple Pricare), un code serait bien prévu pour enregistrer le nombre d'orientations. Il a toutefois été signalé au cours des interviews que ce code n'était pas utilisé.

La plupart des maisons médicales ont déclaré durant les interviews qu'elles étaient prêtes à et trouvaient judicieux d'**enregistrer à l'avenir le nombre d'orientations** (selon le principe « mesurer, c'est connaître ») moyennant **une bonne interprétation de ces données** (par exemple, les patients diabétiques, qui s'avèrent fortement représentés dans les maisons médicales, doivent consulter un spécialiste chaque année). D'autres maisons médicales ont fait remarquer au cours des interviews qu'il y avait déjà beaucoup de choses à enregistrer, ce qui alourdit la charge de travail administratif des dispensateurs de soins. Des obligations d'enregistrement supplémentaires pourraient avoir un impact négatif sur la qualité des soins étant donné que l'on investirait plus de temps dans l'enregistrement des soins que dans les soins proprement dits.

### 2.3.2.1 Orientations dans la première ligne

Dans cette section, les orientations dans les soins de première ligne sont présentés sur la base des résultats de l'enquête. Plus précisément, il s'agit des orientations vers des soins de santé qui sont rémunérés à l'acte (dans et hors des heures de travail) et du nombre d'orientations vers d'autres collègues médicaux et paramédicaux qui travaillent à l'acte.

#### 2.3.2.1.1 Orientations des soins de santé de première ligne qui sont rémunérés à l'acte

Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble du **nombre moyen<sup>45</sup> d'orientations par discipline en 2015 et 2016 pendant les heures de travail de la maison médicale**. Comme il a déjà été mentionné, il faut tenir compte pour l'interprétation de ces données de l'échantillon restreint de répondantes (23 seulement).

Tableau 25 - Orientations vers les soins de santé de première ligne qui sont rémunérés à l'acte durant les heures de travail

Maison médicale	M 2015	M 2016	K 2015	K 2016	I 2015	I 2016
Nombre moyen d'orientations par maison médicale	92	71	307	205	1 286	1 529
Nombre d'orientations par 1000 patients	29	27,5	104	79	1 015	645

Source : Enquête KPMG et données AIM

Sur la base des données de l'enquête, il s'avère qu'en moyenne, c'est vers les **infirmiers** que se font le **plus grand nombre d'orientations** dans les heures de travail (en rouge dans le tableau ci-dessus). Cette différence est importante par rapport au nombre moyen d'orientations vers les autres disciplines. Une explication possible est peut-être que certaines maisons médicales font appel à des infirmiers externes pour les soins infirmiers à domicile. Sur la base des interviews, il apparaît que ceci est surtout le cas pour les soins qui doivent être dispensés en dehors des heures d'ouverture de la maison médicale (cf. infra), mais quelques maisons médicales feraient également appel à du personnel infirmier externe pendant les heures de travail également afin de pouvoir assurer la continuité des soins requise (cf. section optimisation des moyens pour plus d'informations sur les formes de collaboration).

C'est vers les médecins généralistes (autres que ceux présents dans la maison médicale) que, logiquement, les répondantes émettent le moins d'orientations, en moyenne, pendant les heures de travail. Les orientations vers les **kinésithérapeutes** sont plus fréquentes, ce qui s'explique par le grand nombre de spécialisations que compte cette discipline et par le fait qu'elles ne pourraient pas toutes être proposées sur place, selon les maisons médicales interviewées (cf. supra).

<sup>45</sup> Pour les infirmiers, on a observé un pic exceptionnel de 10 000 orientations de plus en 2015 par rapport à 2016. Pour éviter toute distorsion, ce chiffre n'a pas été pris en compte pour le calcul de la moyenne.



Le tableau ci-dessous présente le nombre d'orientations **en dehors des heures de travail** (pas de consultation pendant le service de garde) vers les soins de première ligne pour les 3 disciplines en 2015 et 2016. Le rapport entre maisons matures et non matures est à peu près égal au tableau 25 (pas nécessairement les mêmes répondantes).

Tableau 26 - Orientations (pas de consultations pendant les services de garde) vers les soins de santé de première ligne qui sont rémunérés à l'acte en dehors des heures de travail

	M	M	K	K	I	I
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	125	127	229	246	628	521
<b>Nombre d'orientations par 1000 patients</b>	49,5	51	86	92,5	245	224

Source : Enquête KPMG et données AIM

Bien qu'il ait été signalé à plusieurs reprises durant les interviews qu'il était souvent fait appel à des infirmiers à domicile externes pour assurer les soins qui doivent être dispensés en dehors des heures d'ouverture de la maison médicale (cf. supra), il ressort du tableau ci-dessus que le nombre d'orientations vers des infirmiers en dehors des heures de travail est significativement moindre que le nombre d'orientations pendant les heures de travail, comme il a été observé précédemment. Néanmoins, c'est toujours vers les infirmiers que se font le plus d'orientations.

Le nombre d'orientations vers des kinésithérapeutes en dehors des heures de travail est en adéquation avec le nombre d'orientations pendant les heures de travail. Pour les médecins généralistes, par contre, le nombre d'orientations en dehors des heures de travail (pas de consultations pendant le service de garde) est supérieur au nombre d'orientations pendant les heures de travail.

#### 2.3.2.1.2 Orientations vers d'autres collègues médicaux et paramédicaux qui travaillent à l'acte

Le tableau 27 présente le nombre d'orientations vers d'autres collègues médicaux et paramédicaux qui travaillent à l'acte dans les soins de première ligne. On peut en conclure que les orientations concernent principalement les **logopèdes, diététiciens et psychologues**. Une fois encore, il convient de tenir compte du nombre limité de répondantes dans cette section (8 répondantes, cf. supra). Durant les interviews, et dans les sections précédentes, il a déjà été observé que les maisons médicales comptent un grand nombre de patients diabétiques, ainsi que de patients présentant des problèmes psychiques.

Tableau 27 - Orientations vers d'autres collègues médicaux et paramédicaux qui travaillent à l'acte

	Bandagistes		Logopèdes		Diététiciens	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	14	17	79	54	55	95
	Psychologues		Travailleurs sociaux <sup>46</sup>		Ostéopathe	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	77	104	11	33	24	89
	Pédicure <sup>47</sup>		Cardiologue		Pneumologue	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	25	25	330	380	178	188
	Gastro-entérologue		Podologue		Gynécologue	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	286	269		118		167
	Endocrinologue		Ergothérapeute		Pédiatre	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	346	404	523	640	395	372

Source : Enquête KPMG

### 2.3.2.2 Orientations vers la deuxième ligne

Le nombre d'orientations vers les soins de deuxième ligne recensé dans cette section concerne les orientations par les médecins généralistes des maisons médicales vers des médecins spécialistes et des hôpitaux, ainsi que les orientations vers des examens techniques.

#### 2.3.2.2.1 Orientations vers des médecins spécialistes et des hôpitaux

Il ressort du tableau 28 que, sur la base de 13 répondantes (cf. supra), les orientations se font surtout vers des médecins spécialistes plutôt que vers des hôpitaux.

<sup>46</sup> Il ne s'agit toutefois pas d'une profession de la santé

<sup>47</sup> Il ne s'agit toutefois pas d'une profession de la santé

Tableau 28 - Orientations vers la deuxième ligne

	Médecins spécialistes		Hôpitaux : hospitalisation, hôpital de jour, services d'urgence	
	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	810	913	196	204
<b>Nombre d'orientations par 1000 patients</b>	419,5	511	137	148,5

Source : Enquête KPMG et données AIM

On a également examiné au cours des interviews, surtout auprès des cabinets qui pratiquaient précédemment le système à l'acte, s'il était possible d'observer une **différence de politique d'orientation** entre le **système forfaitaire et le système à l'acte**. La comparaison du nombre d'orientations dans les systèmes forfaitaire et à l'acte ne fait pas partie du champ d'investigation de cette mission, mais il est néanmoins nécessaire d'examiner la politique d'orientation dans le système forfaitaire afin de comprendre la méthode de travail actuelle des maisons médicales.

D'une part, il a été indiqué durant les interviews qu'il y aurait **moins d'orientations** vers les **soins de deuxième ligne** parce que les dispensateurs de soins dans les maisons médicales pratiquant le système forfaitaire seraient moins **pressés par le temps** pour dispenser leurs soins aux patients. La patientèle étant fixe, les dispensateurs de soins auraient suffisamment de temps pour dispenser les soins dont le patient a besoin. La **multidisciplinarité** au sein des maisons médicales contribuerait elle aussi à réduire le nombre d'orientations, étant donné que les dispensateurs de soins pourraient se consulter les uns les autres, par exemple pour les soins infirmiers ou pour des conseils en cas de problèmes complexes.

D'autre part, il a été indiqué au cours des interviews que la politique d'orientation dépend des **compétences des médecins généralistes** eux-mêmes. Quelques médecins surtout, qui travaillaient précédemment dans un cabinet (de groupe), ont indiqué au cours de l'interview, qu'ils n'auraient pas modifié leur politique d'orientation depuis le passage au système forfaitaire. Il a toutefois été fait référence aux avantages susmentionnés en matière de multidisciplinarité et de temps disponible dans le système forfaitaire.

Il a en outre été signalé par quelques maisons médicales que les patients abonnés à une maison médicale **consultent souvent d'abord leur médecin généraliste** avant de consulter eux-mêmes un spécialiste, afin de s'assurer que les soins ne peuvent pas être dispensés au sein de la maison médicale même. Si une orientation s'avérait encore opportune, elle pourrait ainsi être mieux ciblée, selon les interviews.

Il est également important que d'autres dispensateurs de soins extérieurs à la maison médicale sachent quand un patient est abonné à une maison médicale. Il arrive en effet

à plusieurs reprises, comme il a été signalé durant les interviews, que des maisons médicales reçoivent des factures portant sur des services dispensés dans l'hôpital et qui sont également couverts par le forfait (par exemple soins infirmiers). Quelques maisons médicales prendraient déjà des mesures à cet égard, afin de mieux partager cette information avec des dispensateurs de soins externes, par exemple en établissant une sorte de « **carte de membre** » pour les patients abonnés, à charge pour ceux-ci de la présenter s'ils consultent d'autres dispensateurs de soins en dehors de la maison médicale. Une autre manière de faire connaître cette information pourrait également être, selon une maison médicale interviewée, de la rendre identifiable visuellement dans le numéro de la mutualité du patient.

Il est par ailleurs également important d'**informer suffisamment** les hôpitaux et autres médecins et spécialistes de l'éventail des tâches et du rôle des maisons médicales. Lors des interviews, quelques maisons médicales ont indiqué que ceci ne serait pas toujours clair pour les dispensateurs de soins externes et que, par conséquent, il est possible que soient dispensés des soins qui sont compris dans le forfait.

#### 2.3.2.2 Orientations vers des examens techniques

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'orientations par des médecins généralistes vers des examens techniques, sur la base de 14 répondantes. Il en ressort qu'il s'agit principalement d'orientations vers des examens techniques auprès de médecins spécialistes (biologie clinique, imagerie médicale, etc.).

Tableau 29 - Orientations vers des examens techniques

	Médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes		Médecins spécialistes : biologie clinique, imagerie médicale, autres		Hôpitaux.	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
<b>Nombre moyen d'orientations par maison médicale</b>	91	136	1181	1415	137	141
<b>Nombre d'orientations par 1000 patients</b>	78,5	125,5	676,5	816	130	141

Source : Enquête KPMG et données AIM

#### 2.3.2.3 Orientations vers la troisième ligne

Le tableau 30 présente le nombre d'orientations vers la troisième ligne, à savoir les hôpitaux universitaires et les accords de revalidation spécifiques. 5 répondantes seulement ont pu fournir des informations dans ce domaine. Le nombre d'orientations est par conséquent très limité.

Tableau 30 - Orientations vers la troisième ligne

Maison médicale	Hôpitaux universitaires		Accords de revalidation spécifiques	
	2015	2016	2015	2016
Nombre moyen d'orientations par maison médicale	89 <sup>48</sup>	112	420 <sup>49</sup>	165
Nombre d'orientations par 1000 patients	145	129	403	150

Source : Enquête KPMG et données AIM

#### 2.3.2.4 Actes imputés en médecine générale

Cette section recense le nombre d'actes qui sont imputés en médecine générale<sup>50</sup>. Trois répondantes n'ont pas été prises en compte parce qu'elles ont indiqué dans l'enquête des montants en euros au lieu du nombre d'actes demandé.

Le tableau suivant présente le nombre de répondantes par type de consultations imputables par acte en médecine générale, ainsi que le ratio de ces consultations par rapport au nombre total de contacts tel qu'indiqué dans l'enquête.

Tableau 31 - Vue d'ensemble des consultations qui sont imputées par acte en médecine générale (2016)

Actes imputés en médecine générale	Nombre de répondantes	Nombre de consultations	Nombre de consultations par 1000 patients	Pourcentage de consultations par rapport au nombre total de contacts (médecins généralistes)
Consultations dans un centre de planning familial	20 <sup>51</sup>	1 608	130,5	0,60%
Consultations dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie	7	118	17,5	0,10%
Consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités	7	370	70	0,46%
Pour régler la situation particulière de bénéficiaires non inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique	18 <sup>52</sup>	1 759	653,5	0,71 % <sup>53</sup>

<sup>48</sup> Sur la base de 2 répondantes

<sup>49</sup> Sur la base de 1 répondante

<sup>50</sup> Wachtdiensten, uitzonderingen binnen KB 23/04/2013 art. 15

<sup>51</sup> 4 maisons médicales ont indiqué plus de 100 consultations.

<sup>52</sup> 5 maisons médicales ont indiqué plus de 100 consultations.

<sup>53</sup> Une maison médicale n'a pas été prise en compte ici parce que le nombre de contacts indiqué était extrêmement bas

Services de garde organisés ou services de garde à la porte d'un hôpital.	43 <sup>54</sup>	13 824	1 722	4,50%
Consultations à des bénéficiaires non inscrits <sup>55</sup>	79 <sup>56</sup>	43 696	2 668,5	5,02%
Consultations pour patients sans papiers ou à charge du CPAS et tous les patients qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire <sup>57</sup>	94 <sup>58</sup>	68 236	2 031	6,51%

Source : Enquête KPMG et données AIM

<sup>54</sup> 6 maisons médicales ont indiqué plus de 1000 consultations et la dernière plus de 10 000 (17 296). Cette dernière n'a pas été reprise dans le nombre de consultations dans le tableau ci-dessus.

<sup>55</sup> Sur la base des résultats de l'enquête, il semblerait que les réponses de certaines répondantes n'ont pas été renseignées dans la bonne colonne, de sorte qu'il est possible que ce nombre de consultations ne corresponde pas à la réalité

<sup>56</sup> 6 maisons médicales ont indiqué plus de 1000 consultations, et les 3 dernières maisons médicales ont mentionné plus de 10 000 consultations. 1 d'entre elles (>23 000 consultations) n'a pas été reprise dans le nombre de consultations dans le tableau ci-dessus.

<sup>57</sup> Cf. note de bas de page 56

<sup>58</sup> 3 maisons médicales ont indiqué plus de 10 000 consultations. L'une d'entre elles a même indiqué près de 80 000 consultations. Celle-ci n'a pas été reprise dans le nombre de consultations dans le tableau ci-dessus.

### **Conclusion :**

Sur la base de l'enquête et des interviews, l'information relative au nombre de consultations s'avère toutefois **peu ou pas enregistrée** dans les systèmes utilisés, de sorte que l'on ne peut obtenir qu'une connaissance limitée du nombre d'orientations. Il a toutefois été indiqué qu'une **lettre d'orientation** est toujours rédigée et est reprise dans le dossier médical du patient. Afin de connaître le nombre d'orientations, tous les dossiers médicaux de tous les patients devraient être examinés individuellement.

La plupart des maisons médicales ont déclaré durant les interviews qu'elles étaient prêtes à et trouvaient judicieux d'**enregistrer à l'avenir** le nombre d'orientations (selon le principe « mesurer, c'est connaître ») **moyennant une bonne interprétation de ces données**, tandis que d'autres maisons médicales ont fait remarquer que beaucoup de choses étaient déjà enregistrées et devaient l'être, ce qui alourdit la charge de travail administratif des dispensateurs de soins.

On a également examiné au cours des interviews s'il était possible d'observer une **différence de politique d'orientation** entre le **système forfaitaire et le système à l'acte**. La comparaison du nombre d'orientations dans les systèmes forfaitaire et à l'acte ne fait pas partie du champ d'investigation de cette mission (et ne peut par conséquent pas être établie sur la base des résultats de l'enquête), mais il est néanmoins nécessaire d'examiner la politique d'orientation dans le système forfaitaire afin de comprendre la méthode de travail actuelle des maisons médicales. D'une part, il a été indiqué durant les interviews qu'il y aurait **moins d'orientations** vers les **soins de deuxième ligne** parce que les dispensateurs de soins dans les maisons médicales pratiquant le système forfaitaire sont moins **pressés par le temps** pour dispenser leurs soins aux patients et ont une patientèle fixe. La **multidisciplinarité** au sein des maisons médicales contribuerait elle aussi à réduire le nombre d'orientations, étant donné que les dispensateurs de soins pourraient se consulter les uns les autres.

D'autre part, il a été indiqué au cours des interviews que la politique d'orientation dépendrait des **compétences des médecins généralistes** eux-mêmes. Il a en outre été signalé que les patients abonnés à une maison médicale **consulteraient souvent d'abord leur médecin généraliste** avant de consulter eux-mêmes un spécialiste, afin de s'assurer que les soins ne peuvent pas être dispensés au sein de la maison médicale même.

Il ressort des interviews qu'il est judicieux de créer **plus de transparence** dans les maisons médicales (et autres médecins, spécialistes) lorsqu'un patient est inscrit dans une maison médicale et de veiller ainsi à ce que les soins couverts par le forfait soient également réellement dispensés par les dispensateurs de soins dans la maison médicale.

### 2.3.3 Organisation du travail

Cette section s'intéresse à l'organisation du travail chez les répondantes, et plus particulièrement à la procédure relative à l'inscription et à la désinscription de patients. Sont également recensés ici la procédure en matière de refus et de résiliation forcée des patients, ainsi que le nombre d'inscriptions à l'essai et l'enregistrement de demandes d'inscription. Est par ailleurs également examinée la procédure relative à la participation à des services de garde. Enfin, deux autres processus sont également recensés au sein des maisons médicales, à savoir la politique de prévention et les formations des dispensateurs de soins.

#### 2.3.3.1 Inscription des patients

Le nombre de refus de nouvelles inscriptions en 2015 et 2016 a été renseigné par 27 répondantes (17 % du taux de réponse). 26 maisons médicales ont spécifiquement indiqué qu'elles ne refusent aucun patient et 13 maisons médicales ont signalé que cette information n'était pas connue (en raison de l'absence d'enregistrement).

Les **motifs de refus** d'inscriptions ont toutefois bien été renseignés par un plus grand nombre de répondantes. C'est ce que montre le tableau ci-dessous. Les principaux motifs de refus d'une inscription s'avèrent être le fait que les patients **n'habitent pas dans la zone d'activité** ou que le **nombre maximum de patients** dans la maison médicale est atteint (pour pouvoir continuer à assurer une bonne qualité et une bonne continuité des soins à la patientèle actuelle). Ceci a également été examiné au cours des interviews, qui ont confirmé cette observation.

Tableau 32 - Motifs de refus d'inscriptions

Motif	Nombre de répondantes
Le patient n'habite pas dans la zone d'activité	43
Le nombre maximum de patients est atteint	41
Patients agressifs	6
Pathologie trop lourde	2
Offre de services non adaptée à la pathologie du patient	1

Source : Enquête KPMG

Au cours des interviews, l'attention a également été attirée sur la possibilité de refus et/ou de désinscription de patients par les maisons médicales dans le système forfaitaire (par exemple patients invalides et personnes âgées, patients en soins palliatifs et en maison de repos, etc.). Dans ce cadre, une maison médicale a indiqué ne pas toujours inscrire les personnes âgées en raison du besoin de soins de ces patients, souvent aussi à cause du domicile de ces patients qui habiteraient trop loin pour pouvoir



bénéficier de soins à domicile réguliers. Dans ce contexte, la délimitation de la zone d'activité est un aspect important, afin de pouvoir garantir la faisabilité de visites à domicile pour tous les types de patients, même lorsque ceux-ci exigent beaucoup de soins à domicile (cf. infra définition d'une zone d'activité). Une maison médicale a également indiqué au cours des interviews que les inscriptions de patients présentant une **addiction** (alcool, drogues, etc.) n'étaient pas acceptées parce que la maison médicale ne pouvait pas proposer les soins adaptés. Les nouvelles inscriptions de patients en soins palliatifs ne sont pas non plus acceptées par cette même maison médicale en raison de l'important besoin de soins de ces patients.

Des **méthodes** possibles évoquées pendant les interviews et permettant de déterminer **le type de patients refusés** ou désinscrits sont notamment l'examen du profil de ces patients (sur la base de données de l'assurance maladie de ces patients), l'enregistrement et la communication des motifs de refus (par exemple à l'aide d'une sorte d'attestation) accompagnant le patient refusé, la mise en place d'un **service de médiation/service des plaintes** (par exemple au sein des mutualités), l'envoi de « pseudo-patients », etc.

Le tableau 33 présente un aperçu des répondantes qui ont mentionné comme motif de refus d'inscription le fait que la capacité maximum en termes de nombre de patients était atteinte, avec indication du nombre moyen de patients par médecin ETP en 2016 et le nombre de MGF dans cette maison médicale.

Tableau 33 - Répondantes ayant indiqué comme motif de refus de demandes avoir atteint la capacité maximum de patients, complété par le nombre moyen de patients par médecin généraliste et le nombre de MGF (2016) dans cette maison médicale

Répondante	Nombre moyen de patients par médecin généraliste 2016	Médecins en Formation ETP (2016)
1	636	1
2	558	0
3	608	0
4	808	0
5	873	0
6	641	2
7	674	2
8	712	3
9	735	0
10	587	0
11	723	2
12	716	1
13	799	2
14	436	0
15	787	2
16	537	0
17	655	1
18	588	1
19	391	0
20	589	2
21	912	1
22	412	1
23	535	1
24	510	2
25	627	1
26	614	2
27	868	1
28	395	1
29	512	1
30	758	1
31	744	0
32	811	2
33	571	1
34	725	2
35	626	2
36	538	3
37	718	1
38	747	2
39	587	4
40	633	0
41	570	1

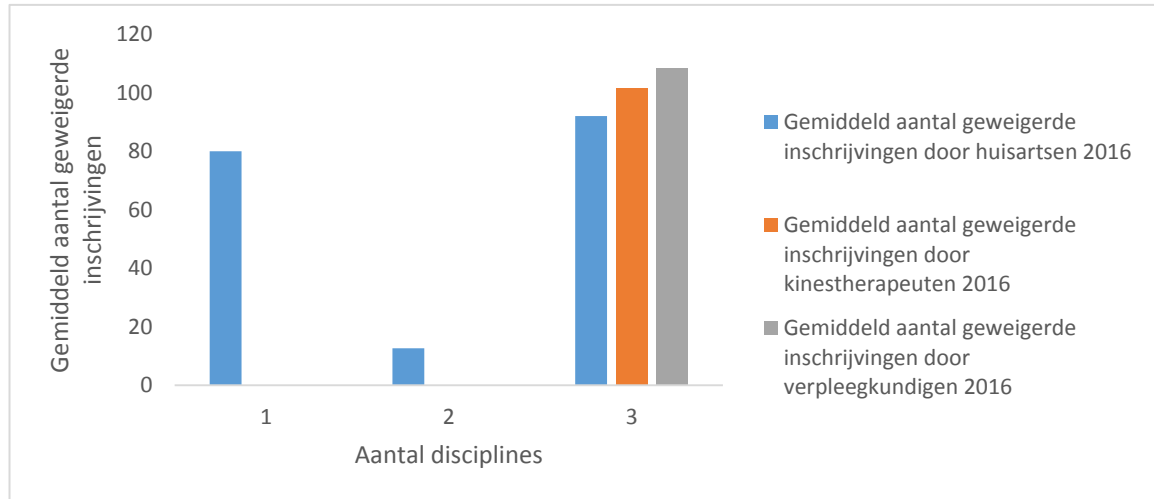
Source : Enquête KPMG et données AIM

### 2.3.3.1.1 Disciplines

La figure 59 présente le nombre moyen d'inscriptions refusées par discipline en fonction du nombre de disciplines présentes dans les maisons médicales. Il en ressort que

**davantage de refus ont été enregistrés dans les maisons médicales comptant 3 disciplines.** Comme il a déjà été mentionné, cette conclusion ne peut être tirée que pour un nombre restreint de répondantes (27 répondantes, soit 17 % du nombre total de répondantes).

Figure 59 - Nombre moyen d'inscriptions refusées par MKI en fonction du nombre de disciplines (2016)



Source : Enquête KPMG

Sur la base des interviews, il apparaît que la **procédure d'inscription** d'un patient est souvent identique dans les différentes maisons médicales. Un rendez-vous séparé est souvent pris via l'accueil afin de pouvoir suffisamment informer le patient du fonctionnement du système forfaitaire. Les interviews indiquent que les inscriptions téléphoniques ne sont généralement pas acceptées. Différentes maisons médicales ont indiqué lors des interviews que le patient peut obtenir une première consultation gratuite immédiatement, bien que le forfait pour ce patient ne soit reçu qu'1 mois après l'inscription. D'autres ont déclaré facturer la première consultation à l'acte et ne procéder à l'inscription proprement dite que lorsqu'il apparaît que les patients souhaitent s'inscrire.

Dans les maisons médicales qui ont déclaré lors des interviews qu'elles avaient été obligées d'instaurer un **arrêt des inscriptions de patients**, les enfants et les membres de la famille des patients inscrits restent toutefois admis. La législation<sup>59</sup> stipule à cet égard : « *Le dispensateur de soins ou groupe de dispensateurs de soins chez qui le bénéficiaire est inscrit ne peut pas refuser l'inscription d'un autre bénéficiaire qui fait partie du ménage du bénéficiaire déjà inscrit.* »

La législation précise également ce qui suit : « *La décision [d'une maison médicale] de mettre un terme à l'inscription d'un bénéficiaire implique qu'à la même date, il est mis fin à l'inscription des autres bénéficiaires qui font partie du même ménage.* » Cependant,

<sup>59</sup> Arrêté royal du 13 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, cordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales

sur la base des interviews, ceci ne semble pas être appliqué dans la pratique (par exemple, dans le cas d'un membre de la famille agressif, seul le membre de la famille agressif est désinscrit). Les cas tels qu'une séparation ou le déménagement d'un membre de la famille ne relèvent pas de la décision de la maison médicale. Les décisions sont prises par les personnes inscrites elles-mêmes. Dans ce cadre, une clarification dans la législation pourrait être indiquée.

Les maisons médicales qui n'acceptent plus d'inscriptions pour des motifs de saturation ont indiqué lors des interviews qu'elles ne travaillaient généralement pas avec une **liste d'attente** (lorsqu'une place se libère, elle sera prise par la personne suivante qui a fait une demande d'inscription). Si une liste d'attente est néanmoins utilisée, la personne suivante sur la liste est contactée.

Les maisons médicales qui sont passées d'un cabinet existant dans le système à l'acte au système forfaitaire ont indiqué lors des interviews, d'une part, que seuls les patients actuels habitant dans la **zone d'activité** peuvent s'inscrire dans la maison médicale. D'autre part, quelques maisons médicales acceptent par contre également les inscriptions de leurs anciens patients qui **n'habitent pas dans la zone d'activité** (même provenant de provinces différentes). Dans ce cas, quelques maisons médicales concluent avec les patients concernés un accord (oral) stipulant qu'ils ne peuvent pas recevoir de visites à domicile parce qu'ils n'habitent pas dans la zone d'activité.

Selon les interviews, les maisons médicales établies à Bruxelles auraient souvent délimité des **zones d'activité plus petites** (en partie à cause des problèmes de mobilité à Bruxelles), contrairement aux maisons médicales dans les zones rurales où la zone d'activité peut souvent être très étendue. Quelques maisons médicales ont également indiqué qu'il y aurait souvent un chevauchement limité entre les zones d'activité de maisons médicales établies dans une même ville, mais qu'il est en généralement tenu compte ici. Cela ne semble pas être toujours le cas et rien non plus n'est prévu à cet égard dans la législation actuelle. Les interviews indiquent en effet que les maisons médicales **seraient parfois établies très près l'une de l'autre** (par exemple moins d'1 km), de sorte que, dans les quartiers concernés, l'**offre** serait **importante** et que la patientèle des maisons médicales existantes n'augmenterait que lentement. Ceci peut dès lors avoir un impact également sur l'efficacité de l'organisation et du fonctionnement des maisons médicales existantes (en raison de la taille limitée de la patientèle). Il peut par conséquent être judicieux de donner une description / **définition** claire de ce que doit être une **zone d'activité**. Au cours des interviews, une maison médicale a déclaré que cette zone d'activité devrait être suffisamment flexible, sans être trop vaste afin de ne pas compliquer les visites à domicile ou le déplacement de patients moins mobiles. Si une zone d'activité devait être définie de manière plus claire, cela en faciliterait les contrôles.

De plus, selon quelques maisons médicales interviewées, une **analyse de l'environnement** pourrait être effectuée préalablement à l'ouverture d'une maison médicale (cf. supra), d'une part pour examiner le besoin auprès de la population, d'autre part pour examiner l'offre existante de maisons médicales dans une même zone d'activité.

### 2.3.3.1.2 Inscriptions à l'essai

La présente section recense le nombre d'inscriptions à l'essai (avec soins à l'acte pendant trois mois) chez les répondantes, ainsi que le nombre de patients qui entament une inscription à l'essai et la convertissent effectivement en inscription définitive. Seul un nombre limité de répondantes (28) a fourni des informations concernant les inscriptions à l'essai. Les interviews ont également montré que seul un nombre limité de maisons médicales pratiqueraient une période d'essai (souvent uniquement si le patient en exprime explicitement le souhait). Il a également été mentionné lors des interviews qu'une période d'essai pour certains patients est proposée par la maison médicale elle-même si un doute se pose après la première consultation sur le fait que le système forfaitaire soit le bon système pour le patient.

Chez 65 % des répondantes ayant indiqué une durée de période d'essai, celle-ci est de 3 mois (comme prévu dans le cadre réglementaire) (les autres répondantes pratiquent une période d'essai plus courte)/

Tableau 34 - Inscriptions à l'essai

Nombre de répondantes	Nombre d'inscriptions à l'essai	Nombre d'inscriptions à l'essai converties en inscriptions effectives	Pourcentage d'inscriptions à l'essai converties en inscriptions effectives
28	956	842	88%

Source : Enquête KPMG

### 2.3.3.1.3 Enregistrement de demandes d'inscriptions

Cette section examine si, chez les répondantes, toutes les demandes sont enregistrées, indépendamment de l'acceptation de l'inscription, et si les demandes refusées restent enregistrées. **52,5 % (84 des 160 répondantes) déclarent enregistrer toutes les demandes et 32,5 % (52 des 160 répondantes) déclarent enregistrer toutes les demandes refusées.**

Les répondantes qui ont déclaré **ne pas enregistrer toutes les demandes** en donnent pour raison principale que les patients, pour la plus grande part des demandes refusées, **n'habitent pas dans la zone d'activité**. Sont également avancées les raisons suivantes (liste non limitative) :

- L'enregistrement de toutes les demandes n'est pas prévu dans le règlement forfaitaire
- Une liste d'attente de patients est déjà tenue à jour

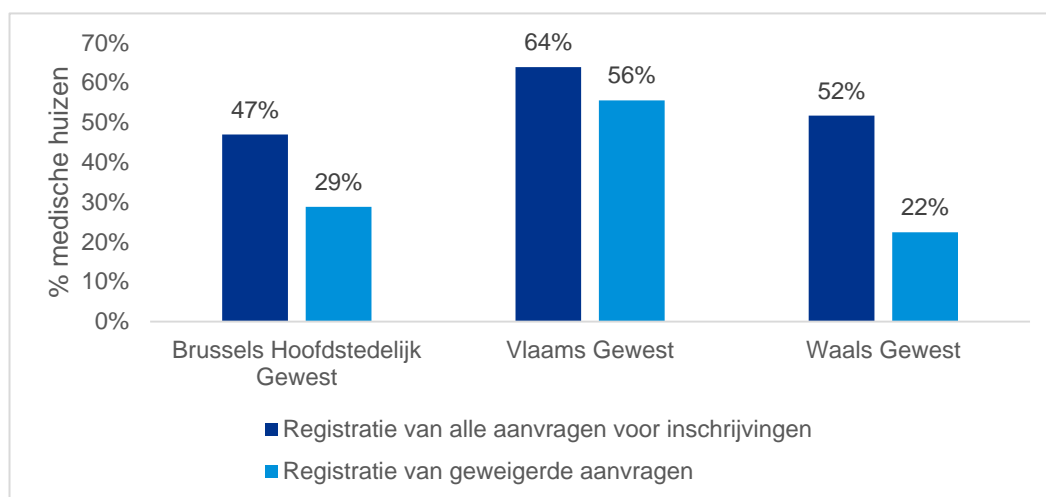
- Pas de système disponible et ne pas imposer aux collaborateurs d'activités administratives supplémentaires inutiles
- Des inscriptions ne sont prises que pendant la période d'inscription (période de l'année durant laquelle des places disponibles sont ouvertes pour de nouveaux membres)
- Les patients qui ne peuvent pas être inscrits chez elles pour des motifs de saturation sont orientés vers d'autres maisons médicales/dispensateurs de soins.

Dans ce qui suit, on examine si les répondantes ayant une localisation, une maturité et une affiliation à une fédération déterminées enregistrent plus ou moins de demandes et de demandes refusées.

### Localisation

La figure 60 présente le nombre de répondantes par région. Les répondantes qui ont indiqué enregistrer les demandes (52,5 % du taux de réponse global - cf. supra) s'avèrent être essentiellement représentées en Flandre. Des répondantes des 2 autres régions, la moitié environ enregistre toutes les demandes d'inscription (qu'elles soient acceptées ou non). **On enregistre sensiblement moins de demandes refusées à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.**

Figure 60 – Enregistrement des demandes par région



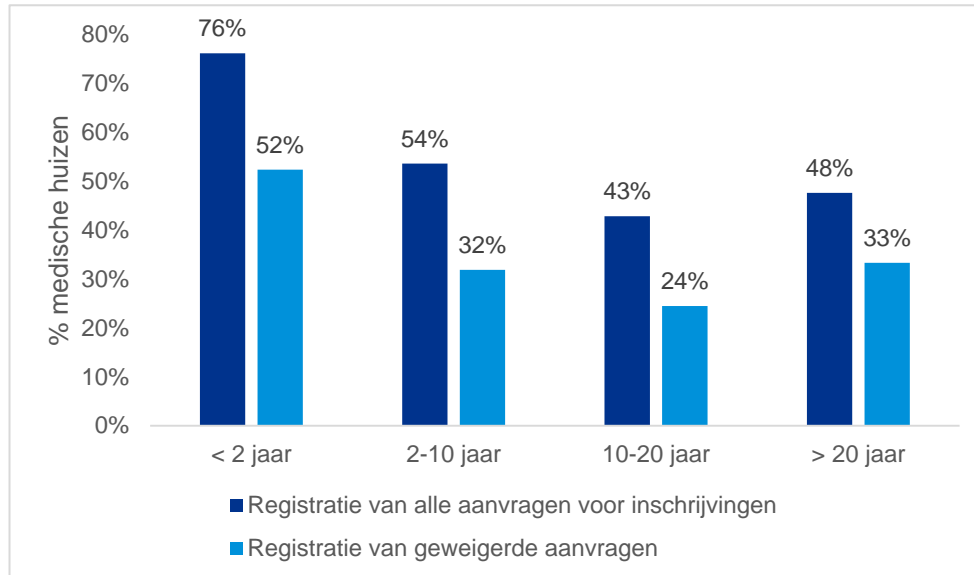
Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le graphique ci-dessous présente, par groupe de maturité, le nombre de répondantes qui enregistrent toutes les demandes (cf. supra seulement 52,5 % des 160 répondantes). On peut en déduire que les **maisons médicales non matures enregistrent davantage toutes les demandes d'inscriptions**. Cet enregistrement présente une tendance à la baisse au fur et à mesure que la maturité des maisons

médicales augmente, sauf pour les maisons médicales actives depuis plus de 20 ans dans le système forfaitaire. Dans une mesure limitée, ces dernières enregistrent plus que les répondantes de la catégorie 10-20 ans.

Figure 61 - Pourcentage de maisons médicales enregistrant toutes les demandes, par groupe de maturité

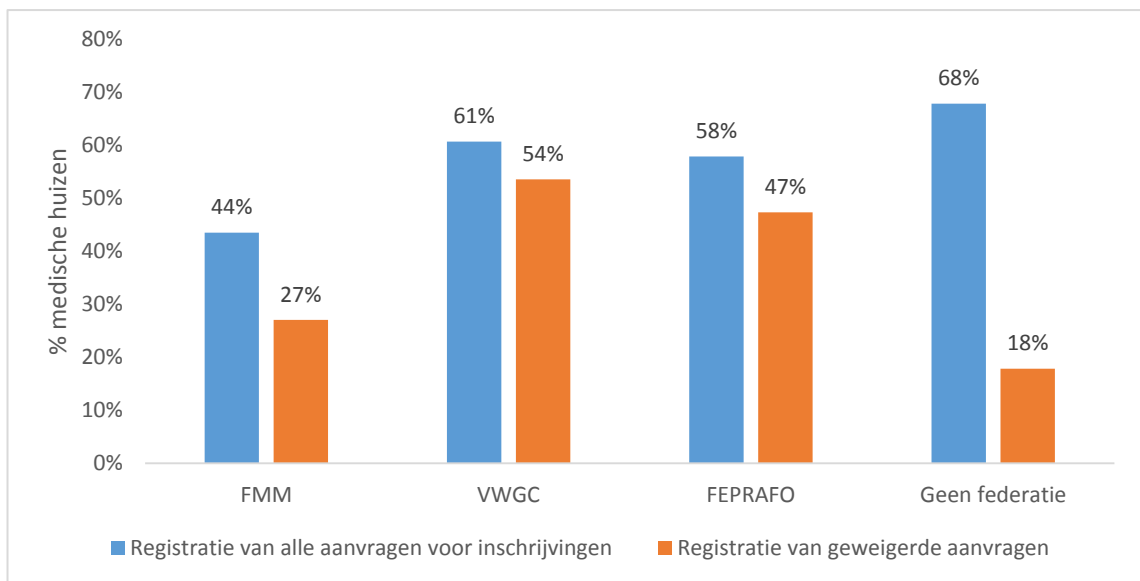


Source : Enquête KPMG

### Fédération

La figure 62 recense, par fédération, le nombre de répondantes qui enregistrent toutes les demandes, sur la base de l'enquête. Il en ressort que les membres de la FMM enregistrent moins de demandes, ce qui est dans le droit fil de l'analyse précédente relative à la maturité, étant donné que la FMM compte plus de maisons médicales matures parmi ses membres. Les répondantes qui ne sont pas affiliées à une fédération s'avèrent enregistrer le moins de demandes refusées, mais le plus de demandes totales (qu'elles soient acceptées ou non).

Figure 62 – Enregistrement des demandes par fédération



Source : Enquête KPMG



### Conclusion :

Sur la base de l'enquête, les principaux motifs de **refus** d'une inscription s'avèrent être le fait que les patients **n'habitent pas dans la zone d'activité** ou que le **nombre maximum de patients dans la maison médicale est atteint** (pour pouvoir continuer à assurer une bonne qualité et une bonne continuité des soins à la patientèle actuelle).

Sur la base des interviews, il apparaît que la **procédure d'inscription** d'un patient est souvent identique dans les différentes maisons médicales. Seul un nombre limité de maisons médicales a déclaré travailler avec une **période d'essai** à l'acte de 3 mois (comme l'autorise la loi), mais souvent uniquement à la demande ou en concertation avec le patient lorsque celui-ci n'est pas encore certain de souhaiter se lier à la maison médicale. Dans les maisons médicales qui ont été obligées d'instaurer un **arrêt des inscriptions de patients**, les enfants et les membres de la famille des patients inscrits restent toutefois admis.

Les maisons médicales qui n'acceptent plus d'inscription pour des motifs de saturation ont indiqué au cours des interviews qu'elles ne travaillaient généralement pas avec une **liste d'attente**. Les maisons médicales qui sont passées d'un cabinet existant dans le système à l'acte au système forfaitaire ont indiqué lors des interviews, d'une part, que seuls les patients actuels habitant dans la **zone d'activité** peuvent s'inscrire dans la maison médicale. D'autres maisons médicales par contre acceptent aussi les inscriptions de leurs anciens patients qui n'habitent pas dans la zone d'activité et concluent d'ordinaire avec les patients concernés un accord (oral) stipulant qu'aucune visite à domicile ne pourra être effectuée pour eux puisqu'ils n'habitent pas dans la zone d'activité.

Les maisons médicales établies à Bruxelles auraient souvent délimité des **zones d'activité plus petites**, contrairement aux maisons médicales dans les zones rurales où la zone d'activité peut souvent être très étendue. On observe souvent un chevauchement limité des zones d'activité de maisons médicales établies dans une même ville, mais les interviews indiquent que ce n'est pas toujours le cas. Ceci peut dès lors avoir un impact également sur l'efficacité de l'organisation et du fonctionnement des maisons médicales existantes. Il peut par conséquent être judicieux de donner une description / **définition** claire de ce que doit être une **zone d'activité**. De plus, une **analyse démographique** pourrait être effectuée préalablement à l'ouverture d'une maison médicale, d'une part pour examiner le besoin auprès de la population, d'autre part pour examiner l'offre existante de maisons médicales dans une même zone d'activité.

### 2.3.3.2 Désinscription de patients

Cette section recense les procédures et le nombre de désinscriptions indiqués par les répondantes dans le cadre de la présente étude, d'une part les résiliations par les dispensateurs de soins mêmes, et d'autre part les désinscriptions volontaires par les patients.

#### 2.3.3.2.1 Résiliations par les dispensateurs de soins

110 répondantes<sup>60</sup> ont indiqué le nombre de résiliations de la part de dispensateurs de soins. Il en ressort qu'en moyenne, 28 résiliations par des dispensateurs de soins ont été faites en 2016. C'est ce que montre le tableau ci-dessous.

Tableau 35 - Nombre de répondantes avec résiliations

Nombre de répondantes	Nombre total de résiliations <sup>61</sup>	Nombre moyen de résiliations par répondante
110	3 117	28

Source : Enquête KPMG

Les principaux motifs présentés par les répondantes pour les résiliations par des dispensateurs de soins sont synthétisés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 36 - Motifs des résiliations par des dispensateurs de soins par région

Motif	Nombre de répondantes
Le patient n'habite plus dans la zone d'activité	82
Résiliation préventive de patients qui n'ont plus eu aucun contact depuis longtemps	55
Résiliation en raison d'un conflit avec le patient	35
Désinscription dans/par mutualité	17
Décès	8

Source : Enquête KPMG

Comme c'était le cas pour le refus d'inscription, le **domicile** du patient est le motif principal de résiliation d'un patient. D'autres motifs, plus rarement avancés dans l'enquête, sont :

- admission dans une institution (soins pédiatriques - soins pour personnes âgées)
- patients qui consultent régulièrement et sans accord d'autres dispensateurs de soins en dehors de la maison médicale et réclament le remboursement de ces frais
- non-présentation répétée aux rendez-vous
- non-respect des règles de la maison médicale

<sup>60</sup> Les maisons médicales avec 0 et N/A ne sont pas reprises.

<sup>61</sup> 2 répondantes ont indiqué plus de 100 résiliations et 2 autres plus de 200 résiliations en 2016.

- désaccord avec les règles du système forfaitaire

Les motifs susmentionnés ont également été présentés pendant les interviews. La plupart des maisons médicales ont déclaré lors des interviews que les **rendez-vous manqués** étaient uniquement enregistrés dans le dossier du patient, mais qu'aucune désinscription réelle ne s'ensuivrait pour le patient concerné.

Bien que le **déménagement** soit présenté comme le motif principal de désinscription, les maisons médicales ne s'avèrent souvent en être informées, d'après les interviews, que si le patient concerné a lui-même transmis cette information. De nombreux patients ne le font cependant pas. Quelques maisons médicales ont indiqué qu'elles envoyaient activement et régulièrement de la documentation par la poste afin de pouvoir ainsi déterminer si le patient concerné réside encore à la même adresse. Une solution possible dans ce cadre pourrait être de **convoquer chaque patient du système forfaitaire à la maison médicale au minimum une fois par an pour lire sa carte d'identité**. Tous les domiciles sont ainsi contrôlés et tous les patients qui n'habitent plus dans la zone d'activité peuvent être désinscrits de manière proactive.

Cette procédure va souvent de pair avec le suivi de patients qui n'ont **eu aucun contact depuis longtemps** avec la maison médicale. Il ressort des interviews que quelques maisons médicales ont élaboré une politique à cet effet. Par exemple, en cas d'absence de contact pendant une période déterminée (par exemple 2 ans), les patients concernés sont convoqués afin de déterminer s'ils doivent rester inscrits. En cas de non-réponse à cette convocation, le patient devrait être désinscrit.

Il ressort également des interviews que, lorsque des patients séjournent **à l'étranger pendant une période** relativement longue (par exemple 6 mois) et que la maison médicale n'en a pas été avertie, ces patients restent inscrits (pourvu qu'ils restent assurés auprès d'une institution d'assurance belge).

Les patients qui sont placés dans une **maison de repos** peuvent, comme il ressort des interviews, conserver le médecin généraliste de la maison médicale. Les soins infirmiers et la kinésithérapie par contre devraient faire partie des soins dispensés par la maison de repos et l'inscription (ainsi que le forfait) correspondant à ces soins devrait être annulée. Cependant, quelques maisons médicales ont indiqué au cours des interviews que ceci dépend du type de maison de repos dans lequel le patient est placé : maison de repos médicalisée ou maison de repos non médicalisée. Selon le cas, le patient ne resterait inscrit dans la maison médicale que pour quelques disciplines, toutes ou aucune. On pourrait examiner **pour les patients des maisons de repos inscrits dans des maisons médicales, quels forfaits les maisons de repos concernées continuent à percevoir pour ces patients**.

Il a également été signalé que la maison médicale n'est pas immédiatement informée du moment où un patient est placé dans une maison de repos. Il a été mentionné lors des interviews que, même lorsque les patients sont **placés à long terme** (par exemple revalidation, institution psychiatrique, patients en soins palliatifs hospitalisés pendant plus de 1 mois), il peut parfois s'écouler un certain temps avant que cette information ne parvienne à la maison médicale et qu'une désinscription ait lieu.

Enfin, il ressort des interviews que certaines maisons médicales ne procèdent à une désinscription qu'après avoir obtenu **l'accord du patient**. Si, en d'autres mots, elles ne peuvent pas contacter le patient, ce dernier reste donc inscrit.

### Localisation

Le tableau ci-dessous présente le nombre de répondantes par région, ainsi que la part dans le taux de réponse global de chaque région et le nombre moyen de résiliations par des dispensateurs de soins par répondante. Il en ressort que ce sont les répondantes établies en Région flamande qui ont indiqué le nombre le plus élevé de résiliations par des dispensateurs de soins, suivies par les répondantes de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale.

Tableau 37 - Nombre de résiliations par des dispensateurs de soins par région

Région	Nombre de répondantes		Nombre moyen de résiliations par maison médicale
	Absolu	% du total des répondantes dans la région	
Région de Bruxelles-Capitale	40	36%	17
Région flamande	24	22%	54
Région wallonne	46	42%	25

Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le tableau 38 présente le nombre de répondantes en fonction de leur maturité dans le système forfaitaire, ainsi que le nombre de résiliations indiqué en moyenne dans les maisons médicales dans les différents groupes de maturité. Il en ressort que les maisons médicales les plus matures ont également effectué le plus de résiliations par des dispensateurs de soins en 2016.

Tableau 38 - Aperçu des résiliations par des dispensateurs de soins par maturité

Maturité	Nombre de répondantes		Nombre moyen de résiliations en 2016
	Absolu	%	
<2 ans	3	3%	8
2-10 ans	49	44,5%	17
10-20 ans	40	36,5%	32
>20 ans	18	16%	55

Source : Enquête KPMG

### Fédération

Le tableau 39 présente le nombre de répondantes en fonction de leur affiliation à une fédération, complété du nombre moyen de résiliations par fédération sur la base des résultats de l'enquête. Il en ressort que les répondantes membres du VWGC ont indiqué en moyenne plus de résiliations par des dispensateurs de soins que celles des autres fédérations. Cette moyenne est en grande partie déterminée par les quatre maisons médicales qui ont indiqué plus de 100 résiliations au cours de l'enquête (toutes 4 membres du VWGC). Sans les données provenant de ces maisons médicales, la moyenne est conforme au nombre moyen de résiliations par des dispensateurs de soins dans les maisons médicales des autres fédérations.

Tableau 39 - Aperçu des résiliations par des dispensateurs de soins par fédération

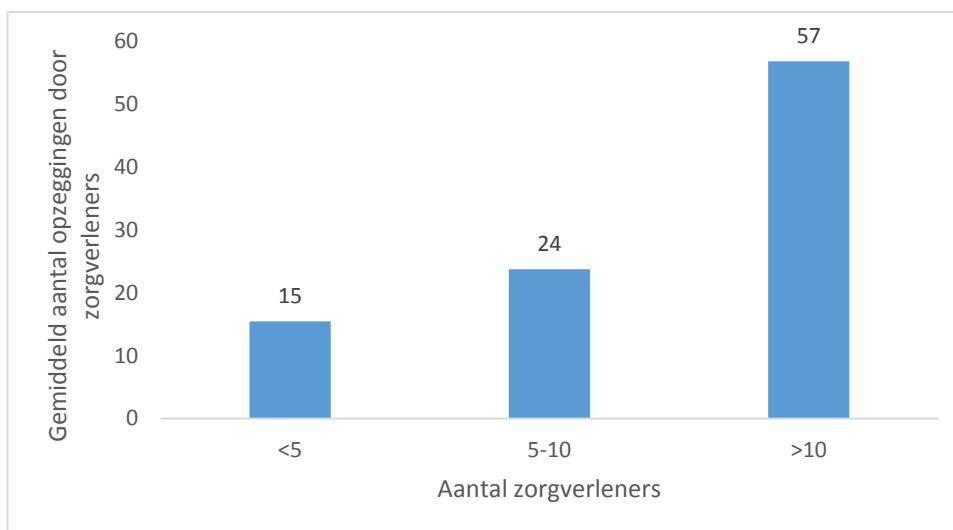
Fédération	Nombre de répondantes		Nombre moyen de résiliations
	Absolu	%	
FMM	64	58%	22
VWGC	22	20%	56
FEPRFO	8	7%	26
Pas de fédération	16	15%	15

Source : Enquête KPMG

### Disciplines

La figure 63 présente le nombre moyen de résiliations par dispensateurs de soins par rapport au nombre de dispensateurs de soins ETP employés dans les 3 disciplines. Il en ressort qu'il y a beaucoup **plus de désinscriptions par dispensateurs de soins lorsque le nombre de dispensateurs de soins employés dans la maison médicale est plus élevé**. Ceci est un résultat logique. Plus il y a de dispensateurs de soins employés dans une maison médicale, plus il y a de probabilités de résiliations par dispensateurs de soins.

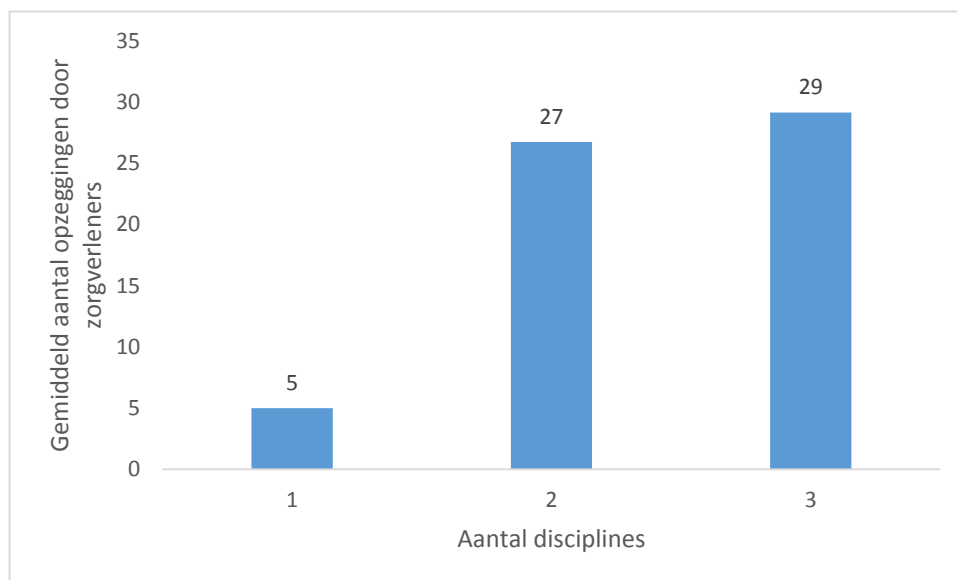
Figure 63 - Nombre moyen de résiliations par dispensateurs de soins en fonction du nombre de MKI ETP employés (2016)



Source : Enquête KPMG

La figure 64 présente le nombre moyen de résiliations par des dispensateurs de soins en fonction du nombre de disciplines proposées chez les répondantes. Il en ressort que **plus les disciplines proposées sont nombreuses dans une maison médicale, plus il y a de désinscriptions par des dispensateurs de soins.**

Figure 64 - Nombre moyen de résiliations par dispensateurs de soins en fonction du nombre de disciplines (2016)



Source : Enquête KPMG

### 2.3.3.2 Résiliations volontaires

La section suivante compare par région, maturité, fédération et disciplines le nombre moyen de résiliations volontaires par les patients eux-mêmes par rapport au nombre total de patients dans la maison médicale pour 2016.

Les motifs suivants sont présentés par les répondantes pour la désinscription volontaire de patients :

Tableau 40 - Motifs de résiliation volontaire

Motif	Nombre de répondantes
Déménagement avec sortie de la zone d'activité	147
Décès	57
Choix d'un autre dispensateur de soins/d'une autre maison médicale	30
Conflit avec un dispensateur de soins	22

Source : Enquête KPMG

Une fois encore, le **déménagement** est le motif principal, comme c'était le cas pour les inscriptions et désinscriptions par les dispensateurs de soins. **Autres motifs** invoqués dans l'enquête pour la désinscription volontaire par les patients :

- admission dans une institution (soins pédiatriques - soins pour personnes âgées)
- désaccord avec les règles du système forfaitaire
- patients voulant pouvoir consulter un/des autre(s) médecin(s) généraliste(s) (liberté de choix)
- Transfert vers une autre maison médicale en même temps que le médecin généraliste actuel
- Prise en charge alternée où l'un des parents n'habite pas dans la zone d'activité
- Demande de médecine alternative, avec remboursement

Ces motifs avancés sont également très similaires aux motifs invoqués dans la section précédente à propos des désinscriptions par dispensateurs de soins.

### **Localisation**

Le tableau suivant recense le nombre de répondantes pour cette analyse, ventilés par région. Il en ressort qu'aucune différence significative ne peut être observée sur la base de la patientèle dans chaque région.

Tableau 41 - Aperçu du nombre de répondantes pour l'analyse de la désinscription volontaire, ventilé par région

Région	Nombre de répondantes		Nombre total de désinscriptions volontaires	Nombre total de patients des répondantes concernées	% de la patientèle totale
	Absolu	%			
<b>Région de Bruxelles-Capitale</b>	57	40%	7 929	143 475	5,5%
<b>Région flamande</b>	31	22%	5 564	82 774	7%
<b>Région wallonne</b>	55	38%	8 503	131 496	6,5%
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>	<b>21 996</b>	<b>357 745</b>	<b>6%</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

### Maturité

La section suivante examine si le nombre de désinscriptions volontaires par rapport au nombre total de patients varie selon la maturité de la maison médicale dans le système forfaitaire. Le tableau 42 présente le nombre de répondantes dans cette section, en fonction du niveau de maturité.

Tableau 42 - Aperçu du nombre de répondantes pour l'analyse de la désinscription volontaire, ventilé selon le niveau de maturité

Maturité	Nombre de répondantes		Nombre total de désinscriptions volontaires	Nombre total de patients des répondantes concernées	% de la patientèle totale
	Absolu	%			
<2 ans	9	6%	605	12 419	5%
2-10 ans	66	46%	8 647	142 623	6%
10-20 ans	47	33%	8 186	132 979	6%
>20 ans	21	15%	4 558	69 724	6,5%
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>	<b>21 996</b>	<b>357 745</b>	<b>6%</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

### Fédération

Cette section recense le nombre de désinscriptions volontaires par les patients dans l'ensemble des fédérations. Le nombre de répondantes par fédération est présenté au tableau 43.

Tableau 43 - Aperçu du nombre de répondantes pour l'analyse de la désinscription volontaire, ventilé par fédération

Fédération	Nombre de répondantes		Nombre total de désinscriptions volontaires	Nombre total de patients des répondantes concernées	% de la patientèle totale
	Absolu	%			
<b>FMM</b>	77	54%	11 695	182 348	6,5%
<b>VWGC</b>	26	18%	5 096	74 972	7%
<b>FEPRFO</b>	15	10,5%	2 504	48 809	5%
<b>Pas de fédération</b>	25	17,5%	2 701	51 616	5%
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>	<b>21 996</b>	<b>357 745</b>	<b>6%</b>

Source : Enquête KPMG et données AIM

### Disciplines

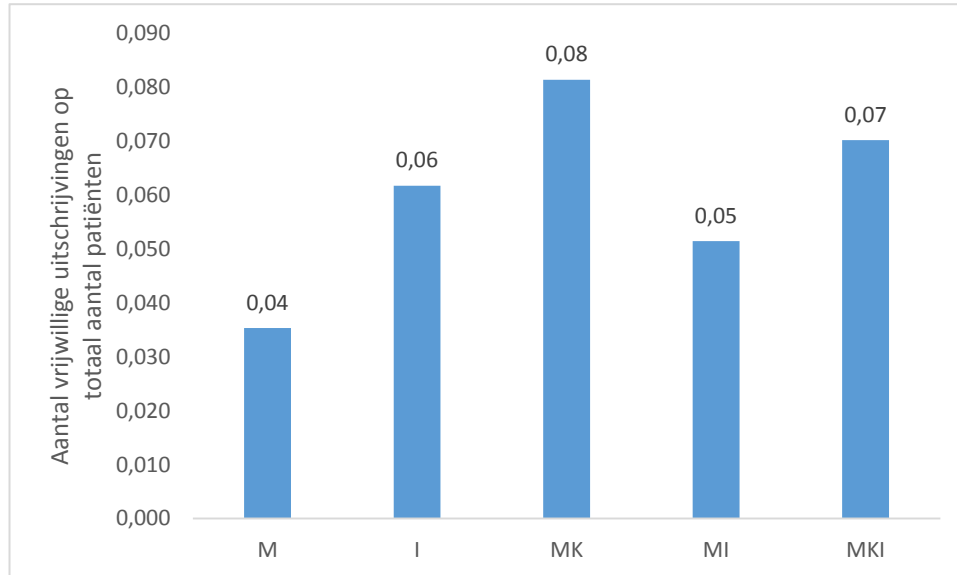
La section ci-dessous examine si le nombre de désinscriptions volontaires par les patients varie en fonction des disciplines proposées chez les répondantes, du nombre de dispensateurs de soins ETP employés dans les disciplines et du nombre de patients par médecin généraliste.

La figure 65 présente, par patient, le nombre moyen de désinscriptions volontaires par combinaison médecins traitants (M) et/ou kinésithérapeutes (K) et/ou infirmiers (I). Il en ressort que les **cabinets avec médecins généralistes et kinésithérapeutes (MK) ont le plus de désinscriptions volontaires par patient** par rapport aux autres combinaisons. Il ne faut pas oublier de tenir compte ici de la taille du panel (par exemple



1 seule maison médicale avec seulement soins infirmiers, seulement 3 maisons médicales avec uniquement médecine générale, etc.). Tous les panels n'ont donc pas la même taille et ne sont pas également représentatifs.

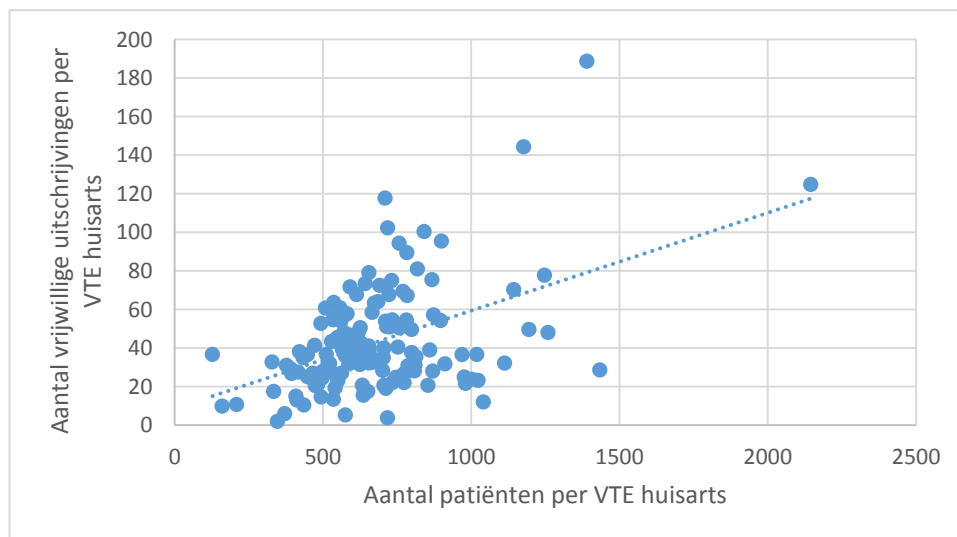
Figure 65 - Nombre moyen de désinscriptions volontaires sur le nombre total de patients par combinaison MKI (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

Le graphique suivant présente le nombre de désinscriptions volontaires par médecin généraliste ETP par rapport au nombre total de patients par médecin généraliste ETP. On peut y observer une corrélation positive.

Figure 66 - Corrélation du nombre de désinscriptions volontaires sur le nombre total de patients et du nombre de patients par médecin généraliste (2016)



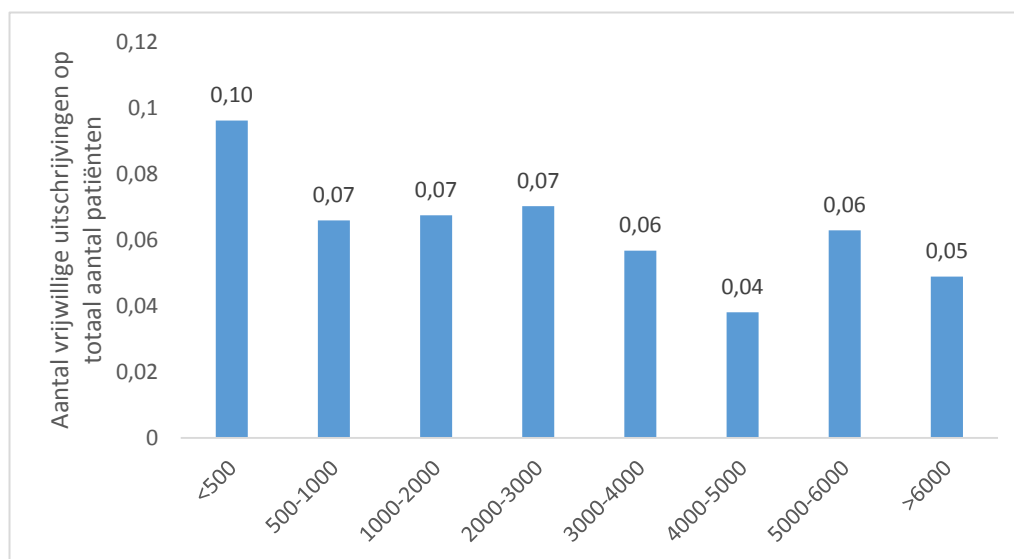
Source : Enquête KPMG et données AIM

### Nombre total de patients

La figure 67 présente le nombre de désinscriptions volontaires par rapport au nombre total de patients en fonction de la taille de la patientèle de la maison médicale. On peut

en déduire que plus la patientèle des maisons médicales est importante, moins on enregistre de désinscriptions volontaires par les patients.

Figure 67 - Nombre moyen de désinscriptions volontaires sur le nombre total de patients en fonction de la taille de la patientèle (2016)



Source : Enquête KPMG et données AIM

### 2.3.3.3 Service de garde

Les maisons médicales doivent garantir la continuité des soins pour leurs patients. Les maisons médicales le font soit via le service de garde à la population, soit dans le cadre de leur propre service de garde ou de celui d'un groupe de maisons médicales.

Cette section examine le pourcentage de médecins généralistes inscrits dans ce service de garde dans chaque maison médicale. 150 maisons médicales ont été reprises dans cette analyse. Les maisons médicales qui n'ont débuté qu'en 2017 n'ont pas été prises en considération pour cette analyse qui porte sur 2016, de même que la maison médicale qui n'emploie pas de médecins généralistes. Pour les répondantes dont les médecins généralistes ne participent pas tous au service de garde, la localisation, la maturité et la fédération de la maison médicale sont examinées plus en détail, de même que l'âge des médecins généralistes qui ne sont pas inscrits dans la maison médicale. C'est ce que montre le tableau 44. L'avant-dernière colonne indique, par maison médicale, le pourcentage de médecins généralistes de la maison médicale concernée inscrits dans le service de garde. La dernière colonne indique le nombre de médecins généralistes sur le nombre total de médecins généralistes employés qui ne sont pas inscrits dans le service de garde

Tableau 44 Nombre de médecins généralistes qui ne sont pas inscrits dans le service de garde (2016) par répondante (20 répondantes)

Maison médicale	Région	Forfait	Fédération	Pourcentage de médecins généralistes inscrits dans le service de garde 2016	Médecins généralistes non inscrits
1	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	FMM	0%	4/4
2	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	FMM	20%	4/5
3	Région wallonne	2-10 ans	/	25%	3/4
4	Région wallonne	10-20 ans	FMM	33%	4/6
5	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	FEPRFO	43%	2/7
6	Région de Bruxelles-Capitale	< 2 ans	FMM	50%	2/4
7	Région wallonne	< 2 ans	/	50%	1/2
8	Région wallonne	10-20 ans	FMM	67%	1/3
9	Région wallonne	10-20 ans	FMM	67%	2/6
10	Région wallonne	2-10 ans	FMM	67%	1/3
11	Région wallonne	2-10 ans	FMM	75%	1/4
12	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	FMM	75%	1/4
13	Région wallonne	10-20 ans	FMM	75%	2/8
14	Région flamande	10-20 ans	VWGC	75%	1/4
15	Région wallonne	10-20 ans	FMM	75%	1/4
16	Région wallonne	10-20 ans	FMM	80%	1/5
17	Région wallonne	10-20 ans	FMM	80%	1/5
18	Région de Bruxelles-Capitale	2-10 ans	/	83%	1/6
19	Région flamande	10-20 ans	VWGC	83%	1/6
20	Région wallonne	2-10 ans	/	89%	1/9

Source : Enquête KPMG

Quelques maisons médicales de Bruxelles ont indiqué lors des interviews que **l'inscription dans le service de garde** est bien **obligatoire** à Bruxelles, mais que **l'exécution effective** des services de garde ne l'est **pas**. Un médecin généraliste, par exemple, a indiqué qu'il ne ferait pas de services de garde parce qu'il habiterait trop loin de la zone d'activité (et ne pourrait dispenser aucune aide d'urgence). Une maison médicale a par ailleurs également indiqué que les médecins généralistes du service de garde à Bruxelles doivent être bilingues. Étant donné que ce ne serait pas le cas pour beaucoup de médecins généralistes des maisons médicales, selon cette maison

médicale, ils ne participeraient pas/participeraient moins au service de garde bruxellois, ce qui serait compensé par les médecins généralistes bilingues.

Il ressort des interviews qu'un nombre limité de maisons médicales organisent également un service de garde propre, en interne (par exemple des maisons médicales à Genk, étant donné qu'aucune garde hebdomadaire n'y est organisée). D'autres maisons médicales ont déclaré avoir autrefois mis en place un service de garde propre mais qu'en raison du nombre limité de patients qui y recouraient, elles ont décidé de ne plus participer qu'au service de garde organisé.

Pour les répondantes dont tous les médecins généralistes ne participent pas au service de garde, il s'avère que l'âge d'environ la moitié des médecins généralistes (17 des 35 médecins généralistes au total qui ne participent pas au service de garde) est de plus de 50 ans. Pour presque tous les médecins généralistes, il s'agit en outre d'un emploi inférieur à un équivalent temps plein, et souvent même inférieur à un équivalent mi-temps.

#### 2.3.4 Politique de prévention

L'analyse ci-dessous étudie la politique de prévention des maisons médicales, et plus particulièrement la mesure dans laquelle les maisons médicales fournissent des informations aux patients dans le cadre de la médecine préventive (connaissances en matière de santé), les mesures prises, etc. 93 % des répondantes (149) ont indiqué fournir aux patients des informations dans le cadre de la médecine préventive.

Les interviews se sont également intéressés aux actions concrètes entreprises par les maisons médicales dans le cadre de la prévention. Il en ressort que la plupart des éventuelles activités de prévention (liste non limitative) portent sur les thèmes suivants :

- Vaccinations (essentiellement vaccins contre la grippe)
- Séances d'information (par exemple dans le cadre du diabète)
- Mammographie
- Gynécologie (frottis)
- Mouvement (cours d'éducation physique)
- Alimentation saine (notamment sous la forme d'ateliers de cuisine)
- Soins dentaires
- Tabacologie
- etc.

Il s'avère également, sur la base des interviews, que certains systèmes informatiques (par exemple Careconnect) fournissent également des **suggestions** pour un certain groupe de patients, par exemple en fonction du sexe, de l'âge, des prescriptions, etc. Certains systèmes généreraient également des « pop-ups » quand le suivi de certains patients (par exemple diabétiques) est requis. Toutefois, ceci n'a été signalé que par un

nombre restreint de maisons médicales. La grande majorité déclare que les systèmes informatiques actuels le font encore trop peu.

Il a été signalé au cours des interviews que différentes actions sont souvent menées **en collaboration avec d'autres maisons médicales** (ou organisations) du voisinage (cf. infra formes de collaboration), et que dans ce cadre, les occasions de contact (cours, ateliers, ...) sont organisés en commun pour les patients des différentes maisons médicales du secteur. Dans le cadre de la prévention, une grande assistance serait également apportée par les infirmiers (par exemple pour les vaccinations) dans les maisons médicales qui ont intégré des soins infirmiers. Comme il a déjà été mentionné, une grande partie des maisons médicales emploie également un travailleur social et/ou un promoteur de santé, ce qui, comme l'indiquent les interviews, s'avère également être une grande aide pour la prise de mesures de prévention.

Les patients seraient informés de ces actions par le biais de brochures et de posters, souvent présentés dans la salle d'attente (ou via écran numérique dans la salle d'attente). Il a par ailleurs été indiqué à plusieurs reprises lors des interviews que les patients qui peuvent bénéficier d'une activité de prévention déterminée (personnes âgées pour le vaccin contre la grippe, patients diabétiques pour les séances d'information, femmes pour la mammographie ou les frottis, ...) sont informées de ces actions via une **notification séparée** (par la poste). D'autres maisons médicales n'informent les patients que pendant la consultation même. En raison de la patientèle fixe des maisons médicales et du fait qu'un DMG est conservé pour tous les patients, la mise en place d'actions de prévention ciblées et leur suivi seraient simplifiées, indiquent les interviews.

**Conclusion :**

93 % des répondantes (149) ont indiqué fournir aux patients des informations dans le cadre de la médecine préventive. Concrete acties die medische huizen zouden ondernemen in het kader van preventie, blijken op basis van de interviews onder meer te zijn: vaccinaties (voornamelijk griepvaccins), infosessies (bijvoorbeeld in het kader van diabetes), mammografie, gynaecologie (uitstrijkjes), beweging (sportlessen), etc.

Il s'avère également, sur la base des interviews, que certains systèmes informatiques (par exemple Careconnect) fournissent également des suggestions pour un certain groupe de patients, par exemple en fonction du sexe, de l'âge, des prescriptions, etc. Cependant, les systèmes informatiques le feraient encore trop peu actuellement. Les systèmes informatiques devraient le permettre de manière plus automatique sur la base des informations contenues dans le DMG (par exemple fumeur, patient diabétique, etc.).

### 2.3.5 Formations des dispensateurs de soins

Dans la section ci-dessous, le nombre de jours de formation par médecin généraliste, kinésithérapeute et infirmier sont comparés entre les maisons médicales en fonction de leur localisation, de leur maturité et de la fédération à laquelle elles sont affiliées ou non.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de répondantes reprises dans cette section, ainsi que le nombre de répondantes qui déclarent ne pas faire de formations (0 dans l'enquête), le nombre moyen de jours de formation qui a été communiqué pour chaque discipline, et les nombres minimum et maximum de jours de formation indiqués par les répondantes.

Tableau 45 - Nombre de réponses relatifs aux jours de formation (2016)

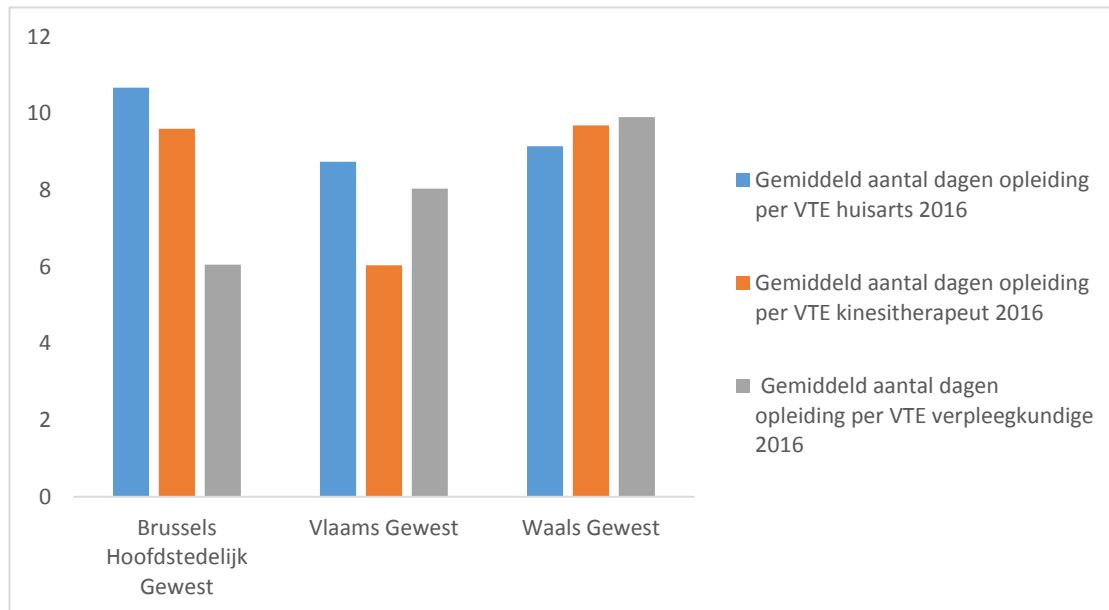
	Médecins généralistes	Kinésithérapeutes	Infirmiers
Nombre de répondantes (nombre ≠ 0)	128	87	112
Nombre de répondantes ayant répondu aucun	7	9	15
Nombre de jours de formation moyen	9,6	7,3	6
Nombre minimum de jours de formation indiqué	0,14	0,5	0,31
Nombre maximum de jours de formation indiqué	43,5	36	108

Source : Enquête KPMG

#### Localisation

La figure 68 indique le nombre moyen de jours de formation par discipline, par région. Il en ressort qu'en moyenne davantage de jours de formation par infirmier et kinésithérapeute ETP sont suivis dans la Région wallonne que dans les 2 autres régions. À Bruxelles, le nombre moyen de jours de formation s'avère une fois encore plus élevé pour les médecins généralistes, en comparaison avec les autres régions.

Figure 68 - Nombre moyen de jours de formation par MKI par région (2016)

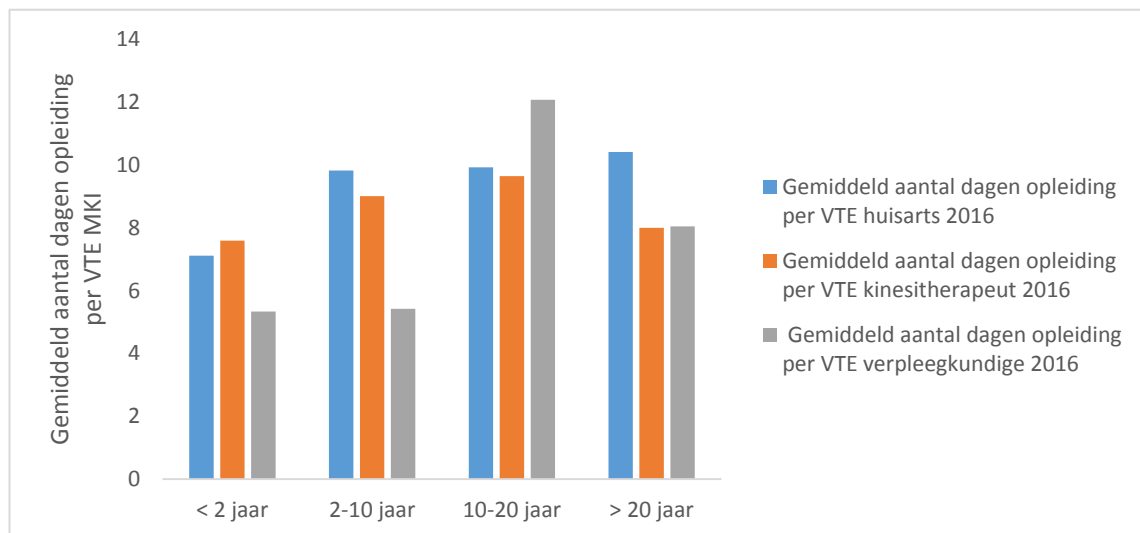


Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le graphique ci-dessous montre le nombre moyen de jours de formation par discipline, en fonction de la maturité des maisons médicales dans le système forfaitaire. Il en ressort que les maisons médicales non matures suivent en moyenne un peu moins de formations que les maisons médicales matures en ce qui concerne les médecins généralistes. Pour les autres disciplines, cette tendance est moins perceptible.

Figure 69 - Nombre moyen de jours de formation par MKI en fonction de la maturité (2016)



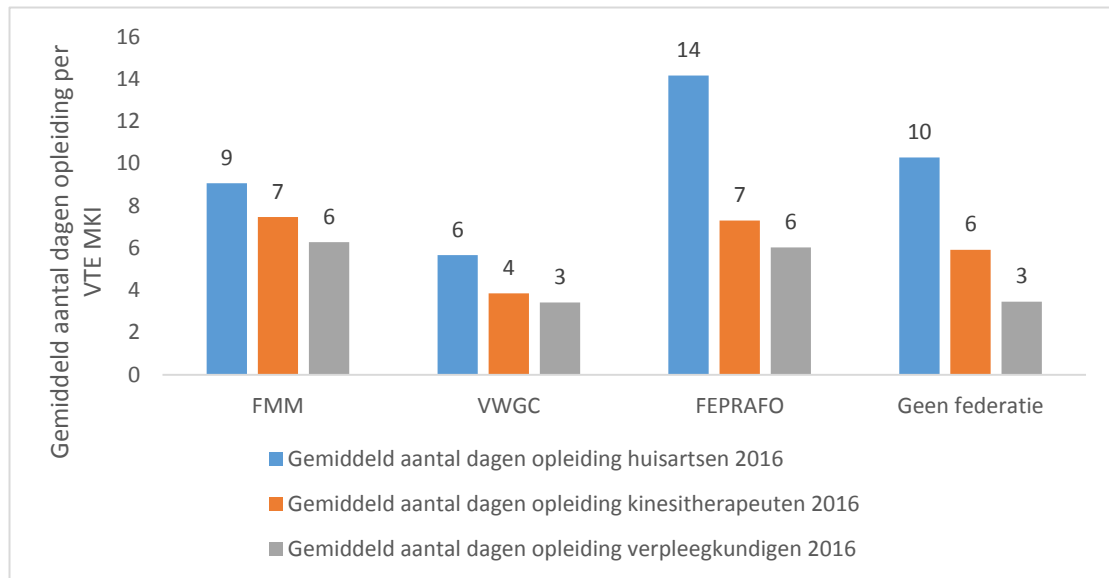
Source : Enquête KPMG

### Fédération

La figure 70 présente, par fédération, le nombre de jours de formation par MKI pour 2016. Il en ressort que ce sont les membres de la FMM qui ont indiqué le plus de jours

de formation par ETP pour les 3 disciplines, à l'exception des membres de Feprafo qui ont indiqué un nombre très élevé de jours de formation par ETP.

Figure 70 - Nombre moyen de jours de formation par MKI par fédération (2016)



Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

Sur la base des résultats de l'enquête, il s'avère que les maisons médicales établies dans la Région wallonne suivent en moyenne davantage de jours de formation par infirmier ETP que dans les 2 autres régions. À Bruxelles, le nombre moyen de jours de formation s'avère une fois encore plus élevé pour les médecins généralistes, en comparaison avec les 2 autres régions. Il s'avère également, sur la base des résultats de l'enquête, que les maisons médicales non matures suivent en moyenne un peu moins de formations que les maisons médicales matures.



## 2.4 Frais d'exploitation, sources et mécanismes de financement

Cette section aborde dans un premier temps les sources et les mécanismes de financement, suivies d'une analyse de ratios basée sur les comptes annuels de Belfirst. Elle se clôturera sur une analyse des coûts basée sur les données de l'enquête.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu global du nombre de maisons médicales pour lesquelles un compte annuel était disponible (soit un rapport annuel de Belfirst soit un rapport annuel annexé à l'enquête), ainsi que le nombre de répondants pour lesquels aucun compte annuel n'était disponible ayant fourni des données sur les coûts dans l'enquête. Il ressort que parmi les 10 maisons médicales pour lesquelles aucun rapport annuel n'était disponible, 5 n'ont pas répondu à l'enquête. Des 5 autres, 4 n'ont démarré leur activité qu'en 2017 (ou durant la 2<sup>de</sup> moitié de 2016). Par conséquent, aucune donnée financière n'est disponible pour la seule maison médicale mature ayant répondu à l'enquête.

Tableau 46 - Aperçu des maisons médicales dont on dispose de données par le biais de Belfirst ou de l'enquête

	Compte annuel Belfirst		Compte annuel annexé		Pas de compte annuel disponible pour 2015 et/ou 2016	
	2015	2016	2015	2016	Structure des coûts remplie	Structure des coûts non remplie
<b>Région</b>	3	98	14	104	20	10
Région de Bruxelles-Capitale	1	33	6	44	10	2
Région flamande	1	26	5	27	1	4
Région wallonne	1	39	3	33	9	4
<b>Fédération</b>	3	98	14	104	20	10
FMM	1	54	5	57	10	4
VWGC		19	4	23		2
FEPRFO		8	3	11	3	1
Pas de fédération	1	9	2	13	7	1
GVHV	1	8		N/A		2
<b>Maturité</b>	3	98	14	103	20	10
Non mature	1	4		7	7	4
Mature	1	85	14	96	13	1

Indéterminé <sup>62</sup>	1	9				5
Forme d'entreprise	3	98	14	103	20	10
A.S.B.L.	2	78	11	78	18	3
SPRL	1	19	3	22	1	1
Autre		1		3	1	1
Indéterminé						5

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

## 2.4.1 Sources et mécanismes de financement

La section suivante analyse les différentes sources de financement dont peuvent bénéficier les maisons médicales. Cette analyse se base sur les résultats de l'enquête et les chiffres obtenus auprès de l'INAMI. Les différents types de sources et de mécanismes de financement y sont d'abord expliqués, ainsi que le financement total reçu par l'ensemble des maisons médicales réunies. Le financement recensé sera ensuite réparti par localisation et par affiliation à une fédération, en fonction du nombre de patients (financement par patient).

Pour cette partie de l'étude, seules les maisons médicales actives dans le cadre du système forfaitaire pendant minimum une année complète durant la période visée par l'enquête (2015-2016) ont été prises en compte. Les données qui ne concernent pas une année complète n'ont pas été prises en compte. Leur comparaison avec celles des maisons médicales actives pendant une année est en effet impossible et une extrapolation pourrait entraîner des surestimations. Par exemple, pour un répondant ayant adhéré au système forfaitaire en septembre 2015, seules les données de financement de 2016 ont été utilisées.

En 2015, 130 répondants sur 160 étaient fonctionnaires déjà avec le système forfaitaire. Ces répondants ont été inclus dans les analyses de 2015 et de 2016. 13 répondants ont été exclus des analyses de 2015 et 17 maisons médicales ont été exclues des analyses de 2016. Le tableau 47 fournit un aperçu du nombre de répondants pris en compte dans les analyses de 2015 et de 2016.

Tableau 47 - Nombre de répondants pour l'analyse des sources et des mécanismes de financement

Nombre total de répondants	Nombre total de répondants inclus dans les analyses de 2015	Nombre total de répondants inclus dans les analyses de 2016
160	130	143

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

<sup>62</sup> Maturité et forme de société uniquement connues pour les maisons médicales de l'enquête

#### 2.4.1.1 Les différentes sources de financement

Plusieurs sources et mécanismes de financement possibles soutiennent le fonctionnement des maisons médicales qui travaillent avec le système forfaitaire. Ce rapport opère une distinction entre 3 catégories :

- **Indemnité forfaitaire.** Comme nous l'avons déjà expliqué dans l'introduction, les maisons médicales qui travaillent avec le système forfaitaire peuvent bénéficier d'une indemnité forfaitaire par patient s'ils proposent une ou plusieurs disciplines (médecine générale, kinésithérapie et/ou soins infirmiers) au sein de leur maison médicale. La majorité des prestations <sup>63</sup>dispensées par ces dispensateurs de soins aux patients inscrits dans la maison médicale est alors couverte par le forfait. Les prestations dispensées par tout autre éventuel dispensateur de soins employé dans la maison médicale, mais qui opère en dehors des disciplines mentionnées ci-dessus, ne sont pas couvertes par le forfait. Comme nous l'avons déjà mentionné dans les sections précédentes, ces coûts salariaux sont soit indemnisés par la maison médicale sur la base de ses revenus, soit comptabilisés par le dispensateur de soins concerné (que ce soit par l'intermédiaire du tiers payant ou non), soit par un montant symbolique recouvré auprès du patient. Les maisons médicales sont libres d'user du forfait qu'elles reçoivent pour les disciplines proposées et éventuellement de l'utiliser pour indemniser les dispensateurs de soins en dehors des 3 disciplines pour lesquelles le forfait a été obtenu à l'origine. Lors des interviews, il a été indiqué que cette liberté de choix est importante pour que les maisons médicales puissent librement déterminer l'organisation du fonctionnement de la maison médicale ;
- Les indemnités perçues dans le cadre du **Maribel** <sup>64</sup>social et <sup>65</sup>fiscal, ci-dessous regroupées dans la catégorie « **Maribel** » ;
- **Indemnités diverses** perçues des administrations locales, provinciales, régionales et fédérales. Celles-ci pouvant considérablement varier d'une maison médicale à l'autre (notamment si la maison médicale recherche activement des sponsors, des projets dans le voisinage, etc.) et étant donné la spécificité particulière d'un grand nombre de sources de financement renseignées, celles-ci sont regroupées sous « Divers » dans cette section. La liste des différentes indemnités renseignées par les répondants de l'enquête est fournie à l'annexe 3.5.

En outre, pour certaines **prestations techniques**, les maisons médicales facturent à leurs patients un montant supplémentaire par prestation. Sur la base des données de l'INAMI, ce

---

<sup>63</sup> À l'exception des prestations techniques pour lesquelles une indemnité par prestation peut encore être comptabilisée, et des services de garde et des exceptions prévues dans l'AR du 13 avril 2013.

<sup>64</sup> « L'objectif du Maribel social est de promouvoir l'emploi, principalement, dans le secteur non-marchand par la création d'emplois supplémentaires. Les employeurs reçoivent une intervention d'un Fonds Maribel social pour les coûts salariaux des nouveaux emplois. Deze specifieke sectorfondsen worden gefinancierd via RSZ-middelen. » (source : <http://www.emploi.belgique.be/maribelsocial/>)

<sup>65</sup> « À côté du financement par le biais de la mutualisation des cotisations ONSS, les fonds reçoivent des moyens via le Maribel fiscal. Il s'agit d'une partie du précompte professionnel que l'employeur déduit du salaire de ses travailleurs et transfère aux services fiscaux. » (source : <http://www.emploi.belgique.be/maribelsocial/>)

montant s'élevait en 2016 en moyenne à 10,64 € par patient et par an.<sup>66</sup> Seules les données annuelles des maisons médicales qui travaillent avec le système forfaitaire depuis une année complète ont été incluses dans le calcul de cette moyenne.

Il ressort des interviews que certaines maisons médicales ne facturent aucune prestation technique, d'une part en raison de l'administration auxquelles elles seraient associées et, d'autre part, en raison du manque de clarté qui règnerait sur les prestations à facturer et/ou de l'absence de volonté de les faire payer aux patients pour en accroître l'accessibilité.

Enfin, une proportion limitée de maisons médicales (moins de 5 %) de l'enquête a indiqué imputer des **contributions personnelles** à ses patients. Ces montants étaient chaque fois négligeables et ne sont donc pas considérés comme une source de financement distincte.

Les analyses suivantes traitent les données financières de l'enquête relatives aux indemnités Maribel et aux indemnités diverses. L'analyse des indemnités forfaitaires par maison médicale se sert des données reçues de l'INAMI.<sup>67</sup> L'étape suivante analyse les sources de financement en fonction du nombre de patients.<sup>68</sup> Les données relatives aux prestations techniques et aux contributions personnelles n'ont pas été incluses dans cette analyse de financement.

## 2.4.1.2 Analyse

### 2.4.1.2.1 Financement total

Sur la base des données communiquées, le financement total perçu par les maisons médicales s'élève à 150,3 millions d'euros en 2015 et à 164,9 millions d'euros en 2016 (voir Figure 71). Entre 2015 et 2016, les indemnités forfaitaires ont augmenté d'environ 12,8 millions d'euros et les indemnités Maribel de 2,4 millions d'euros. Sur la même période, les différentes indemnités octroyées par les administrations locales, provinciales, régionales et fédérales ont diminué d'environ 0,6 million d'euros.

---

<sup>66</sup> Pour 2016, ce montant représente en moyenne plus de 153 maisons médicales. Ces données se basent sur les données de l'INAMI. Pour 2015, la moyenne par patient s'élève à 10,97 €. Cette moyenne est basée sur 139 maisons médicales.

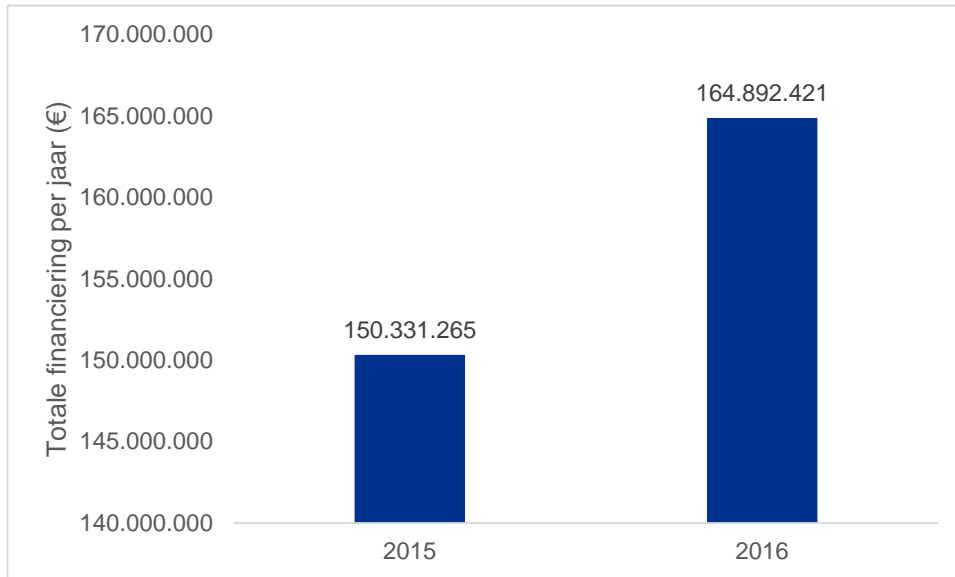
<sup>67</sup> De volgende assumpties werden gemaakt bij het categoriseren van de vergoedingen:

- Les montants négatifs sont supposés se rapporter au remboursement des indemnités antérieures (rectifications). Les montants négatifs sont peu apparus (7x) et concentrés dans trois maisons médicales. En outre, les montants négatifs s'élevaient toujours à moins de 0,2 % du financement total pour l'année en question.
- Lorsqu'aucune indemnité n'est indiquée pour une catégorie particulière, on suppose que les indemnités de cette catégorie de financement sont égales à zéro. Le cas ne se présente jamais pour les indemnités forfaitaires.

Pour une maison médicale, on constate en outre une augmentation notable du montant de forfaits perçus. Le montant de forfaits perçus en 2016 est trois fois plus élevé qu'en 2015. On ne constate toutefois aucune augmentation du nombre de patients entre 2015 et 2016.

<sup>68</sup> Dans les analyses du financement par patient, deux maisons médicales ont été exclues des calculs. Le motif de l'exclusion est un renseignement probablement erroné du nombre de patients dans l'enquête.

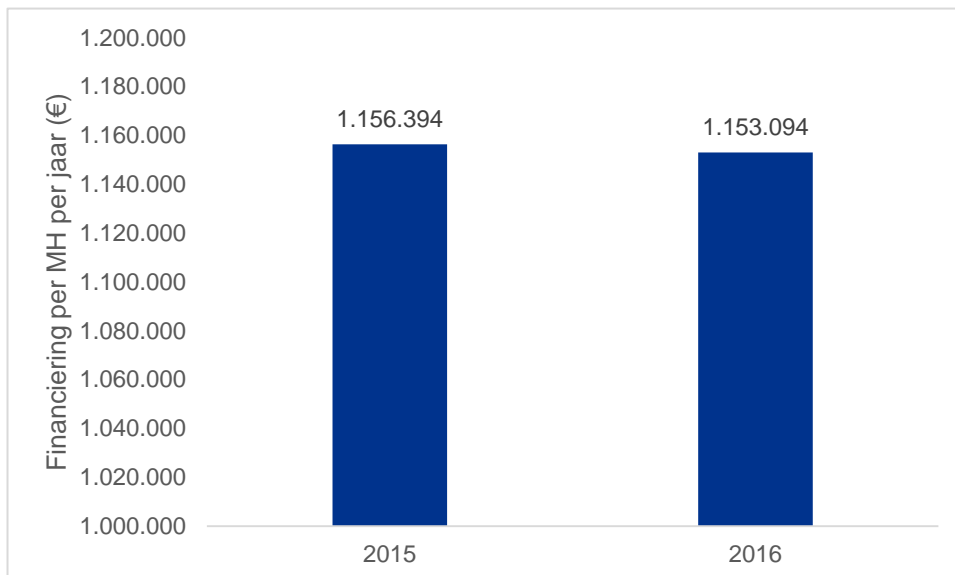
Figure 71 - Financement total en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

Toutefois, cette augmentation globale de 14,6 millions ne peut s'expliquer que par le nombre plus important de maisons médicales pour lesquelles des données annuelles complètes sont disponibles en 2016 (143 en 2016 contre 130 en 2015). Lorsque l'on dresse le bilan du financement total moyen par maison médicale, on peut établir que celui-ci s'élève à environ 1,15 million d'euros pour les deux années (voir figure 72).

Figure 72 - Financement par maison médicale en 2015 & 2016

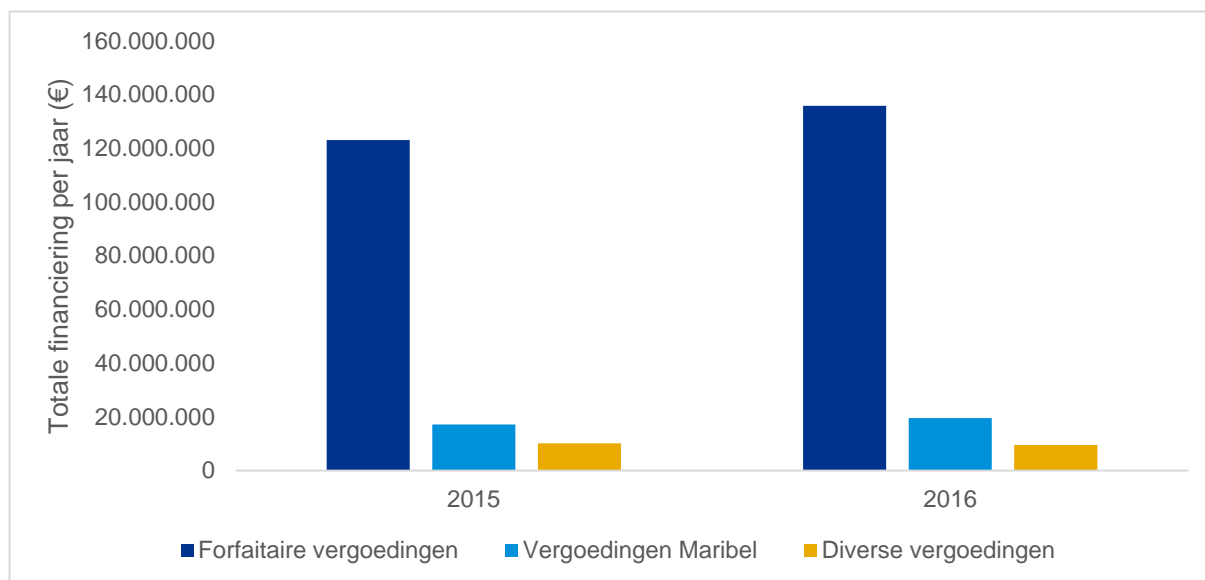


Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

La figure 73 montre le financement total ventilé en fonction des 3 mécanismes de financement mentionnés ci-dessus. Logiquement, les indemnités forfaitaires reçues de l'INAMI représentent la plus importante source de financement des maisons médicales

(82 % du financement total reçu en 2016). Les indemnités Maribel s'élèvent à 17,1 millions d'euros (12 % du total des indemnités) et les indemnités diverses s'élèvent à 10,1 millions d'euros (6 %). En raison du plus grand échantillon de répondants inclus dans l'analyse de 2016, l'importance de ces indemnités change, mais les ratios demeurent toutefois pratiquement identiques.

Figure 73 - Financement total en 2015 et 2016 ventilé par source de financement.

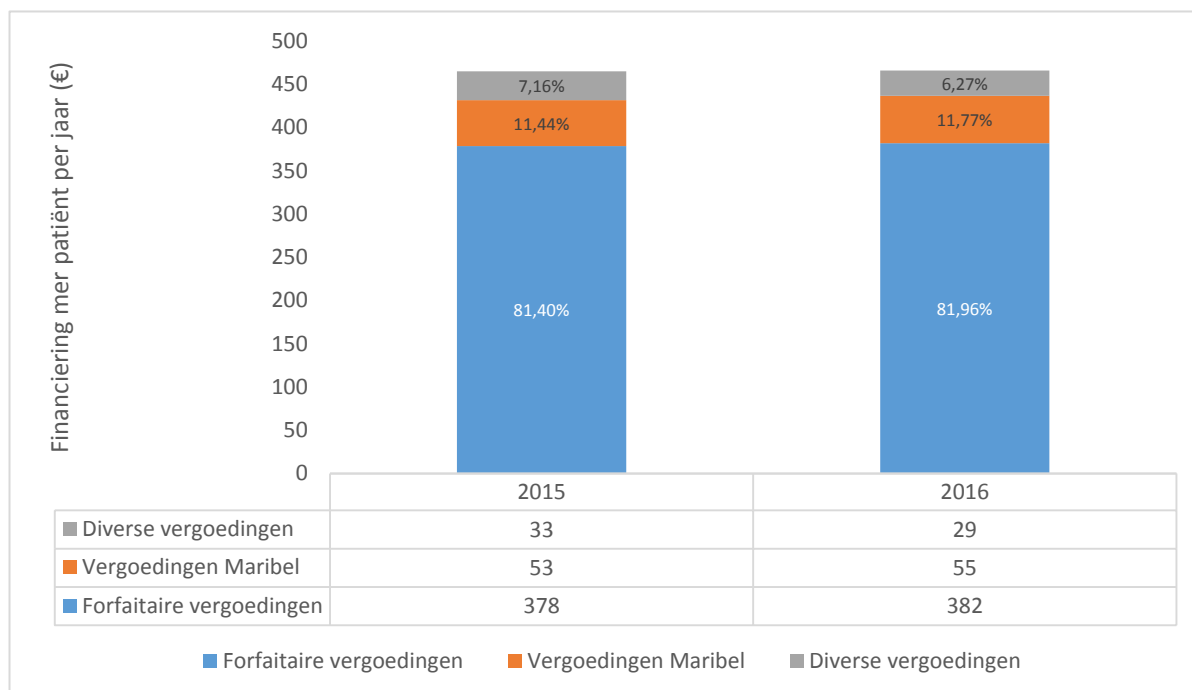


Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

La figure 74 illustre le financement moyen par catégorie d'indemnité et par patient. Les ratios entre les différentes indemnités sont similaires à ceux du financement total (voir figure précédente). En exprimant le financement total par maison médicale en fonction du nombre de patients de celles-ci, on évite que d'éventuelles différences de taille des maisons médicales influencent les résultats. Pour le calcul du financement total par patient, la patientèle totale (assurés et non assurés) renseignée pendant l'enquête a été prise en compte. Les soins des personnes non assurées donnent droit à une indemnité forfaitaire du CPAS. Celle-ci fait également partie du financement total des répondants<sup>69</sup>. Lors du calcul du forfait par patient (comme l'illustre la figure ci-dessous), on fait abstraction des patients non assurés car pour ces patients, l'INAMI ne verse aucun montant forfaitaire.

<sup>69</sup> L'enquête a également fait état des revenus provenant du CPAS. Lors des interviews, il a été indiqué qu'il était possible d'obtenir une indemnité forfaitaire pour les soins des non-assurés transférés par le CPAS.

Figure 74 - Financement par patient assuré en 2015 et 2016, ventilé en fonction des différentes sources de financement.



Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

Il ressort de l'analyse ci-dessus que le financement total par patient est presque identique pour les deux années. Les deux années affichent également un ratio entre les différentes sources de financement très similaire.

Les analyses suivantes ventilent le financement obtenu par les répondants en fonction de leur localisation et de leur fédération. Étant donné que seules 5 des 143 maisons médicales (2016) sont non matures, aucune analyse de maturité n'est présentée (échantillon trop petit pour établir des distinctions et formuler des conclusions pertinentes sur la maturité). Lors de l'évaluation des éventuelles différences entre ces groupes, le financement total par patient est également examiné dans chaque cas, et ce pour éviter que d'éventuelles différences de taille des maisons médicales affectent les résultats.

### Localisation

Le tableau 48 montre la répartition des répondants inclus dans l'analyse financière dans les différentes régions, tant pour 2015 que pour 2016.

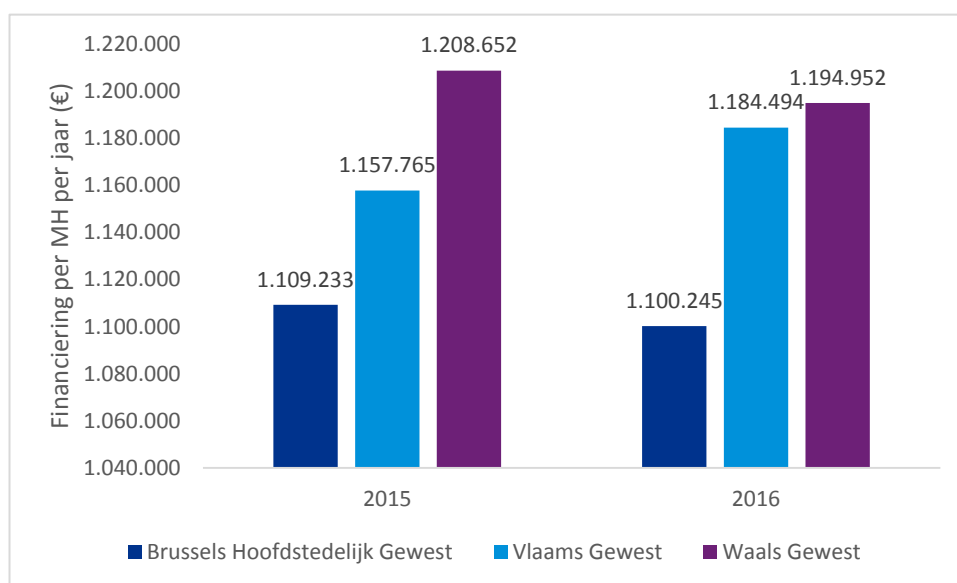
Tableau 48 - Description des groupes par rapport à leur localisation.

	Région Bruxelles- Capitale	de	Région flamande	Région wallonne	Total
<b>2015</b>		54	28	48	130
<b>2016</b>		60	29	54	143

Source : Enquête KPMG

La figure 75 ci-dessous illustre la comparaison du financement moyen par maison médicale entre les différentes régions en 2015 et 2016. Il en ressort qu'au cours des deux années, les répondants basés en Région wallonne ont reçu le montant de financement le plus élevé. Sur la base de l'enquête et des données reçues de l'INAMI, une maison médicale située en Région wallonne a reçu en moyenne 1,21 million d'euros en 2015 et 1,19 million d'euros en 2016. Pour une maison médicale située en Région flamande, ce chiffre s'élève en moyenne à 1,16 million d'euros et 1,18 million d'euros en 2016. Une maison médicale située en Région de Bruxelles-Capitale reçoit en moyenne le moins, soit 1,11 million d'euros en 2015 et 1,10 million d'euros en 2016. La comparaison entre 2015 et 2016 permet de conclure que l'évolution entre les deux années est infime.

Figure 75 - Financement par maison médicale en 2015 et 2016 réparti entre les régions.

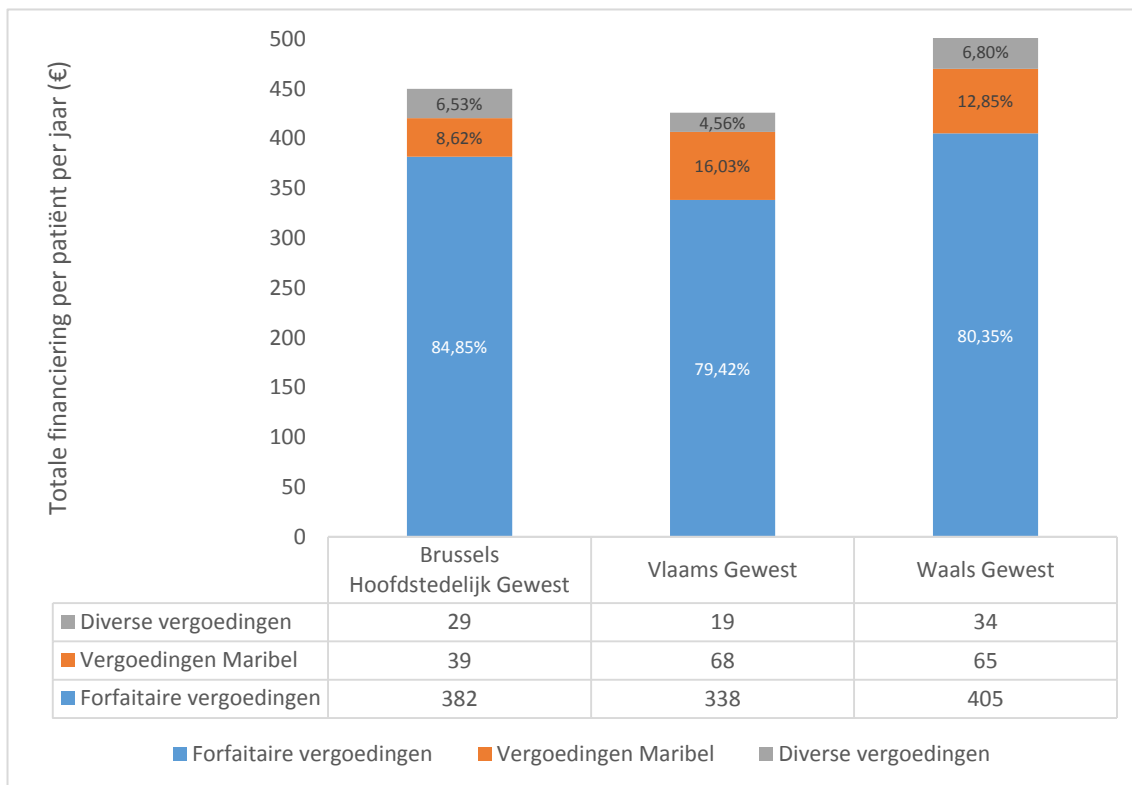


Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

La figure 76 compare le financement moyen par patient assuré entre les maisons médicales des différentes régions. Le financement total de chaque région y est également ventilé par source de financement. L'importance relative de chaque source de financement est exprimée en pourcentage pour chaque région. Conformément aux observations précédemment faites au sujet de l'échantillon total de répondants, les évolutions entre 2015 et 2016 sont très limitées. En outre, la ventilation du financement total par source de financement est également très similaire pour les deux années. Pour ces raisons, seules les données de 2016 sont représentées dans la figure 76.



Figure76 - Financement par patient assuré en 2016, ventilé en fonction des différentes sources de financement réparties entre les régions



Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

Il ressort de l'analyse ci-dessus qu'en 2016, une maison médicale située en Région de Bruxelles-Capitale a reçu en moyenne 382 € d'indemnités forfaitaires par patient assuré. En Région flamande, l'indemnité forfaitaire moyenne par patient assuré s'élève à 338 euros. En Wallonie, l'indemnité forfaitaire moyenne par patient assuré est la plus élevée, à savoir 405 € par patient.

Il convient également de noter qu'en 2016, le financement d'une maison médicale en Région de Bruxelles-Capitale est constitué à 85 % de forfaits. Ce ratio est légèrement inférieur pour les répondants situés en Région flamande et wallonne, à savoir respectivement 79 % et 80 %.

En 2016, les maisons médicales de la Région flamande ont perçu une part de financement issue des indemnités Maribel relativement plus importante que les maisons médicales des Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale (16 % contre respectivement 13 % et 9 %). En 2016, l'importance relative des indemnités diverses a fluctué, pour les 3 régions, entre 5 % et 7 %.

### Fédération

Le tableau 49 montre la répartition des répondants telle qu'elle figure dans les analyses relatives à la fédération, tant en 2015 qu'en 2016. Étant donné que la FMM compte le plus grand nombre de membres matures (voir plus haut) et que les analyses de financement excluent souvent les maisons médicales non matures en raison d'un

manque de données, cette fédération représente également le plus grand nombre de répondants dans les analyses suivantes.

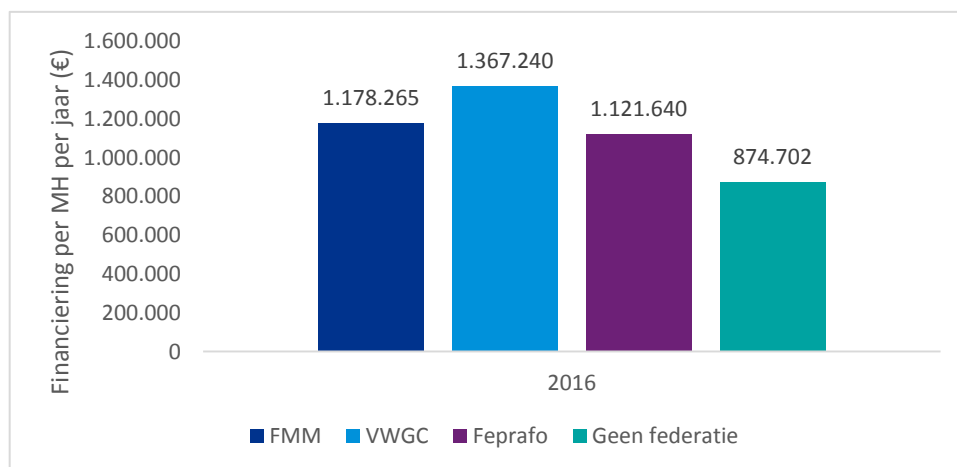
Tableau49 - Description des groupes basée sur la fédération

	FMM	VWGC	Feprafo	Pas de fédération	Total
2015	78	24	12	16	130
2016	80	24	15	24	143

Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

La figure 77 illustre le financement moyen par maison médicale en 2016, ventilé en fonction de la fédération. Les chiffres de 2015 ne sont pas repris, car ils sont très similaires à ceux de 2016. Il ressort du graphique que les répondants membres de la fédération VWGC ont en moyenne perçu le plus grand montant par maison médicale, soit 1,37 million d'euros en 2016. Les maisons médicales appartenant à la FMM ont en moyenne reçu 1,18 million d'euros de moyens financiers en 2016. Les maisons médicales appartenant à la Feprafo ont en moyenne reçu 1,12 million d'euros en 2016. Les maisons médicales qui ne sont affiliées à aucune fédération reçoivent en moyenne le moins, soit 0,87 million en 2016. Ces chiffres sont conformes aux observations faites lors des interviews, qui indiquent que ces maisons médicales sont souvent moins bien informées des possibilités de sources de financement (voir ci-dessus).

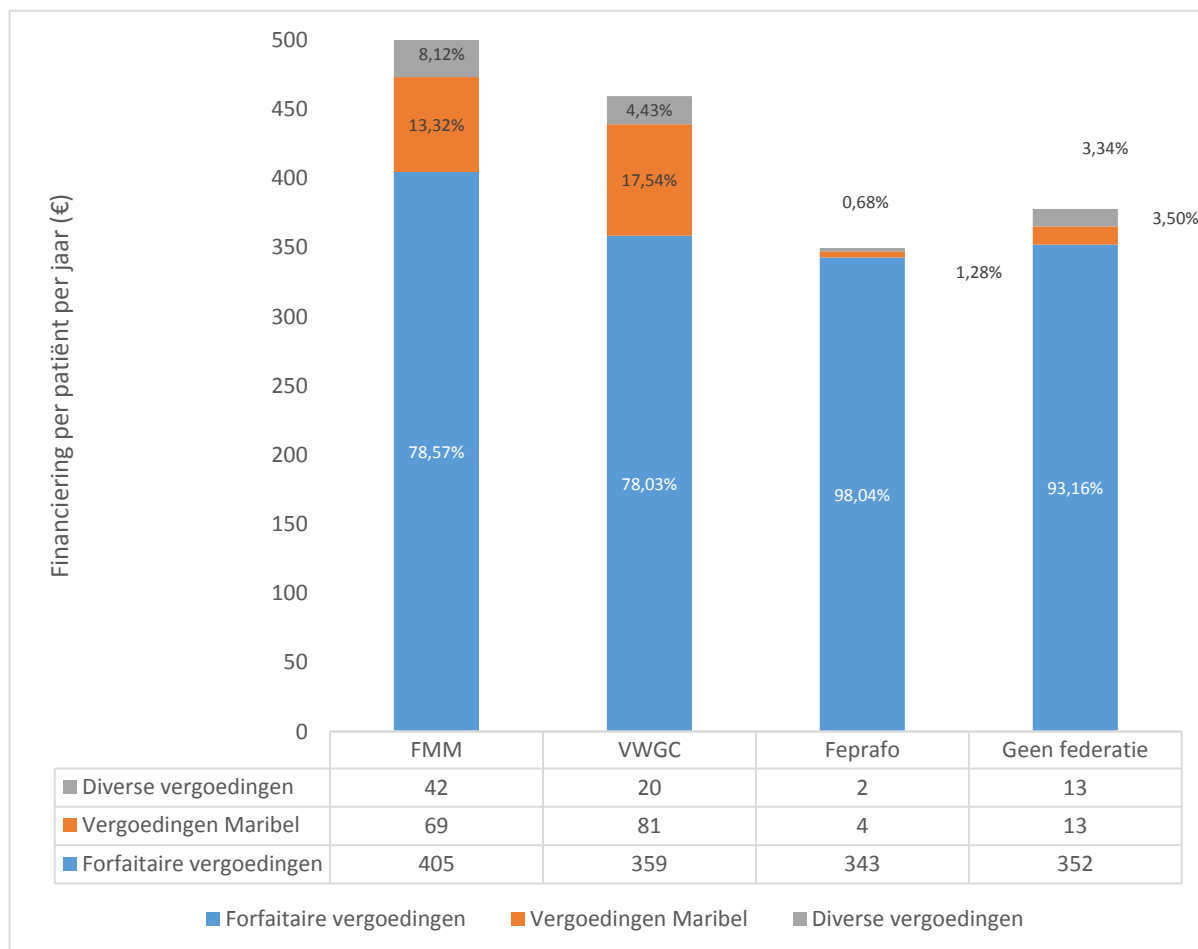
Figure77 - Financement par maison médicale en 2016 réparti entre les fédérations



Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

La figure 78 illustre le financement total ventilé par source de financement et exprimé en fonction du nombre de patients assurés. Il en ressort qu'en 2016, une maison médicale affiliée à la FMM a reçu en moyenne 515 euros de financement par patient assuré, suivie par les maisons médicales membres de la VWGC avec une moyenne de 460 euros par patient assuré en 2016. En 2016, les maisons médicales qui ne sont affiliées à aucune fédération ont reçu en moyenne 378 euros par patient assuré et les membres de la Feprafo ont reçu en moyenne 350 euros par patient assuré. Ces chiffres sont illustrés dans la figure ci-dessous.

Figure 78 - Financement par patient assuré en 2016, ventilé en fonction des différentes sources de financement réparties entre les fédérations



Source : Enquête KPMG et données de l'INAMI

L'importance relative de chaque source de financement au sein de chaque fédération est également illustrée dans la figure ci-dessus. Il en ressort que pour les maisons médicales affiliées à la FMM et la VWGC, l'importance relative des indemnités forfaitaires s'élève à chaque fois à environ 78 %. Elle est plus élevée pour les membres de la Feprafo et les répondants non affiliés à une fédération, à savoir respectivement 98,04 % et 93,16 %. Étant donné que les maisons médicales affiliées à la Feprafo n'ont pratiquement pas recours à d'autres sources de financement, le financement de ces maisons médicales dépend presque exclusivement des forfaits. Néanmoins, en montant absolu, le financement qu'elles perçoivent de l'INAMI est le plus faible, soit 343 euros par patient assuré. En revanche, les maisons médicales affiliées à la FMM reçoivent en moyenne le forfait le plus élevé par patient assuré. Cela peut s'expliquer par le fait que la FMM compte une grande proportion de maisons médicales matures parmi ses membres et que les maisons matures ont en moyennent des patients plus âgés, des patients souffrant de maladies chroniques et des patients bénéficiant d'une intervention plus élevée (voir profil des patients). En outre, en 2016, ces membres ont également

reçu le montant le plus élevé de diverses sources de financement comparativement aux autres catégories.

Les maisons médicales affiliées à la VWGC sont celles qui réclament le plus d'indemnités Maribel. En moyenne, cette source représente 17,5 % de leur financement. L'une des raisons possibles qui ressort des interviews pourrait résider dans le fait que ces maisons médicales emploient davantage de personnel sous contrat (par opposition à des dispensateurs de soins indépendants).

#### *2.4.1.2.2 Commentaires recueillis sur le calcul du forfait lors des interviews*

Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'introduction, le forfait est calculé sur la base de la maturité de la maison médicale, ainsi que de diverses variables qui déterminent la taille du budget. Une maison médicale non mature qui débute son activité reçoit un forfait moyen par patient, alors que le forfait des maisons médicales matures est recalculé annuellement en fonction des soins que leurs patients nécessitent (âge, sexe, maladie chronique, etc.) pour autant que celle-ci compte une patientèle de 500 bénéficiaires inscrits. Cependant, au cours des interviews, il a souvent été mentionné que le **calcul actuel du forfait n'inclut pas les variables adéquates** pour déterminer les besoins en soins de la population, de sorte que le budget ne serait pas correctement réparti. Bien que l'évaluation du calcul du forfait n'entre pas dans le cadre de cette étude, cette section reprend néanmoins certains commentaires sur le calcul du forfait qui ont été formulés pendant les interviews.

Les variables qui, **selon une partie des interviews**, seraient insuffisamment prises en compte dans le calcul actuel du forfait sont énumérées ci-dessous :

- Le surcoût des **forfaits de soins infirmiers B & C** (pour les patients nécessitant de nombreux soins à domicile [p. ex. patients alités]) et des **pathologies E** (pour les patients qui nécessitent davantage de kinésithérapie (p. ex. patients atteints d'un grave trouble musculaire). Bien qu'elles aient été incluses dans le budget, selon certaines maisons médicales, elles n'auraient pas été prises en compte dans la répartition du budget par maison médicale, de sorte que les maisons médicales dispensant des soins pour les forfaits B et C ne seraient pas suffisamment indemnisées. Cela serait dû à un défaut d'enregistrement. Il ressort dès lors des interviews que ce groupe de patients serait fortement sous-représenté dans le système forfaitaire, car les maisons médicales ne recevraient pas assez de financement pour ceux-ci. Une des maisons médicales interrogées indique que cette sous-représentation pourrait être examinée en comparant le nombre de personnes âgées nécessitant des soins dans les deux systèmes (forfait et par prestation). Une maison médicale interviewée a indiqué que si ces variables étaient mieux représentées dans la répartition du budget, les maisons médicales n'auraient aucun intérêt à ne pas prendre soin de ces patients. À l'heure actuelle, la grande majorité des patients bénéficiant de forfaits B et C seraient inscrits

dans le système forfaitaire de maisons médicales qui ne proposent pas la discipline des soins infirmiers au sein de leur maison médicale.

- Selon certaines maisons médicales, le forfait affecté aux kinésithérapeutes serait trop faible (calculé sur la base d'un diplôme de baccalauréat alors qu'il s'agit d'un master), de sorte que le forfait reçu pour d'autres disciplines serait souvent utilisé pour rembourser la kinésithérapie.
- Selon certaines maisons médicales interrogées, **l'origine**, souvent associée à **l'allophonie**, augmenterait considérablement la charge de travail. Les maisons médicales qui comptent de nombreux patients allophones font parfois appel à un interprète, qui doit être préalablement réservé, pour assister à la consultation. En outre, ils s'arrangent souvent avec Internet, des collaborateurs internes qui parlent la langue, ou par le biais du projet « Médiation interculturelle pour les médecins généralistes », une initiative du SPF Santé Publique qui permet de faire appel à des intermédiaires par vidéoconférences.
- **La problématique des soins de santé mentale.** Principalement à Bruxelles, mais aussi dans les autres régions, une grande partie des patients souffrirait de troubles mentaux et, selon les maisons médicales interrogées, ceux-ci se présenteraient souvent en consultation. Les consultations de ces patients porteraient souvent sur plusieurs problèmes simultanés (par ex. problèmes de sommeil, problèmes d'argent, problèmes de logement, etc.). D'après les interviews, la psychose serait déjà partiellement incluse dans le calcul du forfait. De nombreux patients n'entreraient toutefois pas dans cette catégorie.
- Les patients avec des **soins complexes de première ligne** obtiendraient souvent une reconnaissance de l'assurance maladie, mais selon les interviews, ces derniers ne seraient pas inclus dans les variables utilisées : notamment les patients palliatifs, les patients reconnus dans un centre de douleur pluridisciplinaire ou dans un centre pour les troubles neuromoteurs. Les soins des **patients en maison de repos** seraient également élevés et ne seraient pas suffisamment pris en compte dans le calcul et la distribution du forfait.
- **Prévention.** D'après les interviews, les maisons médicales investissent énormément dans la prévention, mais les efforts consentis dans ce cadre ne seraient pas inclus dans l'indemnité forfaitaire. Le nombre d'ordonnances de médicaments figurerait bien dans le calcul du forfait, contrairement aux mesures de prévention. En prenant davantage de mesures préventives, les maisons médicales qui se concentrent davantage sur la prévention que sur la prescription de médicaments seraient donc « pénalisées » à cet égard.
- **Population analphabète et peu qualifiée.** Ces consultations exigeraient souvent plus de temps et de suivi, car les patients ne comprennent pas toujours immédiatement les conseils et le diagnostic.
- **Toxicomanie.** Selon certaines des maisons médicales interrogées dans le cadre de l'enquête, les patients dépendants auraient également d'importants besoins en soins qui ne seraient pas pris en compte dans le calcul du budget.

Ménages avec de nombreux **jeunes enfants**. Ceux-ci se rendraient généralement plus souvent en consultation.

Les interviews ont mis en évidence la nécessité d'un **solide outil de mesure** pour recenser les besoins en soins au sein de chaque maison médicale et mieux y faire correspondre la répartition du budget forfaitaire.

Au cours des interviews, il a également été indiqué que les **éléments** repris dans le **DMG** pourraient constituer une source pour déterminer les variables pouvant être prises en compte dans le calcul du forfait. Cela permettrait en outre de promouvoir l'enregistrement et la qualité des DMG, car le contenu de ces derniers pourrait avoir des implications financières. Pour ces opérations, les progiciels disponibles doivent permettre un enregistrement et une extraction suffisants.

Certaines maisons médicales nécessiteraient également de percevoir le **forfait moyen** par patient afin de soutenir leur lancement (puisqu'elles doivent souvent assurer la même continuité de soins avec une patientèle très réduite). Dans le cas des maisons médicales qui sont passées d'un cabinet (groupe) existant à un système forfaitaire avec un nombre de patients déjà élevé (par l'inclusion de leur patientèle existante), on pourrait déterminer la possibilité de calculer le montant forfaitaire effectif dès le démarrage (au lieu d'octroyer un montant forfaitaire moyen par patient pendant les deux premières années).

En outre, il a également été soulevé que **l'adaptation de l'indemnité forfaitaire** octroyée aux maisons médicales non matures qui passent au statut de « maison médicale mature » peut prendre un certain temps, de sorte qu'une maison médicale peut déjà travailler avec le système forfaitaire depuis 3 à 4 ans tout en continuant à percevoir le forfait moyen pour ses patients. Il convient donc de recalculer le forfait le plus rapidement possible après la conversion, afin que la répartition du budget et que l'indemnité par maison médicale soient aussi précises que possible.

La circulation des **informations** relatives au **calcul** ou à l'adaptation du forfait semble très lente, ce qui compliquerait la planification financière des maisons médicales. En outre, plusieurs maisons médicales (principalement des maisons médicales non matures) semblent méconnaître, ou connaître de façon très limitée, le mécanisme utilisé pour le calcul du forfait, les variables prises en compte, l'impact d'une adaptation ou d'un recalcul éventuels (pour les maisons médicales non matures), etc. Il conviendrait dans ce cadre de créer davantage de **transparence** afin que les maisons médicales puissent anticiper toute modification future de leur budget.

Enfin, il ressort des interviews que les **règlements** existants aux **différents niveaux** (fédéral vs. régional) ne sont pas alignés. Les conditions imposées aux maisons médicales dans le système forfaitaire pour l'obtention de subventions régionales sont différentes de celles du niveau fédéral. Par exemple, il apparaît que la présence d'une

structure A.S.B.L. n'est pas obligatoire dans la réglementation fédérale, mais bien dans certains décrets régionaux (par exemple le décret de la Communauté Française), l'intégration d'un assistant social dans la maison médicale est une condition pour obtenir certaines subventions en Flandre (bien que cela ne soit pas obligatoire au niveau fédéral), etc.

**Conclusion :**

L'exploitation de maisons médicales dans le **système forfaitaire** peut être soutenue par **différents mécanismes et différentes sources de financement : indemnités forfaitaires**, indemnités dans le cadre du **Maribel** social et fiscal et **indemnités diverses** octroyées par les autorités locales, provinciales, régionales et fédérales.

En outre, pour certaines **prestations techniques**, les maisons médicales facturent à leurs patients un montant supplémentaire par prestation. Les interviews ont révélé que les maisons médicales limitent ces prestations techniques par patient afin d'éviter le travail administratif qui en découle, en raison d'un manque de clarté quant aux prestations à facturer ou pour en augmenter l'accessibilité.

Le **financement par patient** se compose en moyenne à 81 % d'indemnités forfaitaires. En moyenne, les indemnités perçues dans le cadre du Maribel social et fiscal s'élèvent à 12 % du financement par patient et les indemnités diverses à 7 %.

Les maisons médicales de la **Région de Bruxelles-Capitale** font proportionnellement moins usage des indemnités octroyées dans le cadre du **Maribel**. De même, pour les maisons médicales affiliées à la **Feprafo** et **non affiliées**, l'importance de cette source de financement est limitée.

Lors des interviews, plusieurs maisons médicales ont indiqué que le **calcul actuel du forfait ne contient pas les bonnes variables**, de sorte que le budget n'est pas correctement réparti. Ces répondants ont indiqué que le calcul ne tient pas suffisamment compte du surcoût lié aux forfaits de soins infirmiers B & C, aux allophones et aux problèmes de santé mentale des patients et de l'importance des investissements consentis par la maison médicale dans la prévention. Les interviews ont mis en évidence la nécessité d'un **solide outil de mesure** pour recenser les besoins en soins au sein de chaque maison médicale et mieux y faire correspondre la répartition du budget forfaitaire.

De plus, un certain nombre de répondants ont indiqué que les **adaptations de l'indemnité forfaitaire**, lorsque les maisons médicales passent de non matures à matures, traîne souvent en longueur. Enfin, il ressort des interviews que les **règlements** existants aux **différents niveaux** (fédéral vs. régional) ne sont pas alignés. Les conditions imposées aux maisons médicales dans le système forfaitaire pour l'obtention de subventions régionales sont différentes de celles du niveau fédéral.

## 2.4.2 Analyse des ratios

Ce chapitre analyse les principaux indicateurs et ratios financiers des maisons médicales ayant des comptes annuels disponibles chez Belfirst. Nous fournirons ensuite une brève explication de la méthodologie et des ratios utilisés, suivie d'une explication détaillée des ratios sélectionnés pour l'ensemble de l'échantillon de répondants.

### 2.4.2.1 Méthodologie

Pour l'analyse des ratios, nous avons utilisé les rapports annuels des maisons médicales disponibles auprès de Belfirst pour 2015 et/ou 2016. Chez Belfirst, nous avons trouvé des comptes annuels pour 101 des 175 maisons médicales. Les analyses des ratios sont basées sur les comptes annuels de ces 101 maisons médicales. Pour les maisons médicales présentant des ratios notables, nous fournissons une vue détaillée par ratio avec les groupes auxquels elles appartiennent. Ces groupes sont uniquement illustrés pour les maisons médicales qui ont effectivement participé à l'enquête, car les groupes sont déterminés sur la base de l'enquête. Pour 91 des 160 répondants, un rapport annuel a été trouvé chez Belfirst et des groupes ont pu être définis. Pour 10 maisons médicales, des données ont été trouvées chez Belfirst, mais aucune enquête n'a été complétée. Les groupes qui se distinguent sont identiques à ceux du chapitre sur les sources de financement. En outre, on distingue trois groupes supplémentaires. Ceux-ci sont également analysés dans le chapitre sur les frais d'exploitation. Ces groupes supplémentaires sont : forme d'entreprise (S.P.R.L. ou A.S.B.L.), nombre de disciplines MKI proposées et nombre de patients. Sur la base du nombre de patients, on opère une distinction entre les maisons médicales de moins de 2000 patients, les maisons médicales avec une patientèle comprise entre 2000 et 4000 patients et les maisons médicales avec plus de 4000 patients.<sup>70</sup>

Étant donné que toutes les maisons médicales ne disposent pas de comptes annuels pour les deux années, un aperçu des données utilisées est repris dans le tableau 50. Au total, on dénombre 96 maisons médicales avec des comptes annuels pour 2015 et 2016, 3 maisons médicales avec des comptes annuels pour 2015 uniquement et 2 maisons médicales avec des comptes annuels uniquement pour 2016.

---

<sup>70</sup> Cette répartition est plus limitée que dans les sections précédentes du rapport, car elle permet de classer suffisamment de maisons médicales dans chaque groupe.



Tableau 50 Nombre de maisons médicales avec des rapports annuels chez Belfirst

Liste des maisons médicales : total	
<b>Nombre total de MM avec des comptes annuels chez Belfirst</b>	<b>101</b>
Dont compte annuel pour 2015 et 2016	96
Dont compte annuel uniquement pour 2015	3
Dont compte annuel uniquement pour 2016	2
<b>Nombre total de MM avec des comptes annuels chez Belfirst qui ont complété l'enquête</b>	<b>91</b>
Dont compte annuel pour 2015 et 2016	89
Dont compte annuel uniquement pour 2015	2
Dont compte annuel uniquement pour 2016	0
<b>Nombre total de MM avec des comptes annuels chez Belfirst qui n'ont pas complété l'enquête</b>	<b>10</b>
Dont compte annuel pour 2015 et 2016	7
Dont compte annuel uniquement pour 2015	1
Dont compte annuel uniquement pour 2016	2

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

La suite analyse 3 types de ratios pour les maisons médicales avec des comptes annuels chez Belfirst :

1. Liquidité : ratio du fonds de roulement
2. Solvabilité : capital d'emprunt/passif total
3. Rentabilité : rentabilité nette des capitaux propres

#### 2.4.2.2 Liquidité – Ratio du fonds de roulement

L'analyse des liquidités fait appel au ratio du fonds de roulement. Le ratio du fonds de roulement est un indicateur qui permet de mesurer la situation financière et plus particulièrement les liquidités d'une organisation. Ce ratio se définit comme suit :

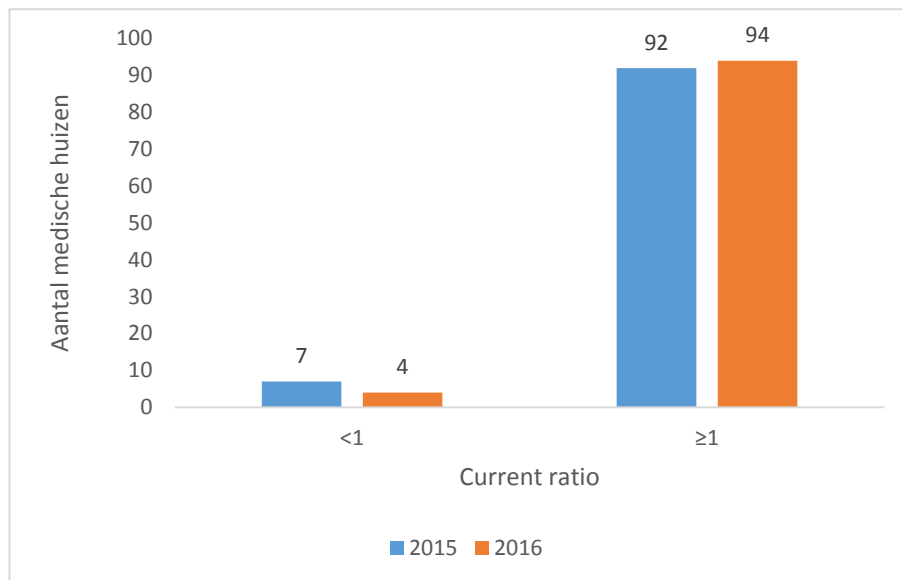
$$\text{Current ratio} = \frac{\text{Beperkt vlottende activa}}{\text{Schulden op ten hoogste één jaar}}$$

Un ratio du fonds de roulement supérieur ou égal à 1 est considéré comme « sain », ce qui signifie que l'actif circulant à court terme est suffisant pour rembourser les dettes à court terme. L'actif circulant à court terme est supposé être convertible en espèces à court terme et être assez rapidement utilisable pour rembourser les dettes à court terme.

Cette analyse examine tout d'abord quelles maisons médicales présentent un ratio du fonds de roulement sain sur la base des comptes annuels Belfirst (101 maisons médicales). La figure 79 indique le nombre de maisons médicales avec un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 et le nombre de maisons médicales avec un ratio du fonds de roulement supérieur ou égal à 1. La plupart des maisons médicales ont un ratio du fonds de roulement supérieur ou égal à 1. Cela signifie que ces maisons

médicales disposent d'un actif circulant à court terme suffisant pour couvrir leurs dettes pendant au maximum un an. 2016 compte un peu plus de maisons médicales (94 sur 98) avec un ratio du fonds de roulement supérieur à un que 2015 (92 sur 99).

Figure 79 - Ratio du fonds de roulement de l'ensemble des maisons médicales en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

Le tableau 51 examine l'évolution du ratio du fonds de roulement entre 2015 et 2016 pour les maisons médicales ayant des comptes annuels disponibles pour les deux années. La **majeure partie des maisons médicales (87) ont un ratio du fonds de roulement supérieur à 1** pour les deux années. En outre, 6 maisons médicales ont un ratio du fonds de roulement supérieur à 1 en 2016, alors qu'en 2015 celui-ci était inférieur à 1. 2 maisons médicales dont le ratio du fonds de roulement était encore sain en 2015 échouent sur ce point en 2016. Enfin, 1 maison médicale présente un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 pour les deux années.

Tableau 51 - Tableau de transition des ratios du fonds de roulement pour 2015 et 2016

		2016	
		> 1	< 1
2015	> 1	87	2
	< 1	6	1

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

Le tableau 52 fournit un aperçu détaillé des maisons médicales avec un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 pour une des deux années (indiquées en rouge). Les groupes auxquels appartiennent ces maisons médicales sont également affichés. Ce tableau met en évidence qu'une seule maison médicale présente un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 pendant deux années consécutives. De plus, aucun lien systématique ne peut être établi entre les 10 maisons médicales avec un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 pour l'une des deux années.



Tableau 52 - Présentation détaillée des maisons médicales avec un ratio du fonds de roulement inférieur à 1 en 2015 ou 2016

MM	Fédération	Région	Mature	Forme de société	Nombre de patients	Nombre de disciplines MKI	Ratio du fonds de roulement (2015)	Ratio du fonds de roulement (2016)
1	FMM	W	1	A.S.B.L.	2000-4000	3	0,82	1,30
2	Feprafo	B	1	SPRL	2000-4000	2	0,75	0,84
3	Pas de fédération	B	1	A.S.B.L.	<2000	3	0,78	1,24
4	FMM	B	1	A.S.B.L.	<2000	3	0,99	1,36
5	Pas de fédération	B	1	SPRL	>4000	3	0,89	1,04
6	Pas de fédération	F	1	A.S.B.L.	2000-4000	2	0,97	2,07
7	Feprafo	F	0	SPRL	#N/A <sup>71</sup>	1	0,94	2,14
8	VWGC	F	1	SPRL	2000-4000	3	1,69	0,42
9	Feprafo	W	1	SPRL	>4000	2	1,51	0,60
10 <sup>72</sup>	Feprafo	F	1	SPRL	#N/A	#N/A	N/D	0,23

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

### 2.4.2.3 Solvabilité – Capital d'emprunt/passif total

Le taux d'endettement est utilisé pour analyser la solvabilité des maisons médicales de Belgique. Ce ratio sert à en apprendre davantage sur la santé financière à long terme d'une organisation et se définit comme suit :

$$\text{Schuldgraad} = \frac{\text{Vreemd vermogen}}{\text{Totaal passief}}$$

Ce ratio reflète la proportion de l'ensemble des moyens financiers issus de créanciers (capital d'emprunt). Contrairement au financement par actionnaires (capitaux propres), le financement par l'emprunt implique des remboursements périodiques et le paiement d'intérêts.

L'analyse du taux d'endettement examine le nombre de maisons médicales avec un taux d'endettement déterminé. L'échantillon total repris dans cette analyse est divisé en 5 catégories correspondantes taux d'endettement par ordre croissant. Comme pour le ratio du fonds de roulement, aucun taux d'endettement moyen n'est déterminé.

La figure 80 illustre le taux d'endettement en 2015 et 2016 de toutes les maisons médicales pour lesquelles des comptes annuels sont disponibles chez Belfirst. Celle-ci montre que seule une partie limitée des maisons médicales de notre échantillon présentent des taux d'endettement très élevés.<sup>73</sup> En 2015 et en 2016, respectivement 3 et 4 maisons médicales présentaient un taux d'endettement supérieur à 80 %. La majorité des maisons médicales reprises dans l'échantillon ont un taux d'endettement inférieur à 40 %. Ainsi, en 2015, 59,6 % (59 sur 99) présentent un taux d'endettement

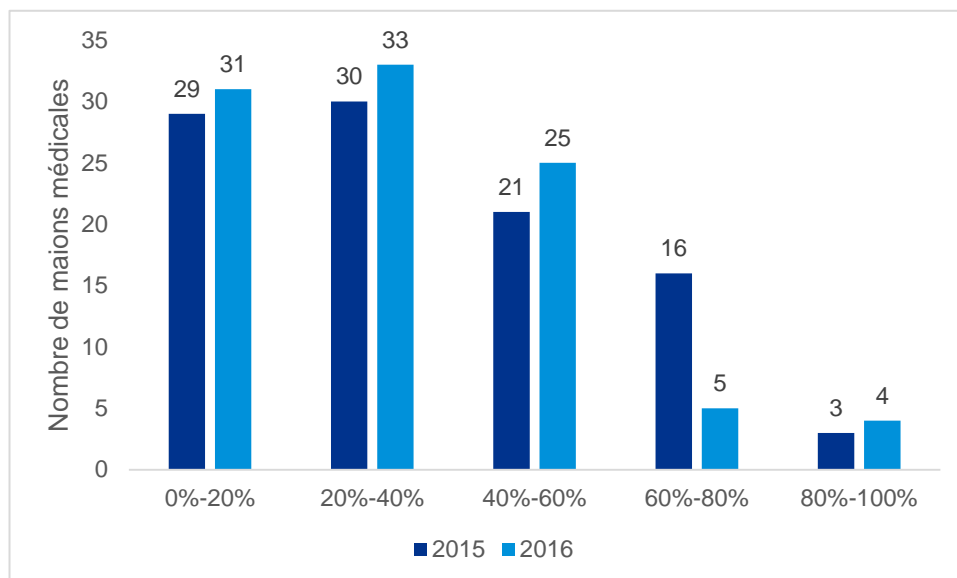
<sup>71</sup> Nombre de patients non renseigné dans l'enquête (maison médicale récente)

<sup>72</sup> Absence de réponse, aucune info relative aux groupes/caractéristiques de la maison médicale

<sup>73</sup> Le taux d'endettement moyen de notre échantillon de maisons médicales est de 33 % en 2015 et de 36 % en 2016.

égal ou inférieur à 40 %. En 2016, ce pourcentage passe à 65 % (64 sur 98). Le changement le plus important entre les deux années s'observe dans la catégorie des maisons médicales avec un taux d'endettement situé entre 60 % et 80 %. En 2015, 80,8 % des maisons médicales (80 sur 99) ont un taux d'endettement inférieur à 60 %. En 2016, ce pourcentage s'élève à 90,8 % (90 sur 98).

Figure 80 - Taux d'endettement de toutes les maisons médicales pour 2015 et 2016, réparti en 5 catégories



Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

Le tableau 53 reprend de façon détaillée les maisons médicales avec un taux d'endettement supérieur à 80 % pour une des deux années (indiquées en rouge). Ces taux d'endettement font figure d'exception parmi les maisons médicales de l'enquête. On constate que la plupart des maisons médicales reprises dans le tableau 53 présentent un taux d'endettement élevé pour les deux années visées par cette enquête. Cela s'explique par le fait que les taux d'endettement sont souvent déterminés par la structure de financement et que celle-ci est fixée à plus long terme. En outre, 4 des 6 maisons médicales présentant un taux d'endettement élevé pour l'une des deux années sont situées en Région flamande. Toutefois, il pourrait s'agir d'une coïncidence due à la petite taille de l'échantillon. En outre, aucune similitude systématique ne peut être établie sur la base de la répartition en groupes.

Tableau 53 - Présentation détaillée des maisons médicales avec un taux d'endettement supérieur à 80 % en 2015 ou 2016

MM	Fédération	Région	Mature	Forme de société	Nombre de patients	Nombre de disciplines MKI	CE/PT (2015)	CE/PT (2016)
11	VWGC	F	1	SPRL	<2000	3	94,73	90,73
12	VWGC	F	1	A.S.B.L.	2000-4000	3	82,04	70,84
13	Pas de fédération	F	1	A.S.B.L.	2000-4000	2	97,39	45,23
14	Feprafo	F	1	A.S.B.L.	2000-4000	2	70,86	81,71
15	Feprafo	W	1	SPRL	>4000	2	62,63	88,31
16	Feprafo	F	1	SPRL	#N/A	#N/A	N/D	81,33

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

#### 2.4.2.4 Rentabilité - Rentabilité nette des capitaux propres

L'analyse de rentabilité considère la rentabilité nette des capitaux propres. La rentabilité nette des capitaux propres se définit comme suit :

$$\text{Netto rentabiliteit van het eigen vermogen} = \frac{\text{Winst of verlies na belastingen}}{\text{Eigen vermogen}}$$

Ce ratio reflète la quantité de profits ou de pertes réalisée par rapport aux capitaux propres.

Comme le ratio de rentabilité net est théoriquement illimité et qu'en outre, il fluctue également de manière considérable au fil des ans pour certains maisons médicales, aucun ratio de rentabilité moyen n'est calculé pour l'ensemble de l'échantillon ou pour les différents groupes.

Une maison médicale<sup>74</sup> dispose de tous les ratios pour les deux années, à l'exception du ratio de rentabilité pour 2015. Une maison médicale est par conséquent moins représentée dans ces analyses.

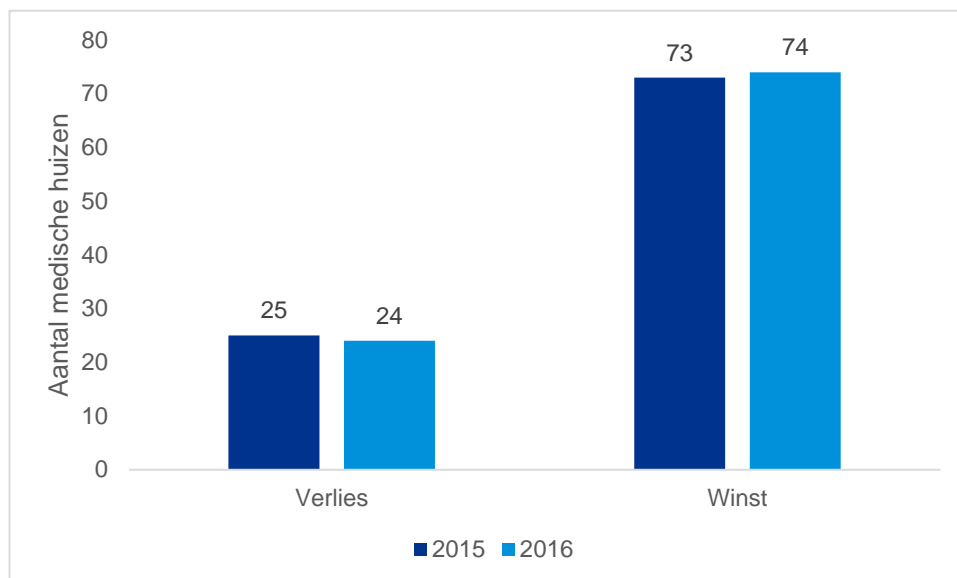
La figure 81 affiche le nombre de maisons médicales qui réalisent des profits ou des pertes au cours d'une année donnée.<sup>75</sup> Ces chiffres indiquent que pour les deux

<sup>74</sup> De jaarrekening van één medisch centrum bevatte bij raadpleging in Belfirst geen gegevens m.b.t. de netterentabiliteit van het eigen vermogen voor 2015.

<sup>75</sup> Une maison médicale ne dispose pas de ratio de rentabilité pour 2015, alors que tous les autres ratios sont disponibles. Il s'agit de la maison médicale numéro 129. Cette maison médicale est considérée comme mature, située en Région flamande et n'est affiliée à aucune fédération. Dans les analyses correspondantes, une remarque est appliquée à l'analyse du ratio de rentabilité.

années, environ une maison médicale sur quatre réalise des pertes. Pour ces maisons médicales, le rentabilité nette des capitaux propres est en négatif.

Figure 81 – Rentabilité de tous les maisons médicales en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

Si l'on tient compte des deux années de l'enquête, il apparaît que 61,1 % (58 maisons médicales sur 95) réalisent des bénéfices en 2015 et 2016. Le tableau 54 montre également que 10,5 % (10 sur 95) ont subi des pertes au cours des deux années.

Tableau 54 - Tableau de transition de la rentabilité entre 2015 et 2016

		2016	
		Bénéfices	Pertes
2015	Bénéfices	58	13
	Pertes	14	10

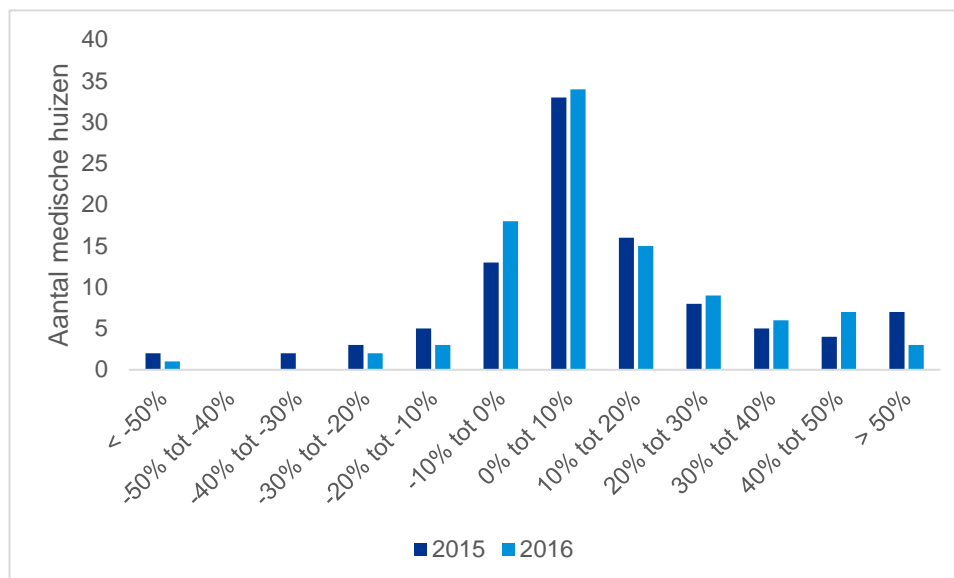
Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

La figure 82 montre le ratio de rentabilité des maisons médicales ventilé de façon plus détaillée. Cette figure permet d'établir que pour les deux années, le ratio de rentabilité d'une grande majorité des maisons médicales est compris entre -20 % et +20 % (67 des 98 maisons médicales en 2015 et 70 des 99 maisons médicales en 2016). De plus, **environ la moitié des maisons médicales ont un ratio de rentabilité compris entre -10 % et +10 %** (46 maisons médicales sur 98 en 2015 et 52 sur 99 en 2016). Étant donné que la grande majorité des maisons médicales ont une structure en **A.S.B.L.**, on s'attend à de faibles ratios de rentabilité nette, car ces maisons médicales opèrent sans but lucratif. En outre, on constate que la répartition du ratio de rentabilité nette est plus ou moins régulier sur les deux années avec une majorité au sein de la catégorie 0 à 10 % et donc en ligne avec leur structure.

Si l'on compare les deux années, 34 % des maisons médicales atteignent un ratio de rentabilité plus élevé en 2016 qu'en 2015. Pour 66 % des maisons médicales, on

constate une évolution négative du ratio de rentabilité. Les changements entre les deux années sont souvent limités. Pour trois maisons médicales sur quatre (71 des 95)<sup>76</sup>, cette évolution se limite à un maximum de 15 %.

Figure 82 – Rentabilité nette de toutes les maisons médicales en 2015 et 2016 répartie en 12 catégories



Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

Le tableau 55 présente les détails des maisons médicales avec un ratio de rentabilité extrême (indiquées en rouge). On remarque que les ratios de rentabilité nette sont à plusieurs reprises inférieurs à -50 % et supérieurs à 50 %. Pour la plupart des maisons médicales du tableau, la rentabilité fluctue considérablement entre les deux années de la période visée par l'enquête. En outre, plusieurs maisons médicales avec une rentabilité nette élevée sont structurées en A.S.B.L., ce qui peut être considéré comme étonnant. En outre, il est impossible d'établir des similitudes systématiques sur la base des regroupements auxquels appartiennent les maisons médicales qui présentent des taux de rentabilité exceptionnellement élevés ou faibles.

<sup>76</sup> 95 maisons médicales disposent d'un ratio de rentabilité pour deux années consécutives.



Tableau 55 - Présentation détaillée des maisons médicales avec une rentabilité nette <-50 % ou >50 % en 2015 ou 2016

MM	Fédération	Région	Mature	Forme de société	Nombre de patients	Nombre de disciplines MKI	RNCP (2015)	RNCP (2016)
<b>RNCP &lt;-50 %</b>								
17	GVHV	F	#N/A	A.S.B.L.	#N/A	#N/A	-66,38	24,2
18	VWGC	F	1	SPRL	<2000	3	- 158,53	41,71
19	GVHV	W	#N/A	A.S.B.L.	#N/A	#N/A	N/D	-101,66
<b>RNCP &gt;+50 %</b>								
20	FMM	B	1	A.S.B.L.	<2000	3	91,69	44,35
21	Pas de fédération	B	1	A.S.B.L.	<2000	3	81,07	43,21
22	FMM	B	1	SPRL	<2000	3	148,33	36,62
23	FMM	W	1	A.S.B.L.	<2000	3	78,33	12,17
24	Pas de fédération	W	1	A.S.B.L.	<2000	3	75,00	96,11
25	Feprafo	W	1	SPRL	>4000	3	65,67	6,49
26	Feprafo	F	0	SPRL	0	1	53,52	40,36
27	Feprafo	F	1	SPRL	#N/A	#N/A	N/D	85,68
28	Pas de fédération	F	1	A.S.B.L.	2000-4000	2	N/D	97,02

Source : Enquête KPMG et Belfirst (Bureau van Dijk)

### **Conclusion :**

Les données des comptes annuels de Belfirst semblent indiquer que le **ratio du fonds de roulement** de la grande majorité des maisons médicales est supérieur à 1, ce qui indique que l'actif circulant à court terme est en mesure de financer les dettes pendant au maximum un an.

L'analyse du **taux d'endettement** indique que les maisons médicales présentent souvent un taux d'endettement inférieur à 60 %. En outre, les taux d'endettement extrêmement élevés, de l'ordre d'au moins 80 %, sont rares.

L'analyse de la **rentabilité nette des capitaux propres** semble indiquer qu'environ 75 % des maisons médicales enregistrent une rentabilité nette positive. Cette rentabilité nette positive se limite souvent à 10 % des fonds propres, ce qui est normal pour les maisons médicales structurées en A.S.B.L. Toutefois, un certain nombre de maisons médicales semblent atteindre un ratio de rentabilité nette supérieur à 20 % des fonds propres.

### 2.4.3 Analyse des coûts

Ce chapitre présente une analyse détaillée de la structure des coûts des répondants. Les répondants de l'enquête ont été invités à renseigner les types de coûts suivants :<sup>77</sup>

- Frais d'immeuble (location, électricité, gaz, nettoyage, entretien, sécurité)
- Frais de personnel (traitements et salaires, charges sociales et pensions) par catégorie de personnel
- Coûts informatiques (logiciels, matériel, serveurs, helpdesk)
- Frais de transport
- Frais d'installation (notamment les coûts de l'équipement médical [p. ex. les dépenses d'investissement au cours de l'année])
- Frais de formation (formation du personnel)

Dans les analyses qui suivent, les coûts font donc référence à l'ensemble des coûts susmentionnés tels qu'ils ont été renseignés dans l'enquête. Aucun contrôle de révision n'a dès lors été effectué sur les chiffres fournis par les répondants.

Ce chapitre analyse les éléments suivants :

- Analyse des frais de personnel et des autres dépenses ;
- Analyse des frais de personnel par discipline (MKI) ;
- Comparaison du financement total par patient avec le coût total par patient ;
- Comparaison des indemnités forfaitaires par patient avec les coûts MKI par patient ;
- Discussion des coûts moyens par ETP ;
- Corrélation entre l'âge moyen de la patientèle et les frais de personnel moyens par patient.

La section suivante analyse dans un premier temps les coûts totaux et les compare avec le financement total par patient. Ces analyses sont ensuite approfondies et analysées plus en détail au niveau des coûts et des indemnités de l'assurance maladie, à savoir le coût MKI total (frais de personnel des différentes disciplines) et la comparaison avec les indemnités forfaitaires par patient.

#### 2.4.3.1 Méthodologie : Données sur les coûts et analyses par patient

À l'instar de la section sur les sources de financement, ce chapitre sur la structure des coûts des maisons médicales fait appel aux données de l'enquête. Les données relatives aux coûts d'une maison médicale ne sont à nouveau utilisées que si la maison médicale opère sous le système forfaitaire pour l'année complète, et ce afin d'éviter

---

<sup>77</sup> Les données relatives aux réserves, provisions, ressources financières et dettes ont également été demandées dans le cadre de l'enquête. Toutefois, en raison du caractère et de la qualité limités des données recueillies, celles-ci n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des coûts. Les composantes du bilan sont également incluses dans l'analyse des ratios. Par conséquent, les paiements d'intérêts sur la dette et les remboursements de capital ne sont pas inclus dans les coûts analysés dans cette section.

toute extrapolation. Comme nous l'avons mentionné dans la section sur le financement, 130 des 160 répondants étaient travaillaient déjà dans le système forfaitaire avant 2015. En outre, 13 maisons médicales ont adhéré au système forfaitaire dans le courant de l'année 2015. Les 17 maisons médicales qui ont rejoint le système forfaitaire au cours de l'année 2016 ou 2017 ne sont pas prises en compte dans cette partie du rapport.

Les 130 maisons médicales qui ont travaillé une année complète sous le système forfaitaire en 2015 et les 143 maisons médicales qui ont travaillé une année complète sous le système forfaitaire en 2016 constituent le point de départ de l'analyse des coûts. Parmi ces maisons médicales, 6 n'ont pas complété la partie de l'enquête consacrée aux coûts, l'ont complétée de manière très incomplète ou ont renvoyé à la comptabilité. Ces maisons médicales ne sont pas incluses dans les analyses de coûts. En conséquence, nous perdons 4 années d'observations pour 2015 et 6 années d'observations pour 2016. En outre, les données sur les coûts d'une maison médicale sont inutilisables en raison d'un écart exceptionnellement élevé par rapport aux autres coûts.<sup>78</sup>

Pour évaluer la structure des coûts des répondants et pour analyser les différences possibles entre certains groupes, on examine toujours les coûts par patient. La pondération des coûts en fonction du nombre de patients permet d'éviter que des différences systématiques au niveau de la taille des répondants influencent les résultats.

Pour ces « analyses par patient », comme dans la section sur les sources et mécanismes de financement, deux maisons médicales avec une diminution notable du nombre de patients en 2016 n'ont pas été prises en compte. Comme les coûts totaux ne suivent pas cette diminution du nombre de patients, les coûts par patient augmentent considérablement pour ces maisons médicales. L'inclusion de ces maisons médicales fausserait les résultats.

En outre, les maisons médicales qui ne font pas de distinction entre les différents types de coûts sont également exclues des analyses, car ces répondants ne permettent pas de procéder à une analyse approfondie de la structure des coûts.

Le tableau 56 en fournit un aperçu global.

---

<sup>78</sup> Cela s'explique probablement par une valeur de frais informatiques (logiciel, matériel et serveurs) erronément déclarée par une maison médicale pour 2016. Pour 2016, les frais informatiques s'élèvent à 1,2 million, soit 100 fois la valeur de 2015. L'inclusion des données de cette maison médicale fausserait les analyses.

Tableau 56 - Aperçu des maisons médicales incluses dans l'analyse des coûts pour 2015 et 2016

	2015	2016
<b>Nombre total de répondants</b>	<b>160</b>	<b>160</b>
Nombre de répondants n'ayant pas travaillé sous le régime forfaitaire pendant une année complète	30	17
<b>Nombre de résultats d'enquête potentiellement exploitables</b>	<b>130</b>	<b>143</b>
Résultats d'enquête non exploitables	4	6
Répondants exclus de l'analyse (erreur probable dans les frais informatiques)	/	1
<b>Nombre de répondants avec des données de coûts exploitables</b>	<b>126</b>	<b>136</b>
Valeurs aberrantes exclues (erreur probable dans le nombre de patients)	2	2
Aucune ventilation des frais de personnel	6	9
<b>Nombre de répondants inclus dans les analyses « par patient »</b>	<b>118</b>	<b>125</b>

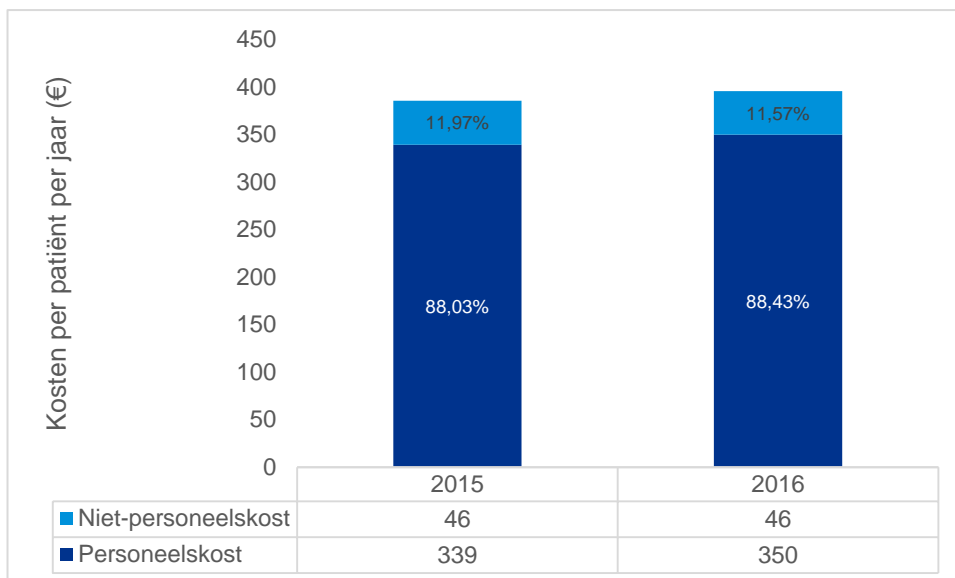
Source : Enquête KPMG

### 2.4.3.2 Analyse de la structure des coûts

La section suivante analyse les coûts par patient plus en détail. Elle compare en outre les coûts par patient au financement par patient.

La figure 83 montre les coûts par patient pour l'ensemble de l'échantillon, tant pour 2015 que pour 2016. L'évolution au cours des deux années est limitée. Lorsque le coût total par patient est ventilé en frais de personnel et autres frais, les frais de personnel représente 88% du coût moyen par patient. Il convient de noter que le nombre total de patients (assurés et non-assurés) des répondants a été pris en compte, car la prise en charge de ces derniers entraîne également un coût. La comparaison entre le forfait et le coût MKI par patient réalisée plus bas dans cette section tient uniquement compte des patients assurés.

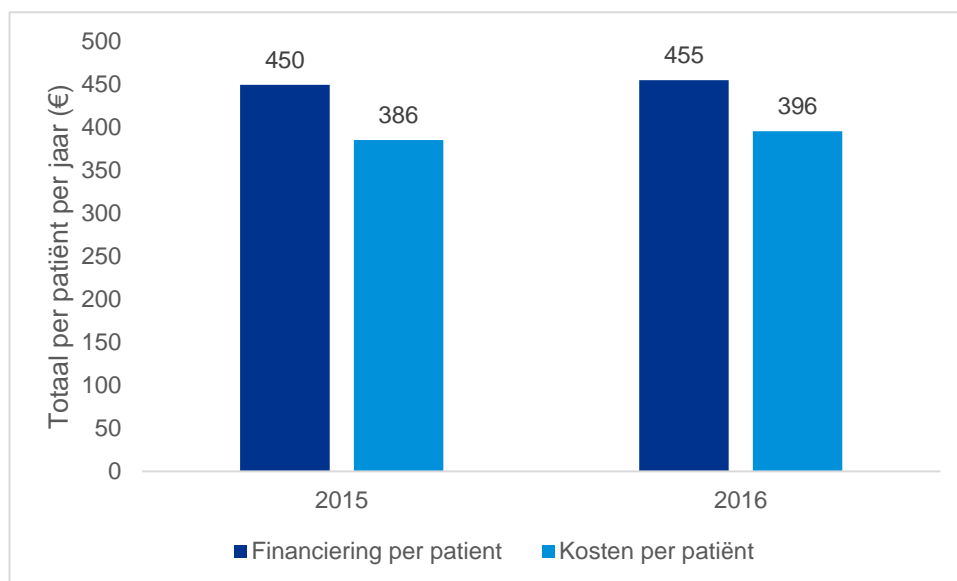
Figure 83 - Coûts totaux par patient en 2015 et 2016, ventilés en frais de personnel et en autres frais



Source : Enquête KPMG

La figure 84 compare les coûts moyens par patient au financement moyen par patient <sup>79</sup> tel que nous l'avons analysé dans la section sur les sources et les mécanismes de financement.<sup>80</sup> L'évolution au cours des deux années est à nouveau limitée. En 2016, le financement moyen par patient s'élève à 455 euros. Le coût moyen par patient s'élève quant à lui à 396 euros. Dans la section suivante, cette analyse est approfondie et analysée plus en détail au niveau des coûts et des indemnités de l'assurance maladie, c'est-à-dire le coût MKI total (frais de personnel des différentes disciplines) et la comparaison avec les indemnités forfaitaires par patient.

Figure 84 – Financement total et coûts totaux par patient en 2015 et 2016



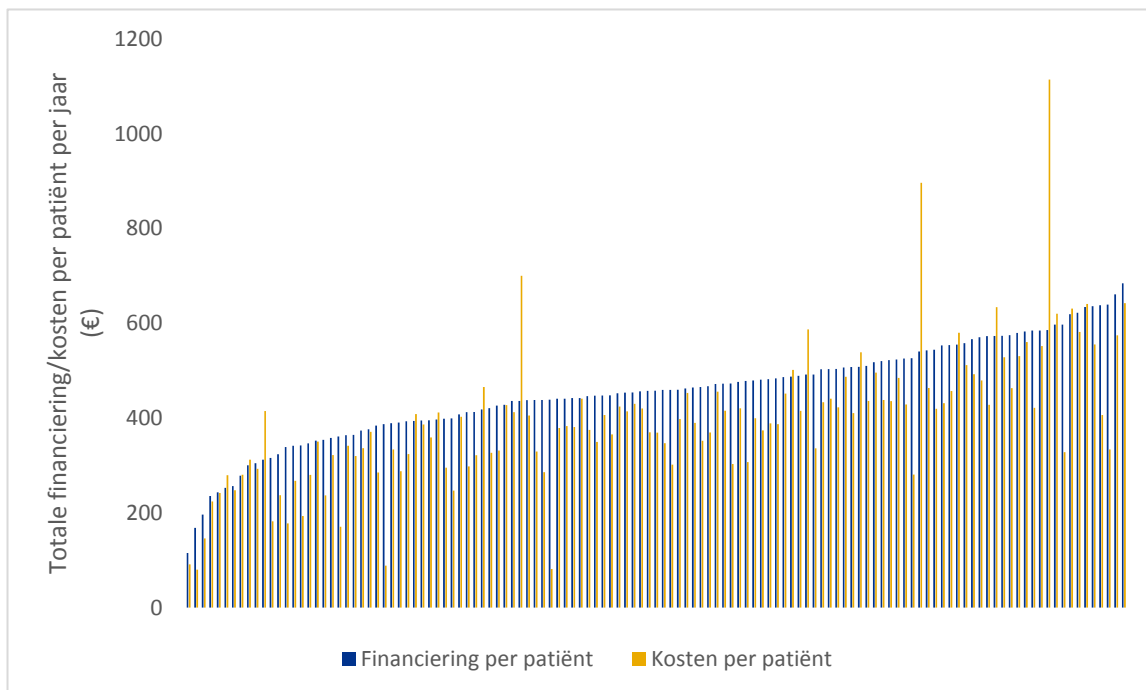
Source : Enquête KPMG

La figure 85 montre le détail du financement et des coûts par patient pour les 125 maisons médicales incluses dans l'analyse de 2016. Cet aperçu détaillé indique qu'en 2016, pour la grande majorité des maisons médicales, les coûts par patient sont couverts par le financement par patient.

<sup>79</sup> Le financement par patient est constitué de trois composantes : indemnité forfaitaire, indemnité Maribel et indemnités diverses.

<sup>80</sup> Dans les graphiques comparant les composantes des coûts et du financement, les mêmes maisons médicales sont toujours incluses pour la comparaison des deux composantes. À titre d'exemple, si l'on dispose pour 2016 des coûts moyens par patient pour 125 répondants et du financement moyen par patient pour 141 répondants, les données sur les coûts et le financement de 125 mêmes maisons médicales seront comparées. Par conséquent, les données financières de ces graphiques peuvent légèrement différer de celles du chapitre 2.4.1.

Figure 85 - Détails du financement et des coûts par patient en 2016



Source : Enquête KPMG

Comme la Figure 83 (voir ci-dessus) montre que le coût total par patient est largement constitué des frais de personnel (en moyenne 88 %), ces frais sont analysés plus en détail dans la figure 86. Les frais totaux de personnel y sont répartis en trois catégories, à savoir les frais pour les médecins généralistes, kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier (coûts MKI), les frais de personnel divers et les frais de personnel non déclarés.<sup>81,82</sup> Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, cette section de l'analyse ne tient pas compte des maisons médicales qui n'opèrent aucune distinction entre les différents types de frais de personnel.

La figure 86 montre qu'en 2016, les frais combinés des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des praticiens de l'art infirmier (coûts MKI) représentent 62 % des frais totaux de personnel. La même année, les frais des dispensateurs de soins autres que MKI et les employés s'élèvent en moyenne à 34 %. Ces frais comprennent les frais de personnel<sup>83</sup> pour les dispensateurs de soins et les membres du personnel auxiliaire suivants :

<sup>81</sup> Les frais totaux de personnel et les frais de personnel par type de dispensateur de soins ont été demandés dans l'enquête. Lorsque les frais totaux de personnel sont inférieurs à la somme des frais de personnel des différents types de dispensateurs de soins, les frais totaux de personnel sont égal à la somme des frais de personnel de tous les types de dispensateurs de soins. Lorsque les frais totaux de personnel sont supérieurs à la somme des frais de personnel déclarés par type de dispensateur de soins, la catégorie résiduelle « frais de personnel divers » est créée et l'écart lui est affecté.

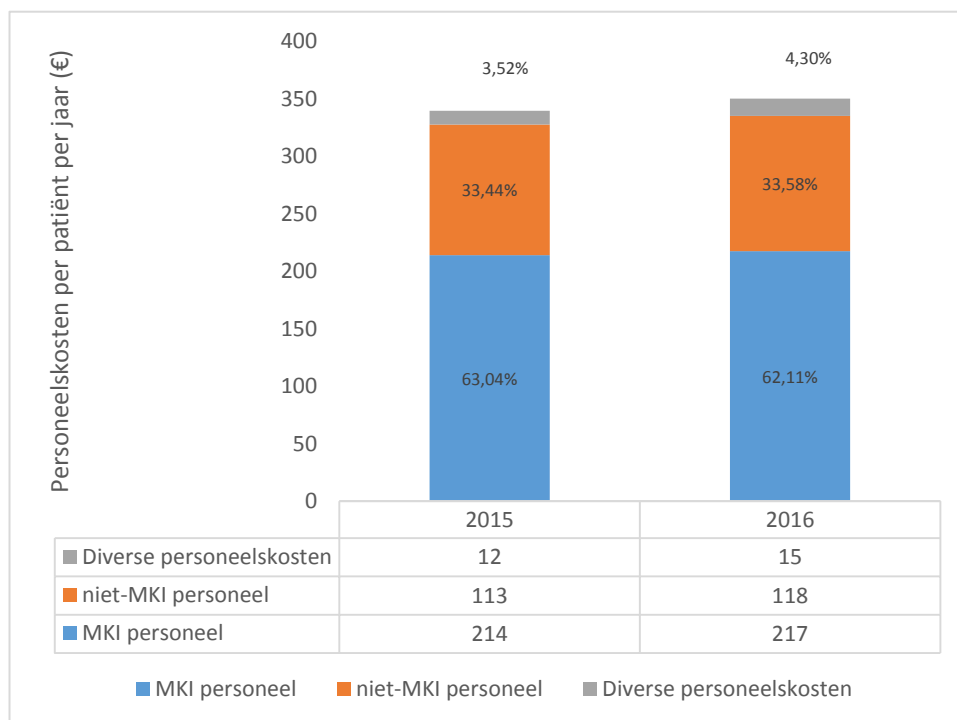
<sup>82</sup> Les maisons médicales qui ne ventilent pas leurs frais totaux de personnel ou dont la catégorie résiduelle « frais de personnel non déclarés » est supérieure à 60 % du total des frais de personnel ne sont pas prises en compte dans cette section de l'analyse. 9 maisons médicales sont concernées. Par conséquent, en plus des 2 valeurs aberrantes, respectivement 6 et 9 autres années d'observations sont perdues pour 2015 et 2016. Le nombre total de maisons médicales incluses dans cette section de l'analyse s'élève respectivement à 118 et 125.

<sup>83</sup> Traitements et salaires, charges sociales et pensions

- Médecins généralistes en formation
- Aides soignants
- Dentistes
- Diététiciens
- Psychologues
- Logopèdes
- Bénévoles
- Personnel d'accueil
- Personnel administratif
- Personnel TIC
- Personnel comptable
- Divers dispensateurs de soins et personnel auxiliaire

Les chiffres de 2015 sont en ligne avec ceux de 2016. Les frais de personnel divers des deux années ne représentent qu'un faible pourcentage.

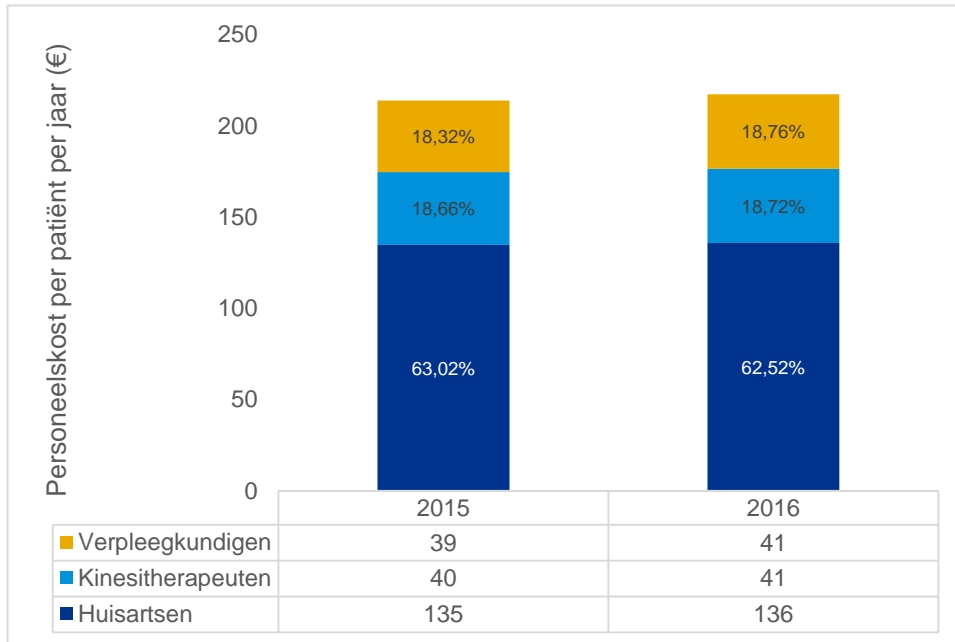
Figure 86 - Frais de personnel par patient en 2015 et 2016.



Source : Enquête KPMG

Dans la figure 87, les coûts MKI par patient sont ventilés en fonction des trois disciplines les plus importantes, à savoir les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier. Pour les deux années, les coûts affectés aux médecins généralistes représentent en moyenne 63 % des coûts MKI totaux. Les coûts affectés aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier sont à peu près du même ordre de grandeur, soit 19 % en 2016. On n'observe aucun changement notable entre les deux années.

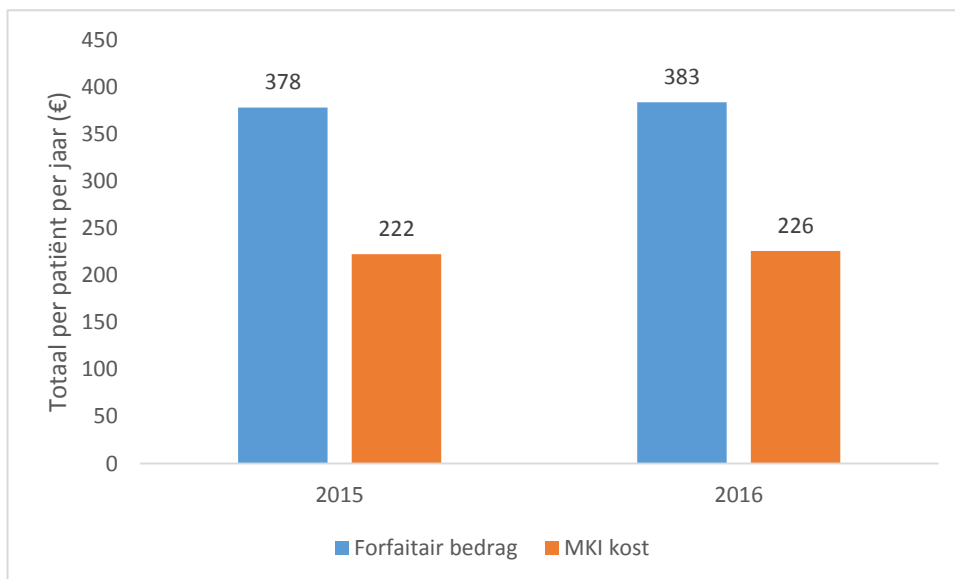
Figure 87 - Coût MKI par patient en 2015 et 2016, ventilé par type de dispensateur de soins



Source : Enquête KPMG

La figure 88 compare les coûts MKI par patient aux forfaits moyens perçus par patient en 2015 et 2016. Cette analyse prend cependant en compte uniquement les patients assurés, car l'INAMI ne verse aucun forfait pour les patients non assurés. Les chiffres des deux années visées par l'enquête sont à nouveau très similaires. En 2016, le forfait par patient assuré s'élève en moyenne à 383 euros. Le coût MKI par patient assuré s'élève en moyenne à 226 euros pour la même année.

Figure 88 - Forfait et coût MKI par patient assuré en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG

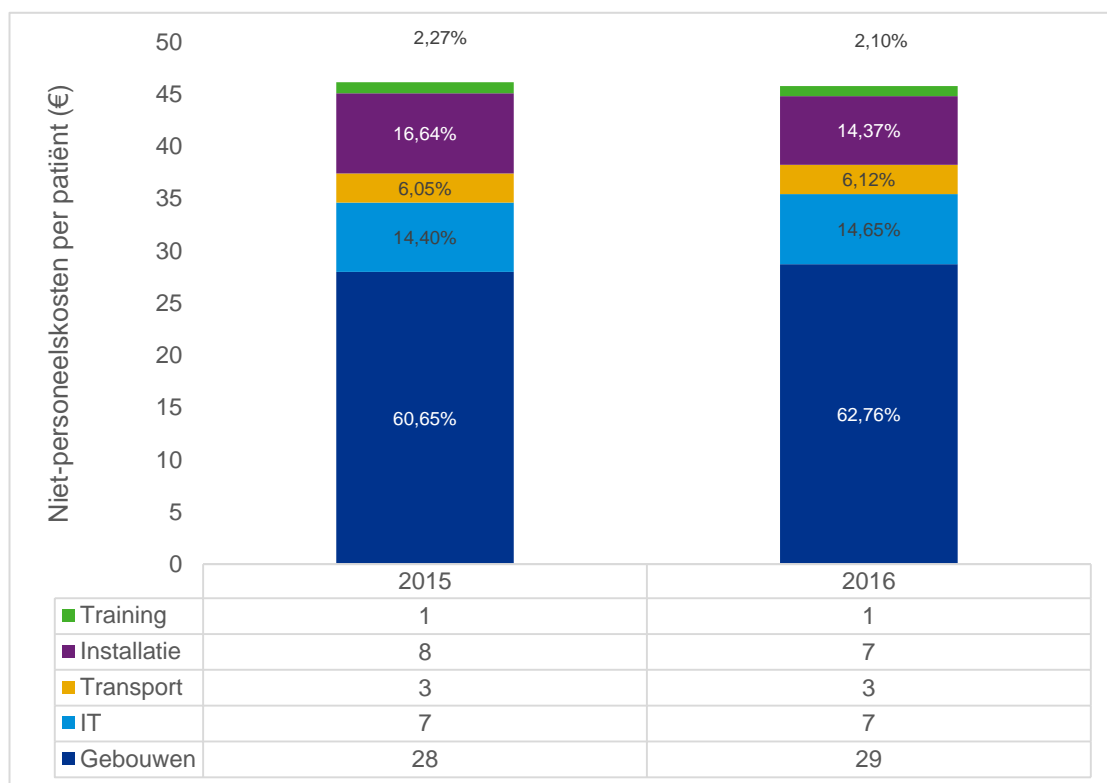


La figure 83 (voir ci-dessus) indique que les autres frais par patient représentent en moyenne 12 % du coût total par patient. La figure ci-dessous montre une ventilation plus détaillée des autres frais par patient (assurés et non-assurés). Dans l'ensemble, ces coûts s'élèvent en moyenne à 46 euros par patient pour les deux années.<sup>84</sup> Les catégories de coûts demandées dans l'enquête sont les suivantes :

- Frais d'immeuble (location, électricité, gaz, nettoyage, entretien, sécurité)
- Frais informatiques (logiciels, matériel, serveurs, helpdesk)
- Frais de transport
- Frais d'installation (coûts de l'équipement médical)
- Frais de formation (formation du personnel et des collaborateurs)

La figure 89 montre les ratios de ces autres coûts exprimés en pourcentage. En 2016, les frais d'immeuble représentent en moyenne 63 % des autres frais par patient. L'importance des frais informatiques et des frais d'installation est à peu près la même, avec une moyenne de 14,5 % en 2016. Les frais de transport et de formation s'élèvent respectivement en moyenne à 6 % et 2 %. Une fois de plus, on constate que ces ratios ne diffèrent pas de manière significative entre les deux années.

Figure 89 - Autres frais par patient en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG

<sup>84</sup> Les écarts entre les montants présentés dans la figure 83 (46 euros) et ceux de la figure 89 (47 euros) s'expliquent par les arrondis.

La section suivante compare les coûts par patient entre les différents groupes. Les autres frais ne sont pas ventilés par groupe, car ils n'apportent que peu d'éléments supplémentaires. En outre, étant donné les infimes évolutions entre 2015 et 2016, les chiffres de 2016 sont à chaque fois présentés et analysés. Les différences pertinentes par rapport à 2015 sont, le cas échéant, indiquées dans une note de bas de page.

### 2.4.3.3 Analyse au sein des différents groupes

Dans cette section de l'analyse, une distinction est faite entre les différents groupes, à savoir la localisation et la fédération. Étant donné que seuls 3 des 125 répondants (inclus dans cette analyse pour 2016) ne sont pas matures, aucune analyse de maturité n'est présentée (échantillon trop petit pour établir des distinctions et formuler des conclusions pertinentes sur la maturité). En outre, les éventuelles différences dans les données de coûts et de financement sont analysées pour les maisons médicales avec des nombres différents de patients et un nombre différent de disciplines MKI. Enfin, nous analyserons s'il existe une structure de coûts différente pour les maisons médicales structurées en A.S.B.L. par rapport aux maisons médicales structurées en S.P.R.L.

Lors de l'évaluation des potentielles différences entre certains groupes, les coûts ont à nouveau été pondérés par rapport au nombre de patients. Cette pondération permet d'éviter que des différences de taille systématiques des répondants des différents groupes n'influencent les résultats.

#### Localisation

Le tableau 57 indique la répartition des répondants entre les différentes régions pour l'analyse par groupe. La répartition entre les différents groupes est proportionnelle à celle de l'analyse de financement. Les chiffres par groupe sont plus faibles en raison des observations non incluses mentionnées ci-dessus.

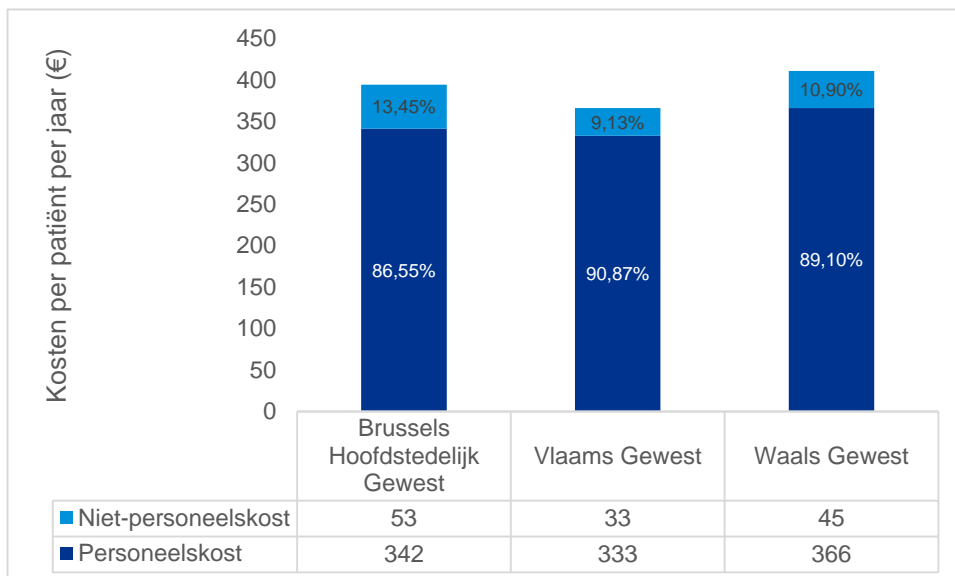
Tableau 57 - Description des groupes par fédération

Région de Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région wallonne	Total
49	25	51	125

Source : Enquête KPMG

La figure 90 compare les coûts par patient de 2016 pour les différentes régions. En 2016, le coût par patient s'élève en moyenne à 411 euros en Région wallonne, à 395 euros en Région de Bruxelles-Capitale et à 366 euros en Région flamande. Lorsqu'on procède à une ventilation entre les frais de personnel et les autres frais, on constate que dans toutes les régions, les frais de personnel représentent entre 87 % et 91 % des coûts totaux, ce qui est en ligne avec les ratios du financement total.

Figure 90 - Coût total par patient en 2016, ventilé en frais de personnel et en autres frais répartis entre les régions

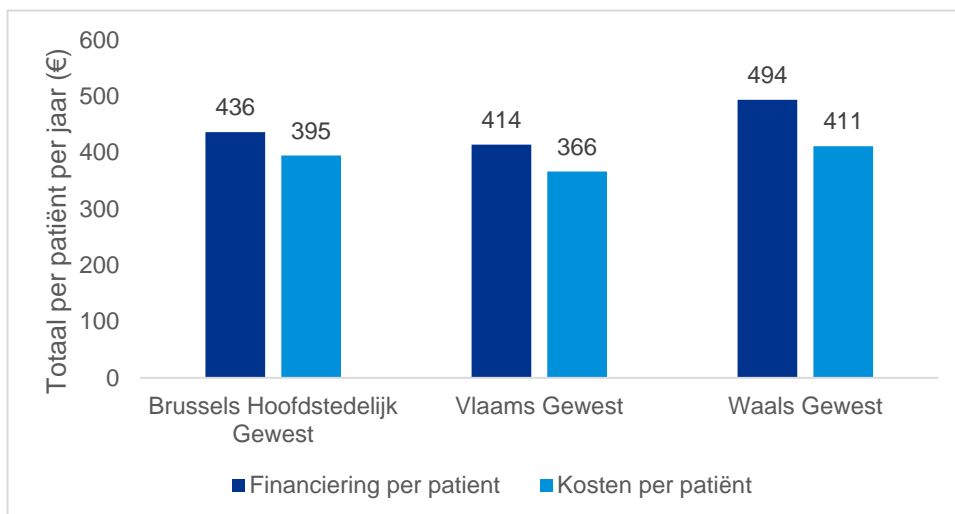


Source : Enquête KPMG

La figure 91 compare le financement moyen par région et par patient avec les coûts moyens par patient en 2016. Cette figure permet de noter un certain nombre d'éléments :

- En 2016, la Région flamande affiche les coûts par patient et le financement par patient moyens les plus bas, avec respectivement 366 et 414 euros.
- En Région de Bruxelles-Capitale, le financement moyen et le coût moyen par patient sont plus élevés qu'en Région flamande. La différence entre le financement et les coûts y est similaire à celle de la Région flamande.
- La Région wallonne affiche en moyenne le financement et les coûts par patient les plus élevés. La différence entre les deux y est également plus importante qu'en Régions flamande et bruxelloise.

Figure 91 - Financement total et coût total par patient en 2016 répartis entre les régions

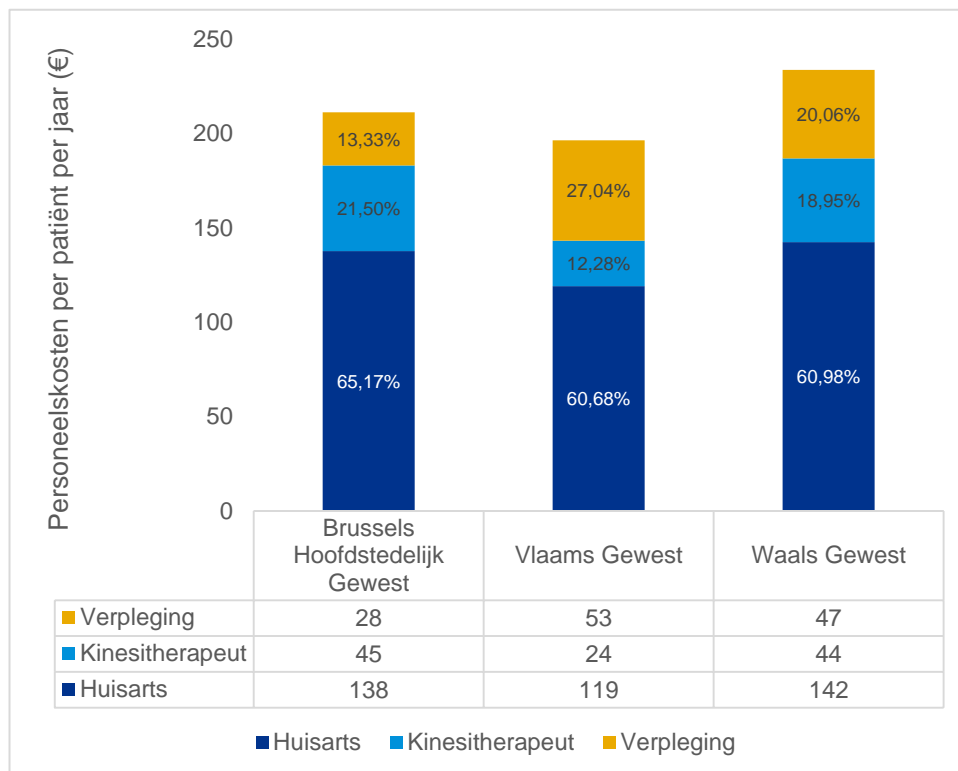


Source : Enquête KPMG

La figure 92 illustre les coûts par patient affectés aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier dans les différentes régions :

- Dans toutes les régions, les coûts affectés aux médecins généralistes couvrent la majorité des coûts MKI par patient. À Bruxelles, ce pourcentage s'élève à 65 %, alors que dans les Régions flamande et wallonne, il représente en moyenne 61 %. Ces pourcentages sont semblables dans les trois régions.
- Les coûts affectés aux kinésithérapeutes sont les plus élevés, en termes relatifs et absolus, dans la Région de Bruxelles-Capitale. À Bruxelles, les frais de personnel affectés aux kinésithérapeutes représentent en moyenne 21,5 % du coût MKI par patient.
- En Région flamande, les coûts par patient les plus élevés sont affectés aux praticiens de l'art infirmier. En moyenne, 27 % du coût MKI y est consacré aux praticiens de l'art infirmier.

Figure 92 - Coût MKI par patient en 2016 réparti entre les régions

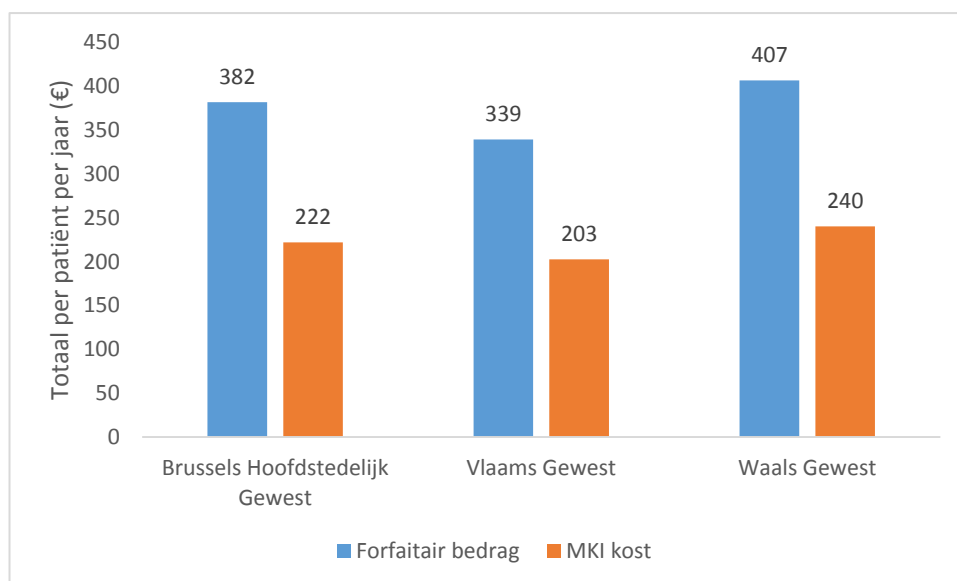


Source : Enquête KPMG

La figure 93 fournit un aperçu des coûts moyens affectés aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier par patient assuré et les forfaits moyens perçus par patient assuré dans les différentes régions. Comme nous l'avons précédemment mentionné, cette analyse fait abstraction des patients non assurés inscrits, puisque l'INAMI ne verse aucun forfait pour ces patients.

- En 2016, la Région flamande affiche les coûts par patient assuré et les forfaits par patient assurés moyens les plus bas, avec respectivement 203 et 339 euros.
- En Région de Bruxelles-Capitale, les forfaits moyens et le coût moyen affectés aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier par patient assuré sont plus élevés qu'en Région flamande, avec respectivement 222 et 382 euros.
- Les forfaits par patient assuré et le coût MKI par patient assuré sont en moyenne les plus élevés en Région wallonne.

Figure 93 - Forfait et coût MKI par patient assuré en 2016 répartis entre les régions



Source : Enquête KPMG

### Fédération

Le tableau 58 montre la répartition des répondants entre les différentes fédérations pour l'analyse des coûts. La répartition entre les différents groupes est similaire à celle de l'analyse de financement.

Tableau 58 Description des groupes en fonction de la fédération

FMM	VWGC	Feprafo	Pas de fédération	Total
76	21	10	18	125

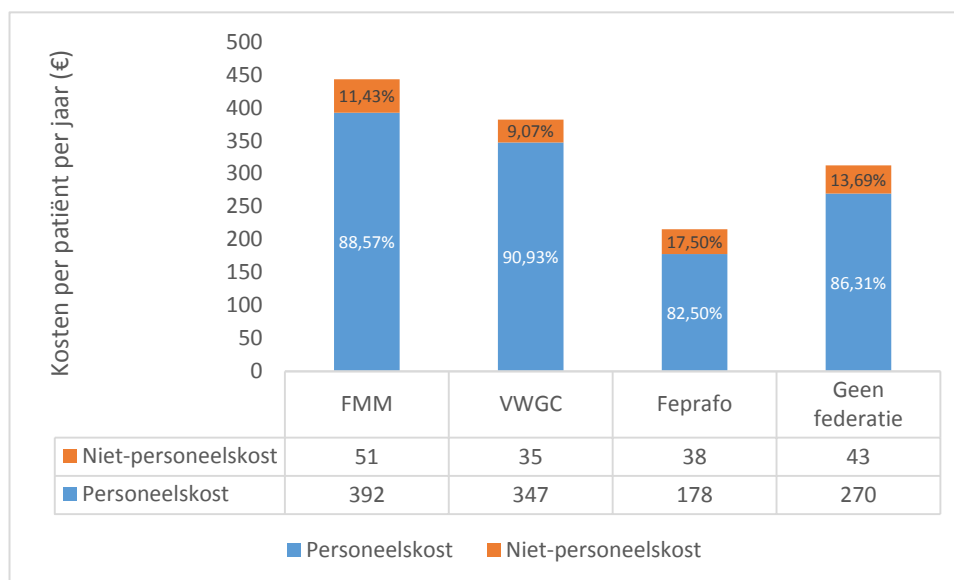
Source : Enquête KPMG

Le graphique 94 analyse la présence d'une éventuelle différence de structure des coûts selon la fédération à laquelle appartient une maison médicale. Cette figure permet la lecture des éléments suivants :

- Pour les maisons médicales, les frais de personnel représentent en moyenne plus de 80 % du coût total par patient, et ce quelle que soit la fédération à laquelle est affiliée la maison médicale.

- Les autres frais sont proportionnellement un peu plus élevés dans les maisons médicales affiliées à la Feprafo. En termes absolus, cette différence est insignifiante.
- En moyenne, les coûts par patient sont les plus faibles dans les maisons médicales de la Feprafo, soit 216 euros par patient. Les maisons médicales affiliées à la FMM affichent le coût moyen par patient le plus élevé, soit 443 euros. Les coûts par patient des maisons médicales affiliées à la VWGC et des maisons médicales non affiliées s'élèvent respectivement à 382 et 313 euros.

Figure 94 - Coûts totaux par patient pour 2016, ventilés en frais de personnel et autres frais répartis selon la fédération

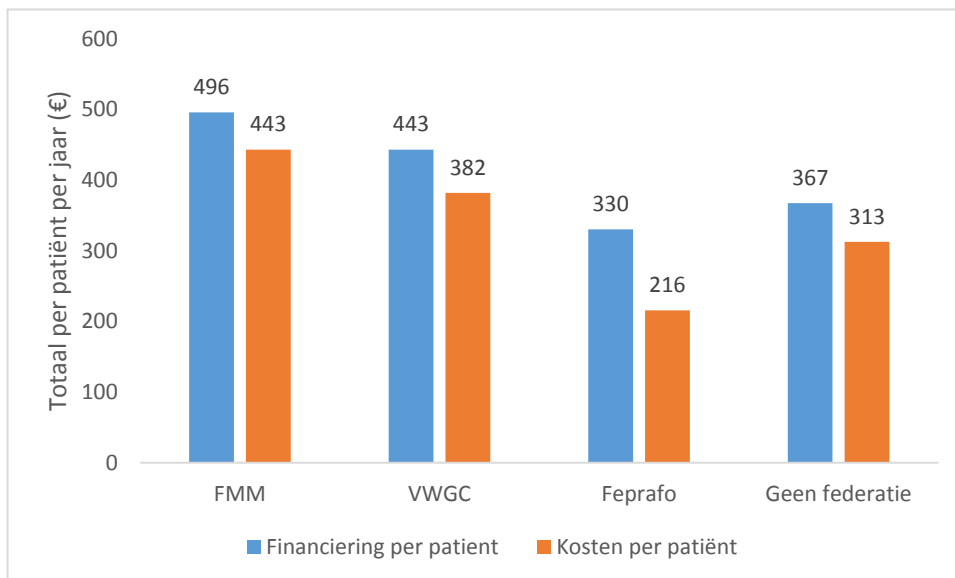


Source : Enquête KPMG

La figure 95 compare les coûts moyens par patient par rapport au financement moyen par patient et par fédération. Celle-ci permet de constater les points suivants :

- Pour les maisons médicales affiliées à la FMM, tant les coûts par patient que le financement par patient sont en moyenne les plus élevés en 2016, avec respectivement 443 et 496 euros.
- Les maisons médicales affiliées à la Feprafo présentent les coûts moyens par patient et le financement moyen par patient les plus bas, avec respectivement 216 et 330 euros par patient.
- Les maisons médicales non affiliées présentent un coût moyen par patient de 313 euros et un financement moyen de 367 euros par patient. Pour les maisons médicales affiliées à la VWGC, ces montants s'élèvent en moyenne à 382 euros et 443 euros par patient.

Figure 95 - Financement total et coût total par patient exprimés en euros pour 2016 et répartis entre les fédérations

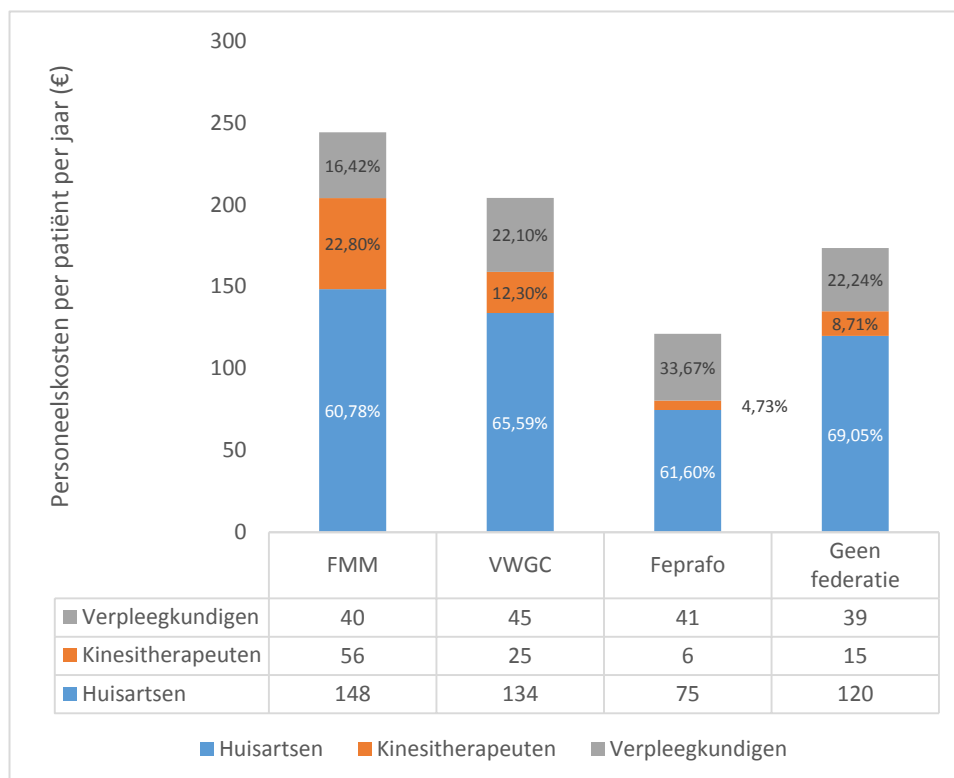


Source : Enquête KPMG

La figure 96 indique le coût moyen par patient affecté séparément aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier. Les maisons médicales sont regroupées sur la base de la fédération à laquelle elles sont affiliées. Il en ressort les points suivants :

- Au sein de toutes les fédérations, les coûts affectés aux médecins généralistes couvrent en moyenne plus de 60 % des coûts MKI par patient. Pour les maisons médicales affiliées à la FMM, ce pourcentage s'élève à 61 %. Il passe à 66 % pour les maisons médicales affiliées à la VWGC et à 62 % pour les maisons médicales affiliées à la Feprafo. Les coûts des médecins généralistes dans les maisons médicales non affiliées représentent 69 % du coût MKI moyen par patient.
- Les coûts moyens par patient pour les praticiens de l'art infirmier sont proportionnellement les plus élevés pour les maisons médicales affiliées à la Feprafo. Cependant, ceci est dû au faible coût MKI par patient des maisons médicales affiliées à la Feprafo. En termes absolus, le coût moyen affecté aux soins infirmiers est néanmoins conforme à celui des autres fédérations.
- Les coûts de kinésithérapie par patient sont en moyenne les plus élevés dans les maisons médicales affiliées à la FMM, tant en termes absolus que relatifs.

Figure 96 - Coûts MKI par patient exprimés en euros pour 2016, ventilés par type de dispensateur de soins et repartis entre les fédérations



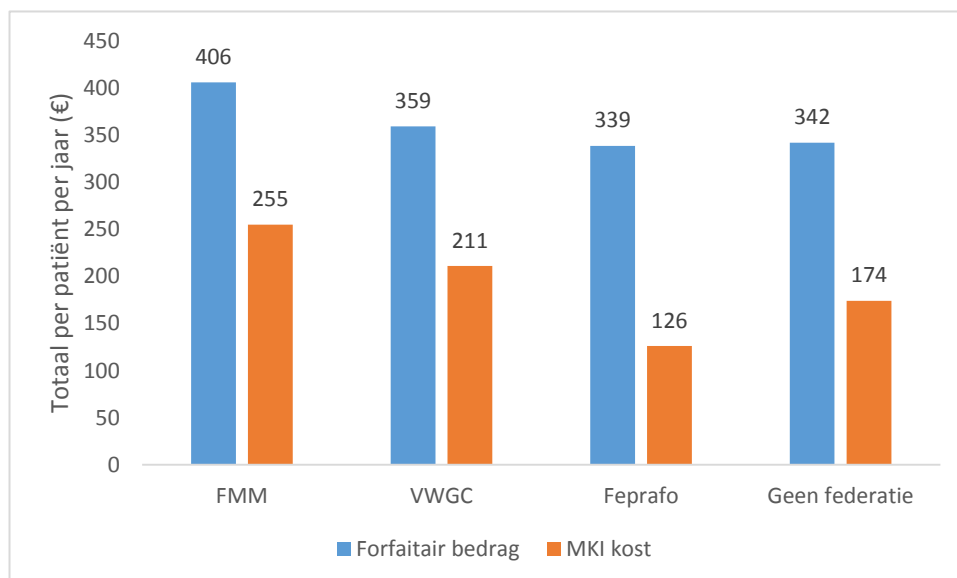
Source : Enquête KPMG

La figure 97 compare les coûts moyens par patient assuré affectés aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier avec les indemnités forfaitaires que l'INAMI verse par patient assuré. Il en ressort les points suivants :

- Pour les maisons médicales affiliées à la FMM, le coût MKI par patient assuré et les indemnités forfaitaires par patient assuré sont en moyenne les plus élevés en 2016, avec respectivement 255 et 406 euros.
- Pour les maisons médicales affiliées à la Feprafo, le coût moyen affecté par patient assuré aux médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier et les forfaits moyens par patient assuré sont les plus faibles, avec respectivement 126 et 339 euros.
- Les maisons médicales affiliées à la VWGC présentent un coût MKI moyen de 211 euros par patient assuré. Leurs indemnités forfaitaires moyennes par patient s'élèvent à 359 euros. Pour les maisons médicales non affiliées, ces montants sont respectivement de 174 euros et de 342 euros par patient.



Figure 97 - Forfait et coût MKI par patient assuré en 2016 répartis entre les fédérations



Source : Enquête KPMG

### Nombre de patients

La section suivante compare la structure des coûts des maisons médicales comptant moins de 2000 patients à celle des maisons médicales comptant entre 2000 et 4000 patients et de celles avec plus de 4000 patients. Les données relatives aux coûts et à la patientèle concernent 2016. Le tableau de 2015 est similaire et n'est donc pas présenté. Les données de coûts sont à nouveau exprimées par patient.

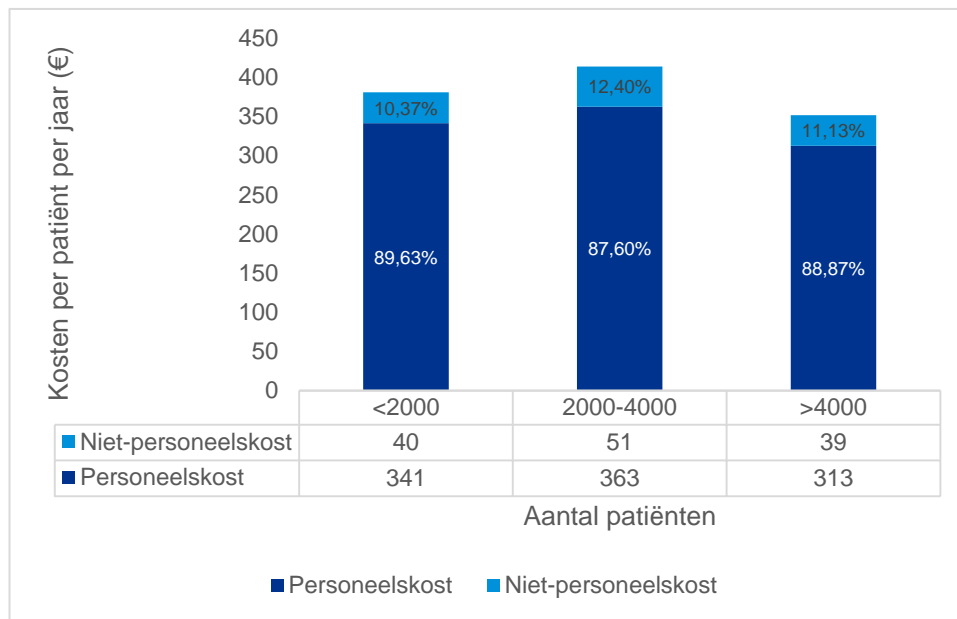
Tableau59 – Description des groupes en fonction du nombre de patients

<2000 patients	2000-4000 patients	>4000 patients	Total
46	67	12	125

Source : Enquête KPMG

La figure 98 illustre, pour chaque groupe, le ratio entre les frais de personnel et les autres frais. On remarque à nouveau que chaque groupe présente une répartition entre les deux types de coûts pratiquement égale, et ce indépendamment de la taille de la patientèle. En moyenne, les frais de personnel représentent environ 89 % du coût moyen par patient.

Figure 98 - Coûts totaux par patient en 2016, ventilés entre les frais de personnel et autres frais et répartis en fonction du nombre de patients



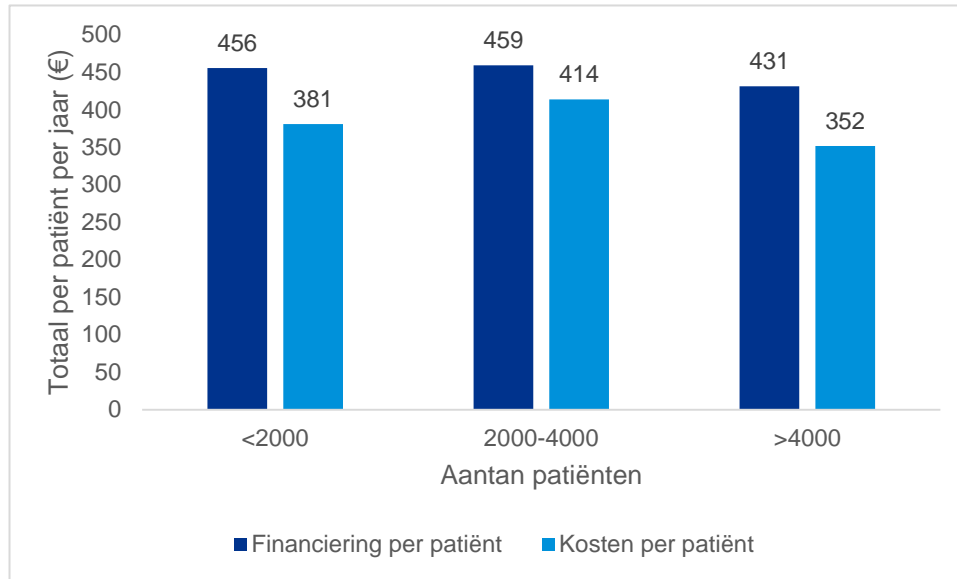
Source : Enquête KPMG

La figure 99 compare les coûts moyens par patient au financement moyen par patient. Il en ressort les points suivants :

- Dans les maisons médicales comptant moins de 2000 patients, le coût moyen par patient s'élève à 381 euros. En moyenne, le financement par patient s'élève à 456 euros.
- Les coûts par patient sont en moyenne les plus faibles dans les maisons médicales avec une patientèle de plus de 4000 patients. Pour ces maisons médicales, le coût moyen par patient s'élève à 352 euros. On constate une diminution des coûts moyens par patient dans le groupe des maisons médicales avec la plus importante patientèle.<sup>85</sup> Dans ce groupe, le financement moyen par patient s'élève en moyenne à 431 euros par patient.
- Les maisons médicales avec une patientèle comprise entre 2000 et 4000 patients présentent les coûts moyens et le financement par patient les plus élevés de 2016, avec respectivement 414 euros et 459 euros.

<sup>85</sup> Ces coûts moyens par patient sont à nouveau plus faibles pour les quelques maisons médicales de plus de 6000 patients. Toutefois, la taille de ce groupe est trop dérisoire pour pouvoir en tirer des conclusions générales.

Figure 99 - Financement total et coûts totaux par patient en 2016, répartis en fonction du nombre de patients

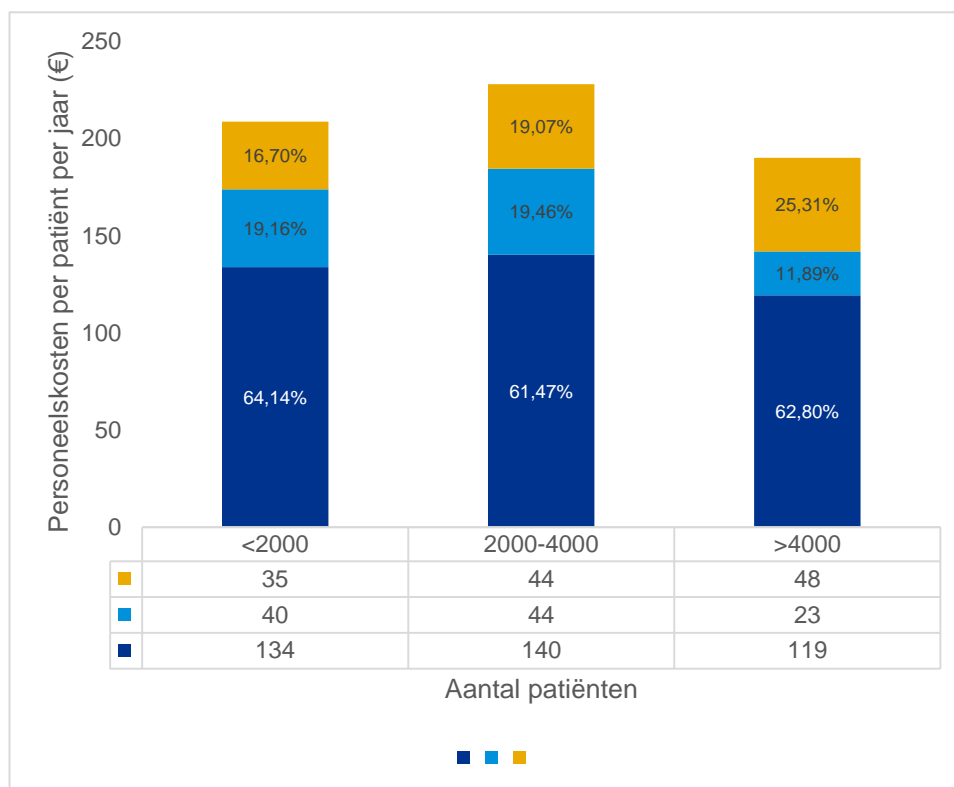


Source : Enquête KPMG

La figure 100 illustre les différences de coût MKI par patient pour les répondants avec diverses tailles de patientèle. Il en ressort les points suivants :

- Les coûts des médecins généralistes sont en moyenne compris entre 61 % et 64 % du coût MKI par patient, et ce indépendamment de la taille de la patientèle.
- Pour les maisons médicales comptant plus de 4000 patients, le coût relatif et absolu des praticiens de l'art infirmier est en moyenne le plus élevé. Les coûts des praticiens de l'art infirmier représentent en moyenne 25 % du coût MKI par patient.<sup>86</sup>

Figure 100 - Coût MKI par patient en 2016, ventilé par type de dispensateur de soins et réparti en fonction du nombre de patients



Source : Enquête KPMG

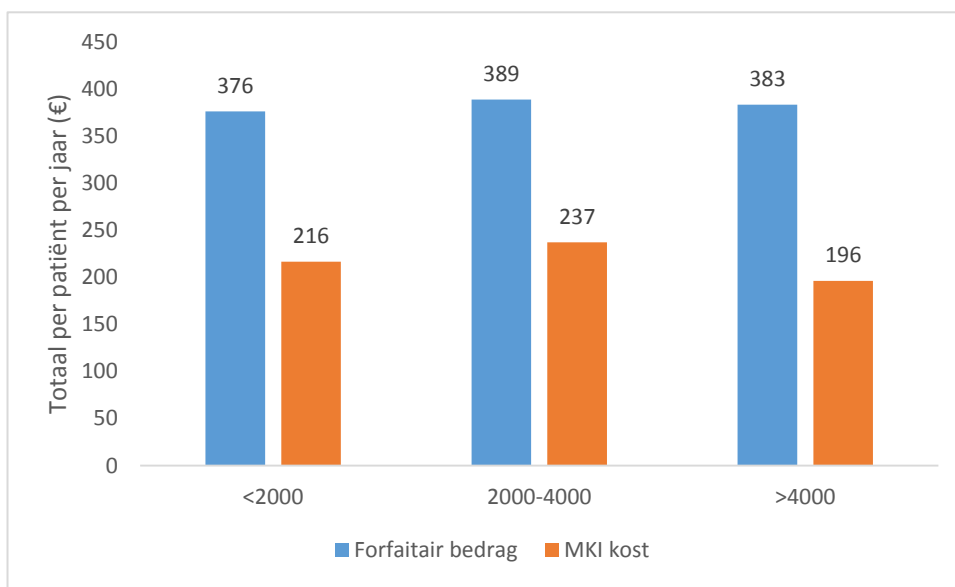
La figure 101 montre les coûts MKI moyens par patient assuré ainsi que les indemnités forfaitaires versées par patient assuré par l'INAMI pour les différents groupes, en fonction de la taille de la patientèle. Il en ressort les points suivants :

- Les indemnités forfaitaires reçues par patient assuré sont très similaires, et ce indépendamment de la taille de la patientèle. En 2016, les maisons médicales dénombrant moins de 2000 patients ont perçu un forfait moyen de 376 euros par patient assuré. Pour les maisons médicales avec une patientèle comprise entre 2000 et 4000 patients et supérieure à 4000 patients, les forfaits s'élèvent en moyenne à 389 euros et 383 euros par patient assuré.

<sup>86</sup> Il convient de noter que cette observation se base sur seulement 12 répondants.

- Le coût MKI par patient assuré est en moyenne le plus élevé dans les maisons médicales comptant entre 2000 et 4000 patients, soit 237 euros par patient assuré. Pour les maisons médicales comptant plus de 4000 patients, ce coût MKI par patient assuré est en moyenne le plus bas, soit 196 euros par patient. Les maisons médicales comptant moins de 2000 patients présentent un coût MKI moyen de 216 euros par patient assuré.

Figure 101 - Forfait et coût MKI par patient assuré en 2016 répartis en fonction du nombre de patients



Source : Enquête KPMG

### Nombre de disciplines MKI

Le tableau 60 indique le nombre de maisons médicales qui proposent une, deux ou trois disciplines MKI. On constate que seul un nombre limité de répondants propose une seule discipline MKI (voir ci-dessus). Ces trois répondants ne sont pas analysés séparément dans la présente analyse. Par conséquent, seules les maisons médicales qui proposent 2 ou 3 disciplines sont abordées plus en détail.

Tableau 60 - Description des groupes sur la base du nombre de disciplines MKI

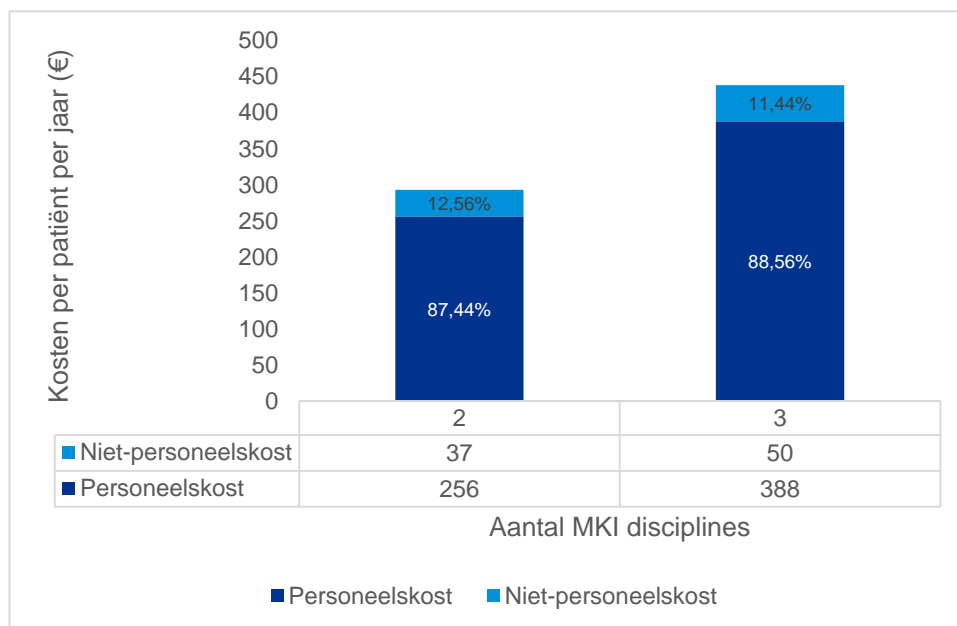
1 discipline	2 disciplines	3 disciplines	Total
3	32	90	125

Source : Enquête KPMG

La figure 102 indique que le ratio entre les frais de personnel et les autres frais est similaire pour les maisons médicales qui proposent 2 ou 3 disciplines MKI. Dans les deux groupes, les frais de personnel représentent environ 88 % du coût moyen par patient. Le montant absolu des frais de personnel par patient varie en fonction du nombre de disciplines MKI proposées. Les maisons médicales qui proposent deux disciplines MKI présentent évidemment des frais de personnel par patient inférieurs à ceux des maisons médicales qui proposent toutes les disciplines MKI. Les frais de

personnel par patient s'élèvent en moyenne à 256 euros par patient et à 388 euros par patient.

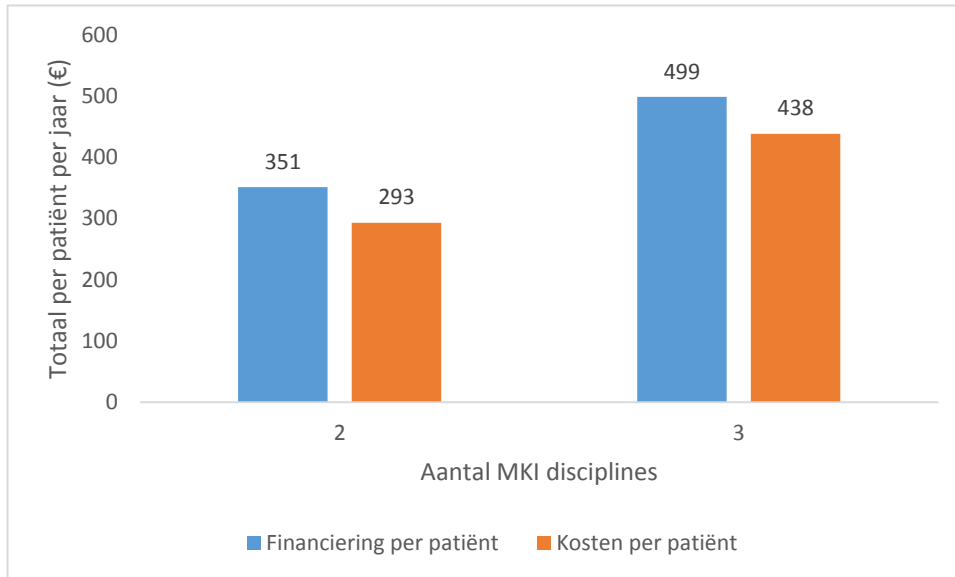
Figure 102 - Coûts totaux par patient en 2016, ventilés en frais de personnel et autres frais et répartis en fonction du nombre de disciplines MKI



Source : Enquête KPMG

Si l'on compare les coûts totaux par patient avec le financement total par patient de la figure 103, on constate que les maisons médicales qui proposent trois disciplines ont en moyenne un financement et un coût par patient plus élevés que les maisons médicales qui proposent deux disciplines. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'offre d'une discipline MKI supplémentaire implique logiquement des coûts et un financement supplémentaires. Les maisons médicales qui proposent 3 disciplines disposent d'un financement moyen de 499 euros par patient, tandis que le coût moyen par patient s'élève à 438 euros. Pour les maisons médicales qui proposent deux disciplines, le financement par patient et les coûts par patient s'élevaient en moyenne à respectivement 351 euros et 293 euros.

Figure 103 - Financement total et coûts totaux par patient en 2016 répartis en fonction du nombre de disciplines MKI

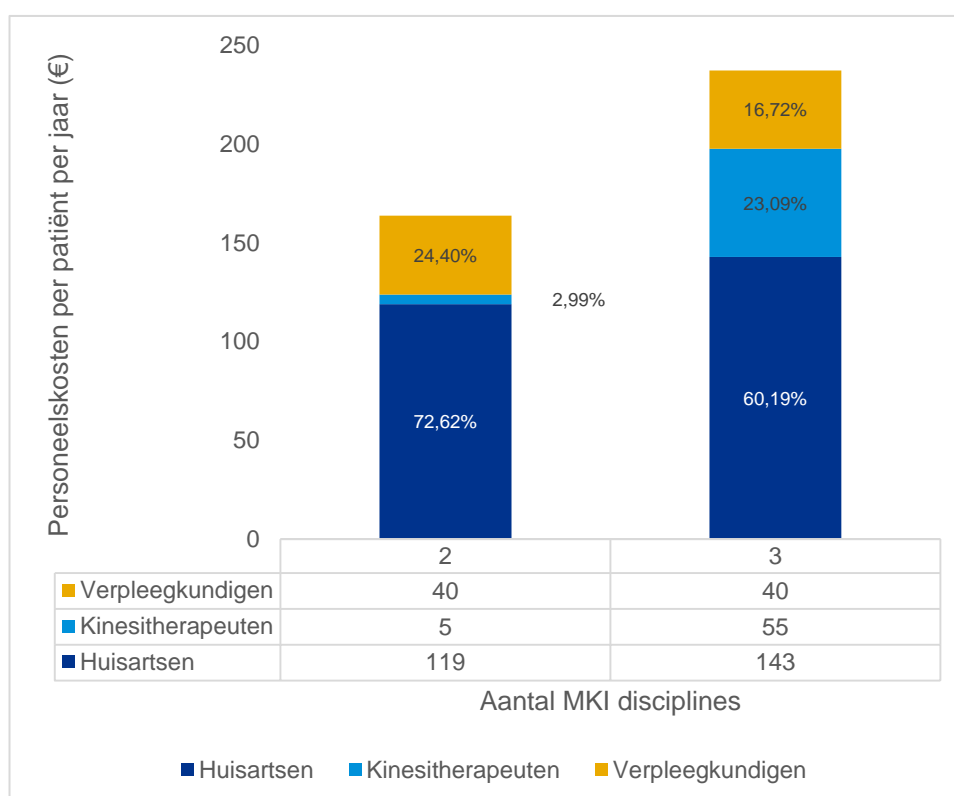


Source : Enquête KPMG

La figure ci-dessous illustre les coûts moyens par patient affectés séparément aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier. Il en ressort les points suivants :

- Les coûts MKI par patient sont plus élevés dans les maisons médicales qui proposent 3 disciplines MKI, à savoir en moyenne 237 euros par patient. Cette constatation n'est nullement surprenante, puisque les maisons médicales qui ne proposent que deux disciplines MKI proposent un seul dispensateur de soins en moins. Pour ces maisons médicales, le coût MKI moyen par patient s'élève à 164 euros.
- Les coûts MKI moyens par patient indiquent que les maisons médicales qui proposent deux disciplines MKI se concentrent principalement sur les médecins généralistes et les praticiens de l'art infirmier. Les kinésithérapeutes ne sont souvent ajoutés qu'à titre de troisième dispensateur de soins MKI.

Figure 104 - Coûts MKI par patient en 2016, ventilés par type de dispensateur de soins de santé et répartis en fonction du nombre de disciplines MKI



Source : Enquête KPMG

### Forme de société

L'analyse de la forme de société des répondants permet de constater qu'en 2016, 99 des 125 répondants inclus dans les analyses sont structurés en A.S.B.L. En outre, 23 répondants ont indiqué être constitués en S.P.R.L.<sup>87</sup>. Pour 2016, on ne constate toutefois aucune différence significative entre la structure des coûts d'une A.S.B.L. et celle d'une S.P.R.L. L'ordre de grandeur des composantes du financement est également similaire. Le tableau 61 synthétise les principales données relatives aux coûts et au financement.

Tableau 61 – Composantes de financement et de coûts moyennes par patient en 2016 (hors non-assurés pour le forfait et MKI) réparties entre A.S.B.L. et S.P.R.L.

	Financement total	Coûts totaux	Forfait <sup>88</sup>	Coût MKI
<b>A.S.B.L.</b>	461 €	399€	386€	228€
<b>SPRL</b>	453€	402€	385€	220€

Source : Enquête KPMG

### Coûts par ETP

La figure ci-dessous fournit un aperçu des coûts moyens par médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier en ETP pour 2015 et 2016. Ces coûts

<sup>87</sup> Les 3 autres prennent la forme d'une association de fait ou n'ont pas mentionné leur structure dans l'enquête.

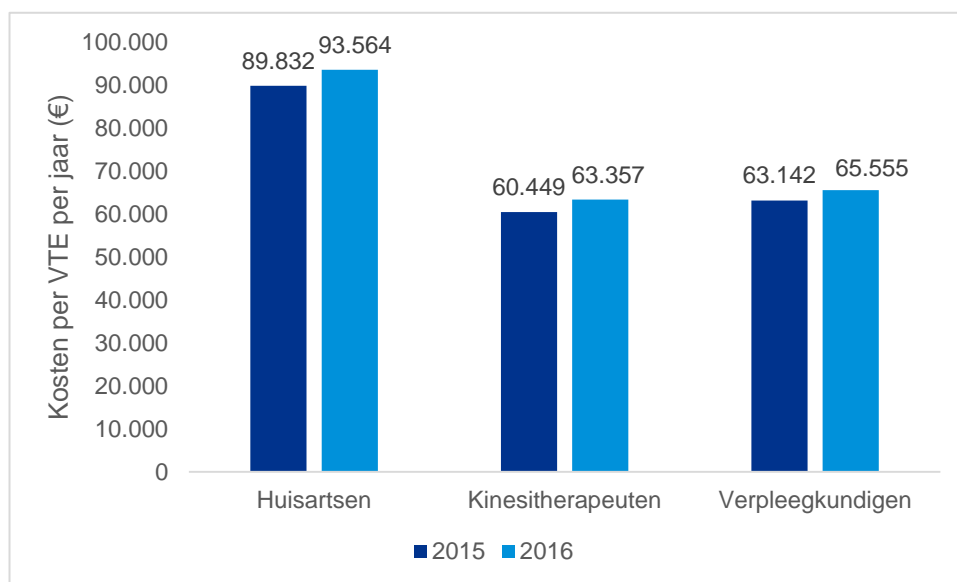
<sup>88</sup> Le forfait et le coût MKI sont à nouveau exprimés par patient assuré.



sont calculés en divisant les coûts d'une certaine catégorie d'employés par le nombre d'équivalents temps plein dans chaque maison médicale de cette catégorie. Le coût par ETP n'est calculé que pour les maisons médicales pour lesquelles les frais de personnel et le nombre d'ETP sont disponibles.

Le coût moyen<sup>89</sup> par médecin généraliste est plus élevé que le coût moyen par kinésithérapeute ou praticien de l'art infirmier. En 2016, le coût moyen pour un médecin généraliste (ETP) s'élève à environ 93 000 euros, tandis que pour les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier, il s'élève respectivement à environ 63 000 euros et 66 000 euros par ETP. En outre, les coûts par ETP pour les trois catégories de personnel ont légèrement augmenté en 2016 par rapport à 2015.

Figure 105 – Coûts moyens par ETP en 2015 et 2016



Source : Enquête KPMG

Au cours des interviews, il a été indiqué que les médecins généralistes qui travaillent dans un maison médicale le font souvent en tant qu'**indépendants**. Les autres dispensateurs de soins sont principalement des **employés**. Les maisons médicales tiennent souvent compte des **barèmes salariaux** (recommandés par la fédération). Ceux-ci pourraient toutefois bientôt être modifiés en raison de la demande faite à l'IF-IC (institut de classification de fonction) de créer une description de poste pour les médecins qui déterminerait également une certaine échelle de salaire pour ces derniers.

### **Paiements aux collègues qui travaillent par prestation**

Cette analyse se base sur l'échantillon de répondants ayant indiqué dans l'enquête verser des paiements par prestations aux collègues qui travaillent de cette manière. Ces

<sup>89</sup> Traitements et salaires, charges sociales et pensions

paiements sont exécutés en compensation des services fournis aux patients de la maison médicale.

Les données de 115 répondants en 2015 et de 130 répondants en 2016 ont été incluses dans les analyses par patient. Les données d'une année donnée n'ont été prises en compte que si la maison médicale a travaillé avec le régime forfaitaire pendant une année complète. Les résultats pour 2015 et 2016 sont à nouveau similaires, de sorte que seuls les résultats de 2016 sont analysés. En outre, deux maisons médicales avec un nombre de patients non fiable ont été exclues de l'analyse. Les données des maisons médicales qui n'ont pas répondu à cette partie de l'enquête ou y ont répondu de manière incomplète ne sont évidemment pas incluses.<sup>90</sup> Sur l'ensemble des 130 maisons médicales disposant d'informations exploitables sur les coûts pour 2016, le coût moyen par patient pour les rémunérations versées aux collègues travaillant par prestation s'élève à 12,58 euros.

En outre, pour 2016, 116 des 130 maisons médicales établissent une subdivision entre les différents dispensateurs de soins pour lesquels des paiements par prestation ont été déboursés. Le tableau 62 présente une ventilation entre les différents types de collègues auxquels ces 116 maisons médicales ont effectué des paiements par prestation. En 2016, le coût moyen par patient pour les 116 répondants s'élevait à 12,94 euros.<sup>91</sup> Le coût moyen par patient des paiements par prestation aux collègues praticiens de l'art infirmier est le plus élevé, soit 7,15 € par patient. Pour les collègues médecins généralistes et kinésithérapeutes qui travaillent à la prestation, le coût moyen par patient s'élève, pour la maison médicale, à respectivement 2,23 € et 3,35 € en 2016.

---

<sup>90</sup> Une partie des maisons médicales a fourni des renseignements sur le nombre de services renvoyés plutôt que sur le montant total payé. Ces renseignements n'ont pas pu être inclus dans l'analyse.

<sup>91</sup> Ce montant diffère de celui de 12,58 €, car il s'agit d'une moyenne des répondants pour lesquels une ventilation a été faite par dispensateur de soins.

Tableau 62 - Paiements réalisés en 2016 aux collègues qui travaillent à la prestation

Type de dispensateur de soins	Montant moyen par patient
Médecins généralistes par prestation	2,23 €
Kinésithérapeutes par prestation	3,35 €
Praticiens de l'art infirmier par prestation	7,15 €
Total	12,94 €

Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

Dans la **structure de coûts des maisons médicales**, les frais de personnel représentent la catégorie de coûts la plus importante. En moyenne, les **frais de personnel** constituent 88 % des coûts par patient. Ces frais de personnel sont à leur tour en moyenne composés à plus de 60 % des coûts affectés aux médecins généralistes, aux kinésithérapeutes et aux praticiens de l'art infirmier.

Les **autres frais** représentent en moyenne 12 % des coûts par patient. Parmi ces autres frais, les frais d'immeuble constituent le type de coûts le plus important. En moyenne, les frais d'immeuble (location, électricité, gaz, nettoyage, entretien, sécurité) représentent plus de 60 % des autres frais.

Dans tous les groupes, le **financement moyen par patient** est plus élevé que les **coûts moyens par patient**. En outre, dans tous les groupes, les forfaits moyens par patient s'avèrent plus élevés que les coûts MKI moyens par patient. Les maisons médicales comptant plus de 4000 patients ont en moyenne un coût par patient inférieur à celui des maisons médicales avec une patientèle plus réduite.

Le **coût par ETP** des médecins généralistes est en moyenne plus élevé que celui des kinésithérapeutes et des praticiens de l'art infirmier.

## 2.5 Optimisation des ressources engagées

Cette section examine dans quelle mesure les ressources engagées sont utilisées de manière optimale dans les maisons médicales. Plus précisément, elle examinera si les compétences spécifiques qui seraient présentes dans les maisons médicales sont utilisées de manière optimale. Elle recense ensuite l'utilisation des différentes applications électroniques, ainsi que les formes de collaboration entre les maisons médicales et les autres organisations, et les explications sur les potentiels gains d'efficacité qui résultent ou pourraient résulter de ces formes de collaboration.

### 2.5.1 Optimisation des compétences des dispensateurs de soins

120 des 160 répondants (75 %) indiquent transférer les patients entre les médecins de la maison médicale afin d'optimiser les compétences spécifiques (diabète, tabacologie, etc.).

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu des **expertises/compétences** renseignées qui seraient présentes dans les maisons médicales des répondants, ainsi que le taux de réponse pour cette compétence :

Tableau 63 – Aperçu des compétences spécifiques dans les maisons médicales vers lesquelles les patients sont renvoyés

Compétence spécifique	taux de réponse
Gynécologie	41%
Présence d'équipement technique d'ECG	23%
Petites interventions chirurgicales	23%
Présence de spirométrie	22%
Diabète	22%
Tabacologie	20%
Psychothérapie	14%
Expert en nutrition	11%
Médecine du sport	11%
Mésothérapie	10%
Traitement des maladies tropicales	9%
Toxicomanie	9%
Soins palliatifs	9%
Physiothérapie	8%

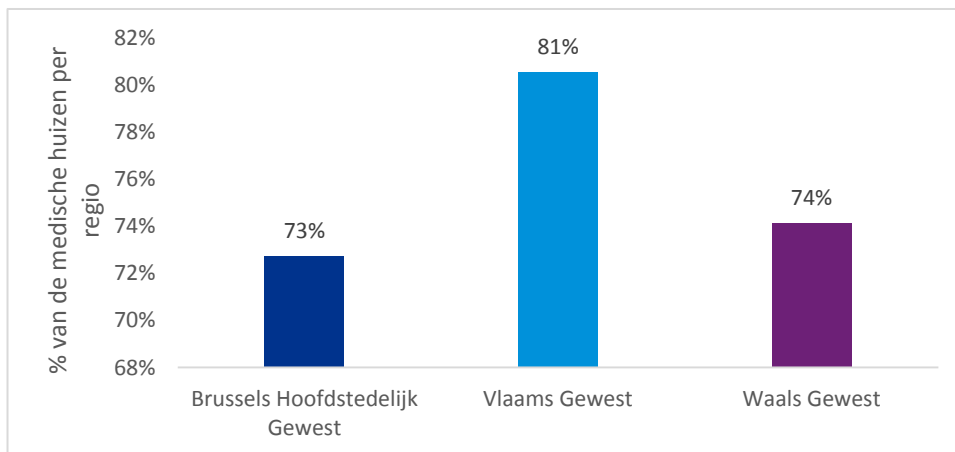
Source : Enquête KPMG

Cette section examinera s'il existe un lien avec la localisation, la maturité, l'affiliation à une fédération, la taille de la patientèle et le nombre d'autres types de soins dispensés au sein de la maison médicale. Ces analyses incluent tous les répondants (160).

### Localisation

Le graphique ci-dessous montre la proportion, au sein de chaque région, du nombre de répondants qui ont indiqué transférer des patients au sein de leur maison médicale afin d'utiliser au mieux les compétences des médecins. Il en ressort que 81 % de ces répondants sont basés en Région flamande. Le nombre de répondants de Bruxelles et de Wallonie qui indiquent optimiser les compétences des médecins par une référence en interne est quasiment identique.

Figure 106 - Nombre de maisons médicales par région qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale

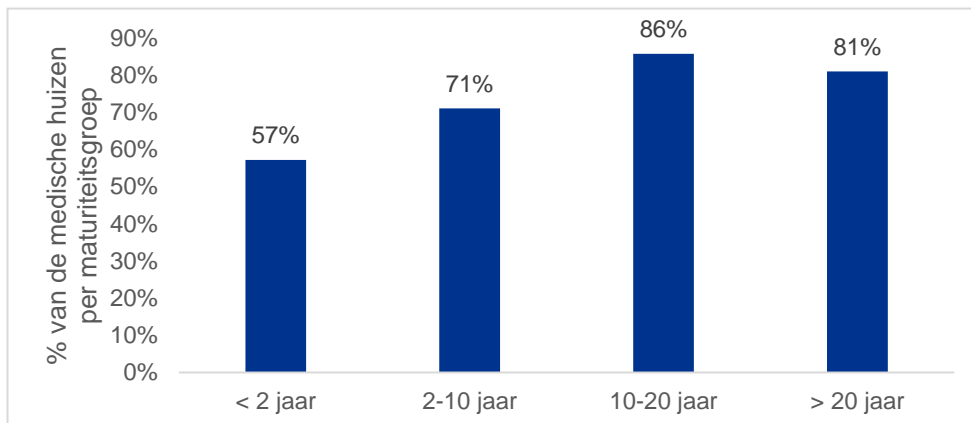


Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage des répondants de chaque groupe de maturité qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale. On constate que ce sont principalement les maisons matures qui y ont recours. En outre, des analyses antérieures ont montré que le nombre de dispensateurs de soins en ETP augmente en fonction de la maturité de la maison médicale et que la présence de dispensateurs de soins est moindre dans les maisons médicales non matures (< 2 ans) (ce qui limite donc le nombre de renvois en interne).

Figure 107 - Nombre de maisons médicales par groupe de maturité qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale

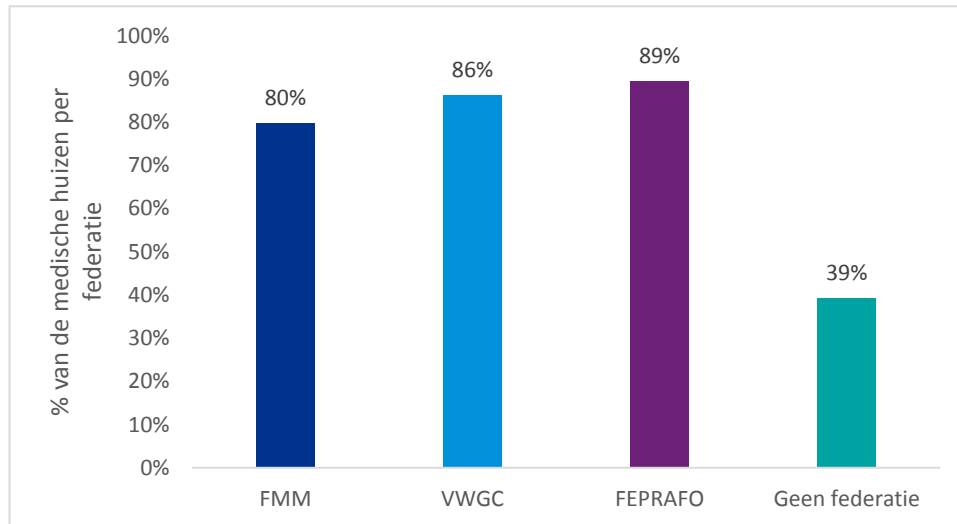


Source : Enquête KPMG

### Fédération

Le graphique ci-dessous montre le pourcentage de répondants des différentes fédérations qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale afin d'optimiser des compétences spécifiques. On ne constate aucune différence significative entre le nombre de répondants des 3 fédérations. Cependant, on observe une différence significative dans le nombre de répondants qui ne sont affiliés à aucune fédération.

Figure 108 - Nombre de maisons médicales par fédération qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale

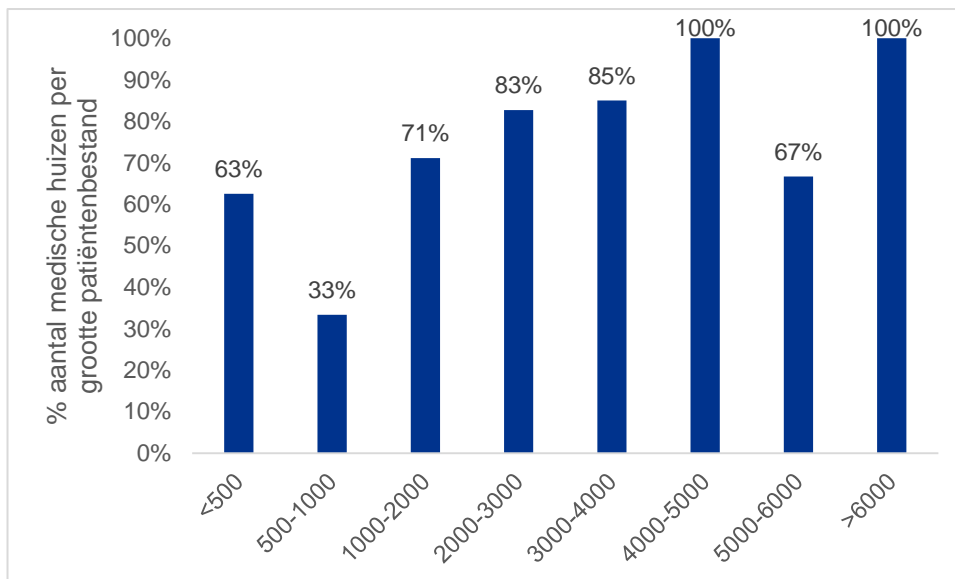


Source : Enquête KPMG

### Taille de la patientèle

La figure 109 montre le pourcentage de répondants qui renvoient des patients au sein de la maison médicale afin d'optimiser des compétences spécifiques, ventilé en fonction de la taille de la patientèle des répondants. On constate que tous les répondants qui disposent d'une patientèle comprise entre 4000 et 5000 patients (7 répondants) et ceux qui disposent d'une patientèle supérieure à 6000 patients (7 répondants) se réfèrent en interne pour optimiser les compétences spécifiques des médecins. La grande majorité des répondants des autres catégories transfèrent également des patients en interne, mais seuls les répondants qui disposent d'une patientèle de 500 à 1000 patients semblent y avoir moins recours.

Figure 109 - Nombre de maisons médicales par taille de patientèle qui transfèrent des patients au sein de la maison médicale.



Source : Enquête KPMG et données AIM

## 2.5.2 Utilisation des applications électroniques

Les maisons médicales utilisent des applications électroniques dans le cadre de la gestion de leurs dossiers médicaux électroniques (ci-après DME), eHealth<sup>92</sup>, Vitalink<sup>93</sup> et Recip-e<sup>94</sup>.

L'enquête montre que Pricare, HealthOne, Epicure et Medidoc sont principalement utilisés pour la gestion et le partage des données des patients. Outre ces applications, les répondants mentionnent d'autres systèmes électroniques, dont Le Généraliste, CareConnect et Windoc. Vous en trouverez une liste exhaustive à l'annexe 3.6.

Le tableau ci-dessous indique le pourcentage de répondants qui utilisent les applications électroniques susmentionnées dans le cadre du DME, eHealth, Vitalink et Recip-e.

Tableau 64 – Aperçu des applications utilisées pour le DME, eHealth, Vitalink, Recip-e

	DME	eHealth	Vitalink	Recip-e
Pricare	49%	48%	36%	48%
HealthOne	11%	9%	6%	11%
Epicure	8%	9%	4%	8%
Medidoc	7%	6%	6%	6%

### **Conclusion :**

120 répondants (75 %) indiquent transférer des patients entre les médecins de la maison médicale afin d'optimiser leurs compétences spécifiques (diabète, tabacologie, etc.). Cela semble se produire principalement dans les maisons matures. En outre, des analyses antérieures ont montré que le nombre de dispensateurs de soins en ETP augmente en fonction de la maturité de la maison médicale et que la présence de dispensateurs de soins est moindre dans les maisons médicales non matures (< 2 ans) (ce qui limite donc le nombre de renvois en interne).

Autre	11%	24%	6%	9%
<b>Total de répondants</b>	<b>86%</b>	<b>96%</b>	<b>58%</b>	<b>82%</b>

Source : Enquête KPMG

<sup>92</sup> Le site « eHealth » propose diverses applications électroniques aux institutions (hôpitaux, groupes de praticiens de l'art infirmier, etc.) et aux professionnels de la santé. En voici quelques exemples :

- enregistrement du cancer en ligne pour les hôpitaux généraux
- e-shop pour la commande en ligne des attestations de soins donnés
- MyCareNet pour l'échange de données entre prestataires de soins professionnels et mutualités

(source : [https://www.belgium.be/fr/services\\_en\\_ligne/app\\_be\\_health](https://www.belgium.be/fr/services_en_ligne/app_be_health))

<sup>93</sup> Vitalink est un système qui permet aux dispensateurs de soins de partager entre eux facilement et en toute sécurité des données numériques sur leurs patients. Aujourd'hui, Vitalink partage les données sur les vaccins, les traitements, les dépistages et un résumé du dossier médical du médecin généraliste. Le patient fournit son autorisation préalable, décide des personnes autorisées à voir les données et peut les consulter à tout moment. (source : <http://www.vitalink.be/>)

<sup>94</sup> Recip-e a pour ambition d'introduire la prescription médicale électronique dans le secteur ambulatoire en Belgique. Il se situe dans le contexte de l'introduction des services électroniques dans les soins de santé: le domaine e-health (e-santé). (source : <https://recip-e.be/home-fr/>)



La suite recense plus en détail le type de maisons médicales qui utilisent les différentes applications ainsi que le pourcentage de membres qui utilise l'application en question au sein des fédérations.

Tableau 65 – Aperçu des applications utilisées pour le DME, eHealth, Vitalink, Recip-e<sup>95</sup>

Federation	EMD					eHealth				
	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere
FMM	52	5	9	1	1	51	5	11	1	5
	62%	6%	11%	1%	1%	61%	6%	13%	1%	6%
VWGC	21	1		5	4	20	1		5	5
	72,50%	3,50%		17%	14%	69%	3,50%		17%	17%
FEPRAFO	2	7	1	3	6	2	2	1	3	6
	10,50%	37%	5%	16%	31,50%	10,50%	10,50%	5%	16%	31,5
Geen federatie	3	5	3	2	5	4	6	2	1	7
	10,50%	18%	11%	7%	18%	14%	21,50%	7%	3,50%	25%
Vitalink					Recip-e					
Federation	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere	Pricare	HealthOne	Epicure	Medidoc	Andere
FMM	34	4	5	2	3	50	5	8	1	2
	40,50%	5%	6%	2,50%	3,50%	59,50%	6%	9,50%	1%	2%
VWGC	19	1		5	1	20	1		5	1
	65,50%	3,50%		17%	3,50%	69%	3,50%		17%	3,50%
FEPRAFO	2	2		2	2	2	3	1	3	5
	10,50%	10,50%		10,50%	10,50%	10,50%	16%	5%	16%	26,50%
Geen federatie	1	2	2		1	4	9	2		5
	3,50%	7%	7%		3,50%	14,50%	32%	7%		18%

Source : Enquête KPMG

Le tableau ci-dessus indique que les 4 applications Pricare représentent le système informatique le plus utilisé. Les répondants membres de la VWGC et de la FMM utilisent principalement Pricare à une plus importante fréquence.

La majorité des membres de la FMM (62 %) utilise Pricare pour la gestion du DME. C'est ce qui ressort également des interviews, où il a été indiqué que la fédération soutient cet outil (utilisation, fonctionnalités, etc.) sans toutefois en imposer l'utilisation à ses membres.

Il ressort des interviews que la gestion d'un **DMG** (dossier médical global) dans les maisons médicales serait généralement bien suivie. À chaque nouvel enregistrement d'un patient, un DMG serait automatiquement créé dans le système informatique et les données de base y seraient intégrées lors de l'enregistrement/première consultation. L'importance de la bonne gestion du DMG est principalement soulignée par les maisons médicales **multidisciplinaires**, car celui-ci est consulté par les différents dispensateurs de soins internes qui y ont accès. Certaines des maisons médicales interrogées mentionnent que cela permet un certain **suivi** entre collègues et une bonne gestion du DME. En outre, les maisons médicales affiliées à une fédération fournissent souvent

<sup>95</sup> Les pourcentages au sein des différentes fédérations dépassent dans certains cas les 100 %, car les répondants au sein d'une même fédération ont parfois indiqué utiliser plusieurs applications pour le DME, eHealth, Vitalink et/ou Recip-e dans l'enquête

des statistiques (par exemple, pour le service d'études de la fédération [FMM, VWGC, etc.]). Une bonne gestion du DMG leur est donc indispensable pour fournir des données de qualité.

Lors des interviews, il a été indiqué que le personnel administratif ne soutient que le remplissage du volet administratif du DMG. Il a également été indiqué qu'on utilise parfois une application différente pour la partie administrative (facturation) et pour le volet médical, car certaines applications de gestion du DMG seraient plus conviviales.

Il ressort toutefois des interviews que les **fonctionnalités des applications** de gestion du DMG seraient souvent trop limitées. En outre, une maison médicale a indiqué au cours des interviews que l'obligation d'enregistrement et de publication des affaires ne serait pas **suffisamment facilitée par les autorités réglementaires**. Les possibilités d'enregistrement dans les applications ne seraient en effet pas suffisamment développées (notamment la facilité d'exporter des listes de prescriptions d'antibiotiques, de prévention, de profil des patients [nombre de fumeurs, nombre de patients qui cessent de fumer, etc.]). Cette maison médicale effectuerait donc un suivi séparé de ces éléments, dans Excel, mais les applications devraient pouvoir en permettre l'extraction directe.

En outre, dans le contexte des applications utilisées, les interviews ont montré la nécessité de **standardiser et de normaliser les applications actuelles** afin de parvenir à un partage adéquat des informations entre les dispensateurs de soins (tant en première qu'en deuxième ligne). Les progiciels actuels permettraient encore trop peu d'exporter facilement des données réparties dans l'ensemble des dossiers médicaux. Ce point a déjà été soulevé dans la section renvois (voir « Organisation du fonctionnement »), où l'impossibilité d'enregistrer séparément le nombre de renvois dans certaines applications a été constatée.

En outre, plusieurs maisons médicales ont indiqué au cours des interviews que le **codage** de plusieurs applications n'est pas **aligné**, de sorte que des adaptations manuelles sont souvent nécessaires pour inclure le rapport d'un dispensateur de soins externe dans le DME du patient. Ces éléments ont principalement été mentionnés dans le contexte des soins de deuxième ligne, plus particulièrement dans le partage des informations avec les hôpitaux.

Il ressort des interviews que le partage efficace des informations ne dépend pas uniquement des fonctionnalités des systèmes informatiques, mais aussi du **dispensateur de soins externe**. Lorsqu'une maison médicale fournit une **lettre de renvoi** au patient, la maison médicale reçoit en général également le rapport médical du spécialiste en question. Ce n'est toutefois pas toujours le cas, ou le transfert des informations subit un énorme retard. En outre, la réception des rapports au format **papier** (de nombreux médecins ne travailleraient pas encore sous forme numérisée)

entraîne une surcharge administrative et le maintien, dans certains maisons médicales, d'un dossier médical papier et électronique.

Enfin, on peut conclure qu'il conviendrait d'effectuer une comparaison entre les **différentes applications** ainsi qu'entre les **initiatives en cours** aux différents niveaux de gouvernement, afin de les évaluer en termes de fonctionnalité, d'exhaustivité, de possibilités d'enregistrement, de convivialité, etc. si l'on veut permettre un meilleur suivi de la qualité des données et de l'enregistrement et permettre des analyses supplémentaires dans le secteur.

#### **Conclusion :**

Sur la base de l'enquête, il apparaît que Pricare, HealthOne, Epicure et Medidoc sont principalement utilisés pour la gestion et le partage des données des patients. Tant pour la gestion du DME, eHealth, Vitalink et Recip-e, Pricare semble être l'application la plus largement utilisée.

Au cours des interviews, il a été indiqué que la gestion du **DMG** (dossier médical global) dans les maisons médicales serait généralement bien suivie. L'importance de la bonne gestion du DMG est principalement soulignée par les maisons médicales **multidisciplinaires**, car celui-ci est consulté par les différents dispensateurs de soins internes qui y ont accès. Cela permet un certain **suivi** entre collègues et la bonne gestion du DME.

Il ressort toutefois des interviews que les fonctionnalités des applications de gestion du DMG sont souvent trop limitées. On constate en outre une nécessité de **standardiser et de normaliser les applications actuelles** afin de parvenir à un partage adéquat des informations entre les dispensateurs de soins (tant en première qu'en deuxième ligne).

## **2.5.3 Formes de collaboration**

### **2.5.3.1 Formes de collaboration formelles avec les services extérieurs**

Cette section recense les éventuelles collaborations externes des répondants faisant l'objet d'un accord officiel, y compris pour sous-traiter certains services et assurer la continuité des soins (p. ex. services de garde, soins à domicile, praticiens de l'art infirmier indépendants, etc.).

Elle examine si des collaborations formelles ont été conclues par les répondants et avec quels services en fonction de leur localisation, degré de maturité et fédération. Elle analyse ensuite si la combinaison de disciplines a un impact sur les collaborations avec des services externes.

L'enquête montre que la collaboration se fait principalement avec les services externes suivants :

Tableau 66 - Nombre de répondants indiquant collaborer avec des services externes

	Service de garde	de Praticiens de l'art infirmier indépendants	Soins domicile	à Autres <sup>96</sup>
Nombre de répondants <sup>97</sup>	96	32	33	39

Source : Enquête KPMG

Une liste de tous les autres services externes avec lesquels les répondants collaborent figure à l'annexe 3.7.

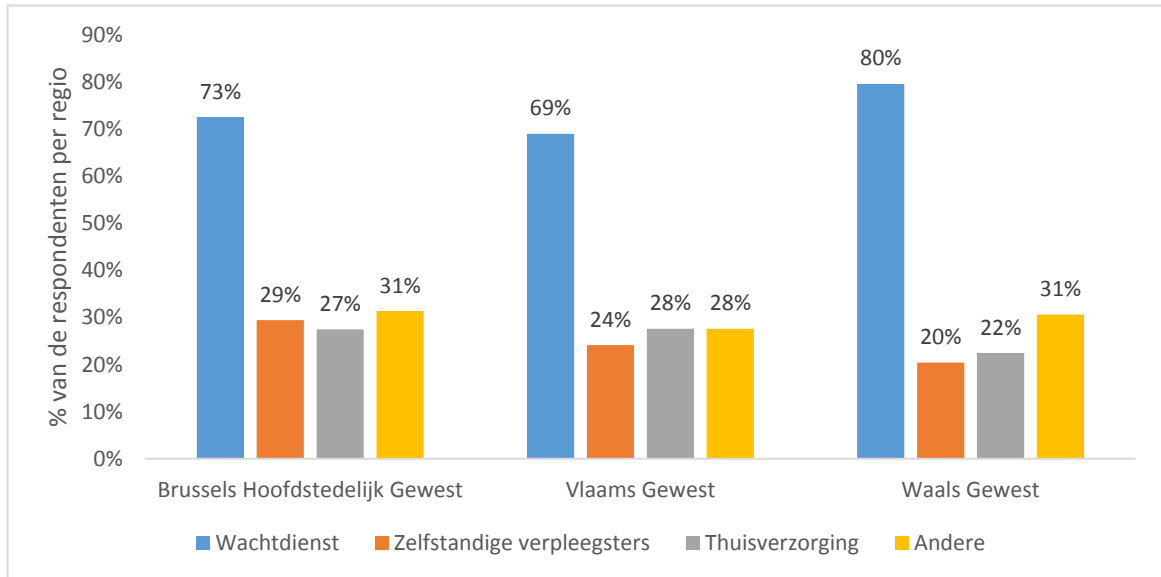
### **Localisation**

Le graphique ci-dessous indique le pourcentage de répondants de chaque région ayant indiqué collaborer de manière officielle avec des services externes. Celui-ci ne permet d'établir aucune différence significative entre les régions. Dans la section « Patientèle », on constate à Bruxelles un nombre de patients traités par praticien de l'art infirmier en ETP significativement plus élevé. Il ressort du graphique ci-dessous que la collaboration avec les praticiens de l'art infirmier externes n'y est pas plus importante que dans les autres régions, de sorte que ce plus grand nombre de patients par praticien de l'art infirmier en ETP à Bruxelles ne semble pas être imputable à une plus grande quantité de soins infirmiers réalisés par des externes.

<sup>96</sup> Dont aide et soins familiaux, services de secrétariat, physiothérapeutes et kinésithérapeutes externes, laboratoires, soins de santé mentale, soins palliatifs, etc.

<sup>97</sup> 123 répondants ont renseigné une ou plusieurs collaborations avec des services externes.

Figure 110 - Services pour lesquels les répondants collaborent par région

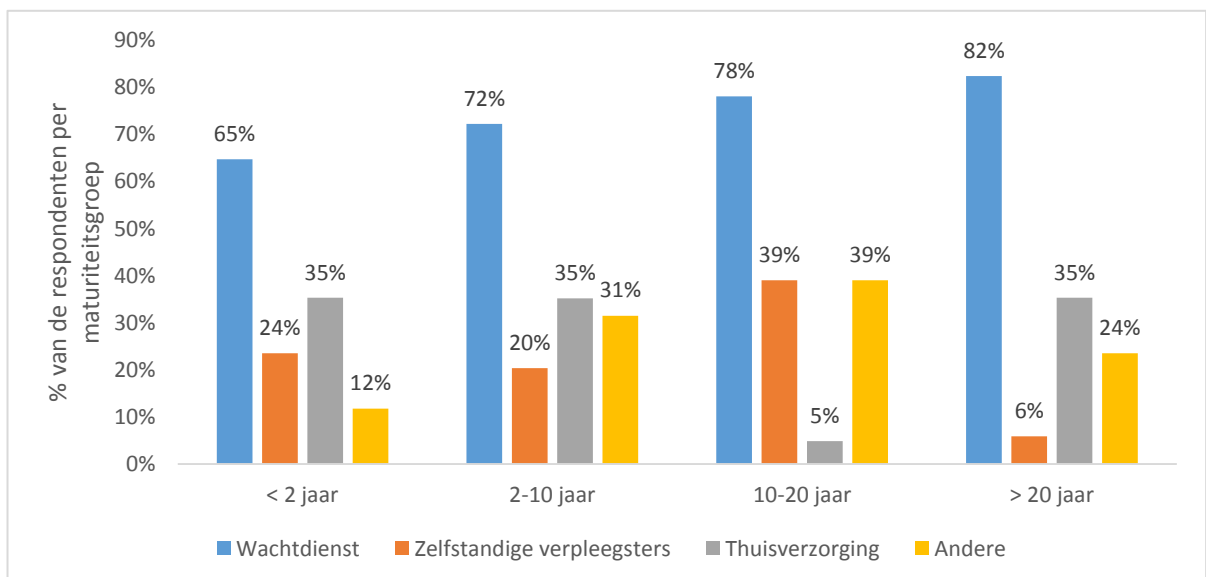


Source : Enquête KPMG

### Maturité

Le graphique ci-dessous illustre le pourcentage de maisons médicales, par groupe de maturité, qui indiquent avoir conclu un accord de collaboration formelle avec des services extérieurs. Il révèle que la conclusion de collaborations externes dans le cadre des services de garde augmente proportionnellement avec la maturité. Au cours des interviews, il a été indiqué que les médecins généralistes plus âgés participent au service de garde dans une moindre mesure que les médecins généralistes plus jeunes. En outre, il ressort des interviews que l'âge moyen des médecins généralistes augmenterait proportionnellement avec la maturité d'une maison médicale (voir ci-dessus). Ces derniers points pourraient expliquer l'augmentation du nombre de collaborations externes liées au service de garde dans les maisons médicales très matures (> 20 ans) qui emploient probablement des médecins généralistes plus âgés.

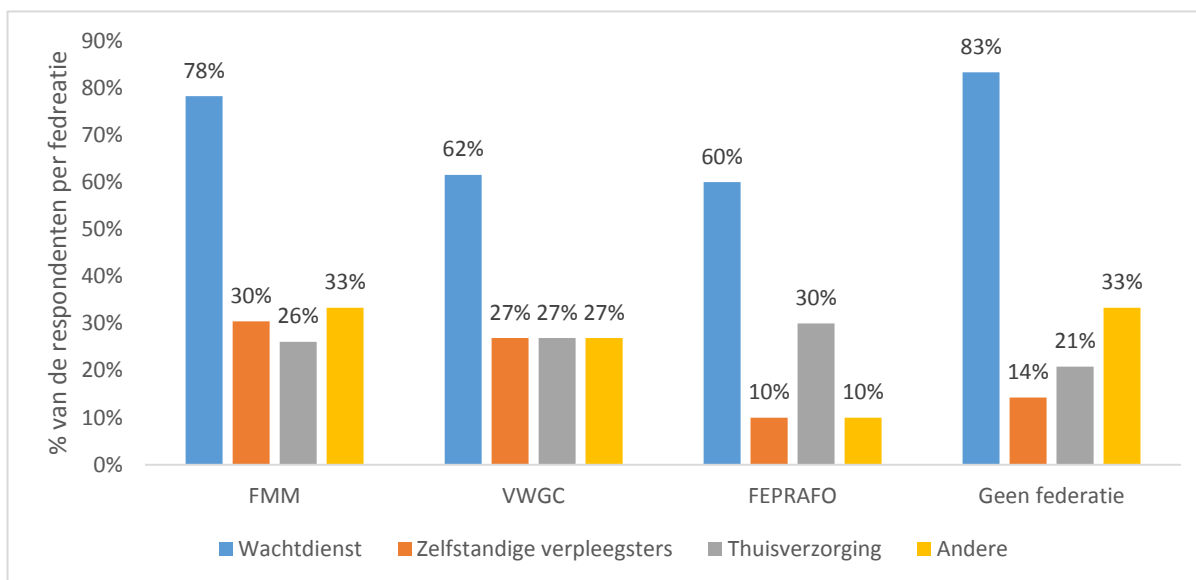
Figure 111 - Services pour lesquels les répondants collaborent, par groupe de maturité



### Fédération

La figure 112 montre le pourcentage de maisons médicales de chaque fédération ayant conclu un accord officiel avec un service externe. On peut en déduire que les répondants membres de la VWGC et de la Feprafo ont moins recours à des collaborations externes dans le cadre des services de garde.

Figure 112 - Services pour lesquels les répondants collaborent, par fédération

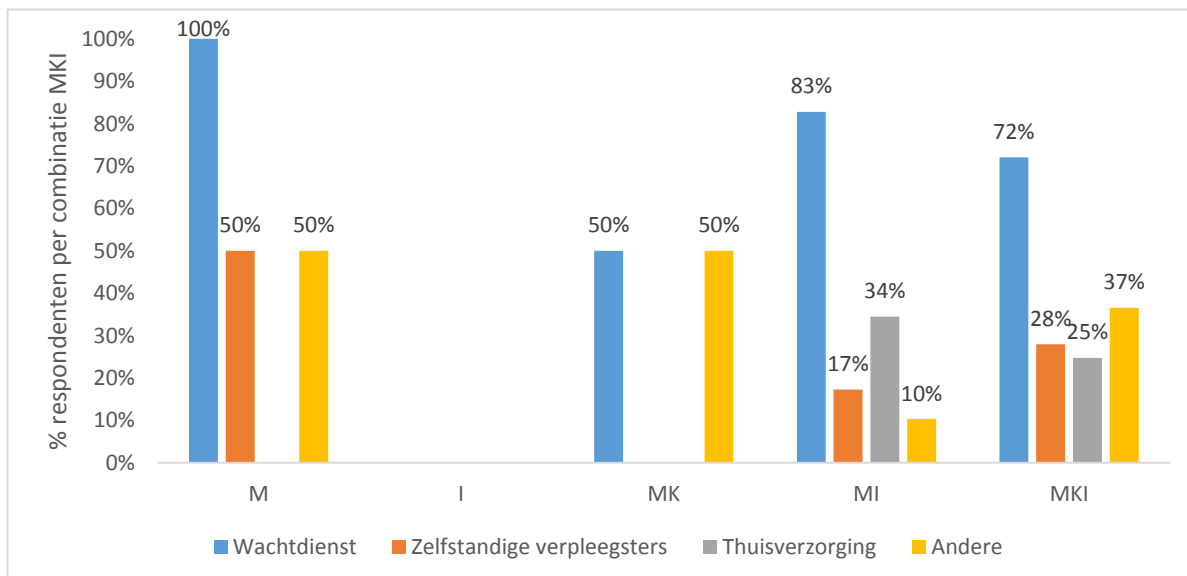


Source : Enquête KPMG

### Disciplines

Le graphique ci-dessous illustre le pourcentage de maisons médicales qui collaborent avec des services externes en fonction de la combinaison médecins généralistes, kinésithérapeutes et/ou praticiens de l'art infirmier en service dans la maison médicale. On constate logiquement que les 2 catégories sans soins infirmiers au sein de la maison médicale ne font pas appel aux soins à domicile. Dans la catégorie avec uniquement des médecins généralistes (seulement 3 répondants), la moitié collabore avec des praticiens de l'art infirmier indépendants.

Figure 113 - Services pour lesquels les répondants collaborent, par combinaison MKI



Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

L'enquête montre que la coopération avec des services externes concerne principalement les **services de garde, soins infirmiers et soins à domicile**. Les résultats de l'enquête indiquent que la conclusion de **collaborations externes dans le contexte des services de garde augmente proportionnellement avec la maturité**. Au cours des entrevues, il a été indiqué que les médecins généralistes plus âgés participent dans une moindre mesure au service de garde que les médecins généralistes plus jeunes, et que l'âge des médecins généralistes irait de pair avec la maturité d'une maison médicale. Ces derniers points pourraient donc expliquer pourquoi les maisons matures concluent davantage de collaboration pour les services de garde que les maisons

#### **2.5.3.1.1 Collaboration avec le CPAS**

On a également tenté de recenser la collaboration avec le CPAS sur la base de l'enquête et des entretiens. Le tableau ci-dessous indique le nombre de maisons médicales ayant répondu à l'enquête dont le CPAS dépend pour les soins des non-assurés. 90,5 % des répondants l'ont confirmé.

Tableau 67 - Pourcentage de maisons médicales par groupe qui indiquent que le CPAS fait appel à eux pour s'occuper de non-assurés

Région	Maturité	% de maisons médicales auxquelles le CPAS fait appel
Région de Bruxelles-Capitale	Non mature	88%
	Mature	93%
Région flamande	Non mature	100%
	Mature	93%

Région wallonne	Non mature	83%
	Mature	87%

Source : Enquête KPMG

Les interviews ont également permis de confirmer que les patients qui ne sont pas assurés sont fréquemment envoyés par le CPAS pour recevoir des soins. Les maisons médicales qui prennent en charge ces patients renvoyés peuvent facturer ces soins au CPAS. Cependant, d'après les interviews, la facturation de ces services ne semble pas se dérouler sans heurts pour toutes les maisons médicales. Celle-ci semble entraîner une lourde charge administrative, en particulier pour les maisons médicales de Bruxelles. En outre, une maison médicale a indiqué qu'il peut s'écouler un certain temps (p. ex. 90 jours) avant de percevoir l'indemnité du CPAS pour les services fournis et que l'indemnité perçue ne compense pas la charge de travail souvent associée aux personnes non assurées. Au cours des interviews, d'autres maisons médicales ont indiqué qu'elles entretenaient de très bonnes relations avec le CPAS et qu'elles n'avaient aucun problème à cet égard, et qu'elles ne considéraient pas l'indemnité perçue du CPAS pour les soins prodigués aux patients trop faible.

Enfin, une maison médicale s'avère être gérée par le CPAS. Celle-ci n'est donc pas gérée de manière autonome (employés).

### 2.5.3.2 Formes de collaboration entre les maisons médicales

La section suivante examine les formes de collaboration entre maisons médicales renseignées par les répondants. Les formes de collaboration mentionnées dans l'enquête ont été réparties en 6 catégories. Celles-ci sont illustrées dans le tableau 68, qui reprend également le nombre de répondants ayant indiqué dans l'enquête avoir conclu ces collaborations (une maison médicale peut avoir indiqué plusieurs formes de collaboration).

Tableau 68 - Aperçu des formes de collaboration et des répondants

Forme de collaboration	Nombre de répondantes
<b>Collaboration stratégique (réunions avec d'autres organisations du quartier, networking, contacts informels)</b>	104
<b>Collaboration dans le domaine de la connaissance (formation et bonnes pratiques)</b>	81
<b>Collaboration opérationnelle (transfert de patients et/ou de personnel)</b>	56
<b>Collaboration technologique (transfert d'informations)</b>	49
<b>Collaboration financière (facturation)</b>	26
<b>Collaboration dans le domaine de la continuité (service de garde, soins à domicile, etc.)</b>	15

Source : Enquête KPMG

Le tableau ci-dessus permet de déduire que la **collaboration stratégique** est la plus fréquente, suivie de la **collaboration dans le domaine de la connaissance** (formations et bonnes pratiques). Ces déductions ont été confirmées au cours des



interviews, où des collaborations avec d'autres organisations du quartier (souvent en fonction de la prévention) ont été renseignées (notamment Kind & Gezin, CLB, CPAS, aide aux sans-abri, etc.) entre autres pour analyser les besoins en soins du quartier.

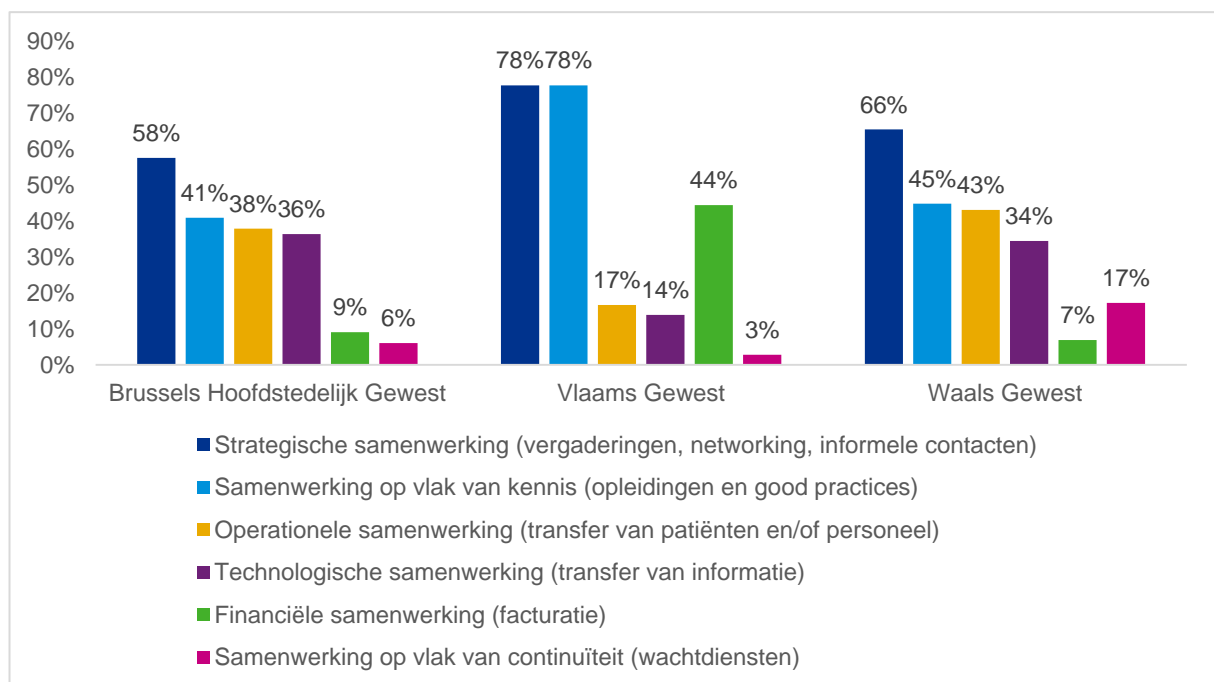
En outre, une analyse a été effectuée pour déterminer l'éventuelle existence d'une différence significative entre le nombre de patients par praticien de l'art infirmier en ETP dans les maisons médicales qui collaborent avec des praticiens de l'art infirmier externes et les maisons médicales qui ne collaborent pas avec des praticiens de l'art infirmier externes. Il en ressort que les maisons médicales qui collaborent avec les soins à domicile prennent moins de patients par praticien de l'art infirmier en ETP en charge que les maisons médicales qui ne collaborent pas avec les soins à domicile. En outre, on peut observer que les maisons médicales qui collaborent avec des praticiens de l'art infirmier indépendants prennent davantage de patients en charge par praticien de l'art infirmier en ETP que les maisons médicales qui ne collaborent pas avec des praticiens de l'art infirmier indépendants.

Dans la suite, nous tenterons de déterminer s'il existe un lien entre les formes de collaboration et la localisation, la maturité et la forme d'entreprise d'une maison médicale, la fédération à laquelle la maison médicale est affiliée et la taille de la patientèle.

### Localisation

La figure 114 montre la région dans laquelle se trouvent les formes de collaboration mentionnées par les répondants.

Figure 114 - Formes de collaboration par région



Source : Enquête KPMG

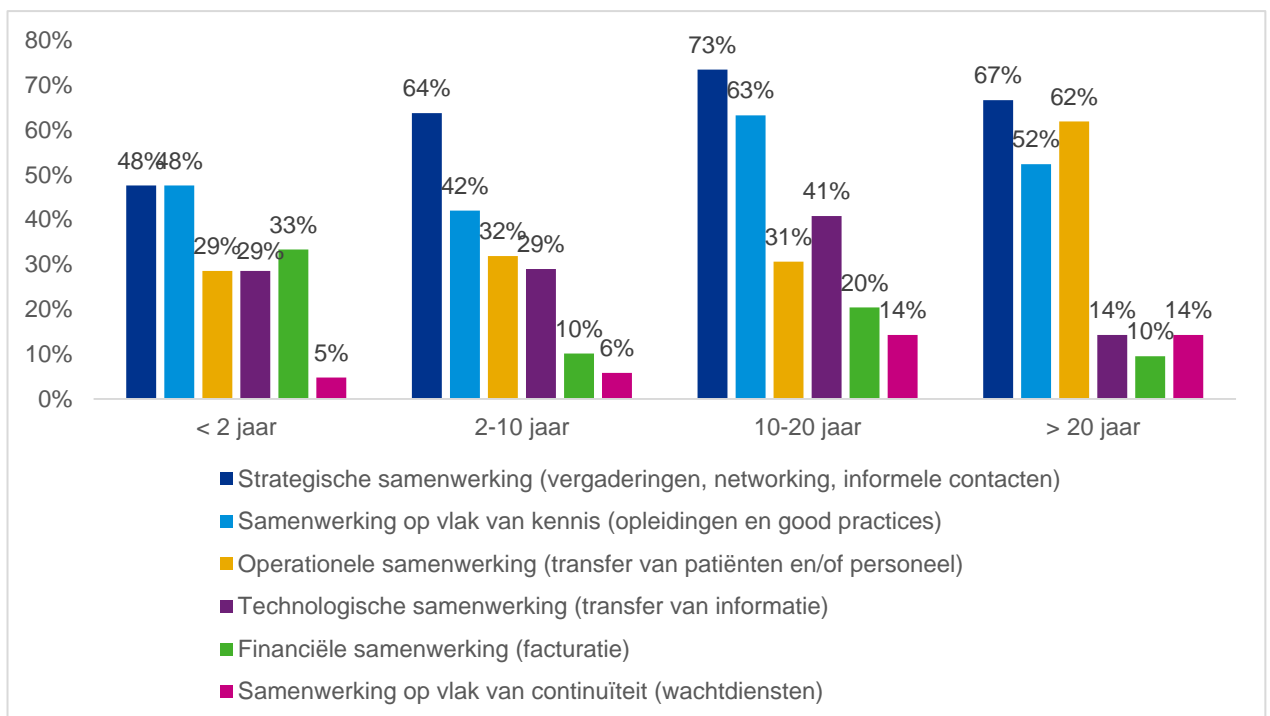
Il semblerait que la collaboration stratégique et les collaborations dans le domaine du partage des connaissances sont principalement rapportées par les répondants basés en Flandre. Les collaborations financières (par exemple, prêts sans intérêt d'autres maisons médicales, CPAS, etc. [voir ci-dessus]) y sont également les plus rapportées. Au cours des interviews, il est apparu que certaines maisons médicales collaboreraient en matière de facturation : la facturation de certaines maisons médicales est gérée de manière centralisée (Gand). Toutefois, selon quelques unes des maisons médicales interrogées, cela ne serait réalisable que pour les maisons médicales de petite taille. Il ressort en effet des interviews qu'il est indiqué aux maisons médicales disposant d'une importante patientèle de conserver une facturation en interne et séparée afin de ne pas perdre la vue d'ensemble.

Les **collaborations opérationnelles** (transferts de patients et/ou de personnel) ont été signalées à plusieurs reprises par les répondants basés à Bruxelles et en Wallonie. Au cours des interviews, un certain nombre de maisons médicales ont également indiqué (principalement à Bruxelles) que des patients étaient transférés d'une maison médicale à une autre à la suite d'un déménagement. Celles-ci sont liées aux **collaborations technologiques**, où il a été indiqué que le DMG du patient est transféré avec le patient.

### Maturité

La figure ci-dessous montre la catégorie de maturité dans laquelle se situent les formes de collaboration mentionnées par les répondants. Il en ressort que les **maisons médicales non matures s'engagent moins souvent dans des collaborations stratégiques et des collaborations dans le domaine de la connaissance**. Ce dernier point peut être lié au fait que les maisons médicales non matures sont dans une moindre mesure affiliées à une fédération (voir Caractéristiques) et que les collaborations dans le domaine de la connaissance seraient souvent facilitées par les fédérations, selon les maisons médicales interrogées. Par rapport aux autres catégories, les **maisons médicales les plus matures (> 20 ans dans un système forfaitaire)** indiquent le plus souvent être engagées dans des **collaborations opérationnelles**. Les **collaborations financières** seraient les plus fréquentes dans les **maisons médicales non matures**. Lors des interviews, il a été indiqué dans ce contexte que les maisons non matures sont souvent soutenues financièrement par d'autres maisons médicales (sous la forme de prêts sans intérêt).

Figure 115 Formes de collaboration en fonction de la maturité



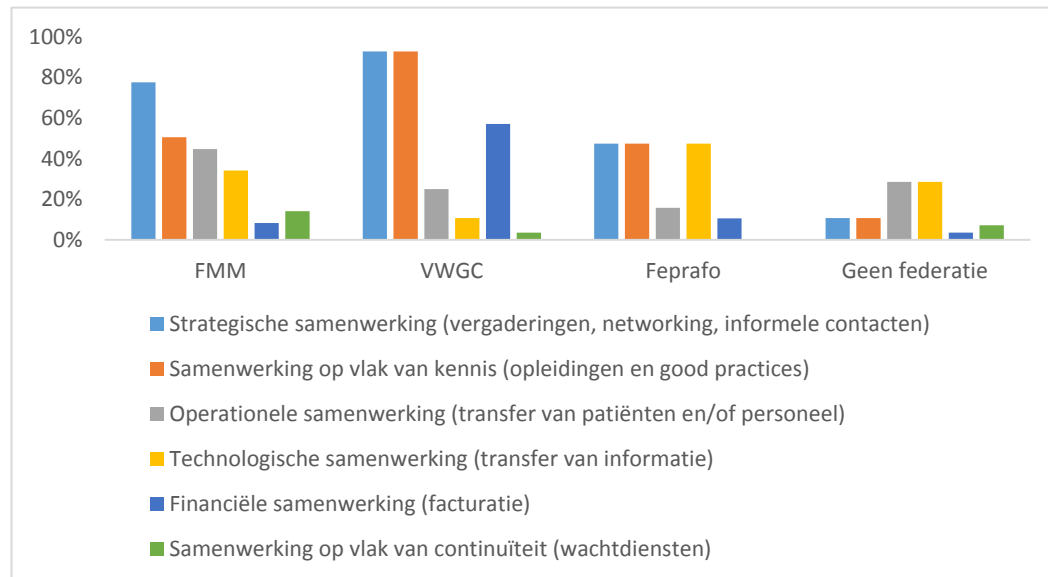
Source : Enquête KPMG

### Fédération

La figure 116 montre la fédération à laquelle sont rattachés les répondants qui ont renseigné les différentes formes de collaboration dans l'enquête. Elle montre que les membres de la **VWGC s'engagent le plus souvent dans des collaborations stratégiques et des collaborations dans le domaine de la connaissance**. C'est également ce qu'il ressort des interviews avec les maisons médicales situées en Flandre, notamment à Gand, où ces formes de collaboration ont été abordées. Les

interviews ont également mis en lumière le rôle de la VWGC dans le partage des connaissances. Ces membres sont fortement représentés à Gand. Il a également été signalé que des réunions fréquentes ont eu lieu dans les quartiers, entre autres par les coordinateurs des différentes maisons médicales chargés de surveiller l'état de la situation. La collaboration financière, qui semble également très présente parmi les membres de la VWGC, renvoie à la facturation centrale susmentionnée réalisée par les membres de cette fédération. Les répondants qui ne sont pas membres d'une fédération semblent collaborer dans une moindre mesure.

Figure 116 - Formes de collaboration par fédération

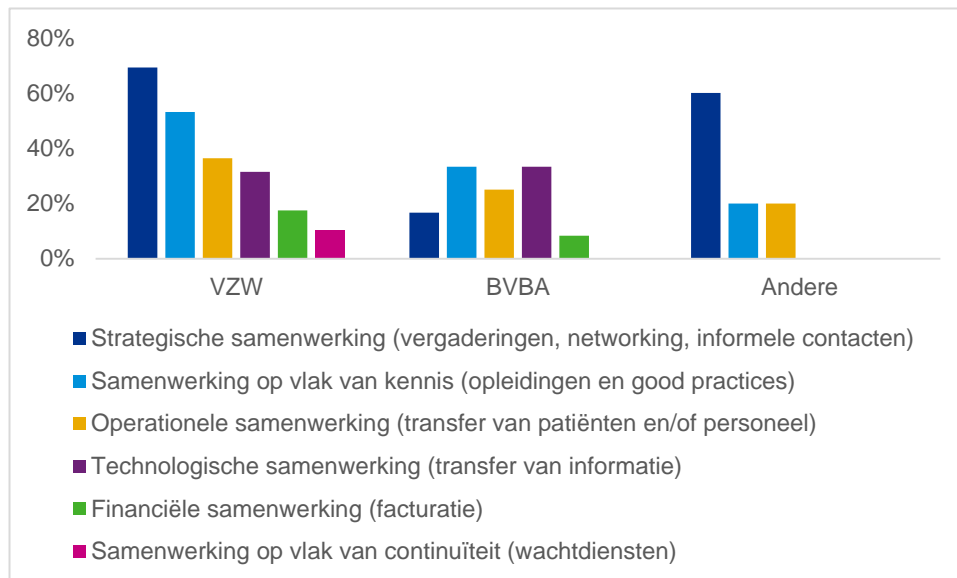


Source : Enquête KPMG

### Forme de société

La figure 117 montre les formes d'entreprise des répondants qui ont indiqué dans l'enquête avoir conclu des formes de collaboration entre maisons médicales. Celle-ci révèle que les A.S.B.L. s'engagent plus souvent dans des collaborations que les autres types de société. Il s'agit d'une suite logique de l'analyse précédente, puisque la structure des membres de la FMM et de la VWGC est presque exclusivement l'A.S.B.L.

Figure 117 - Formes de collaboration par forme de société

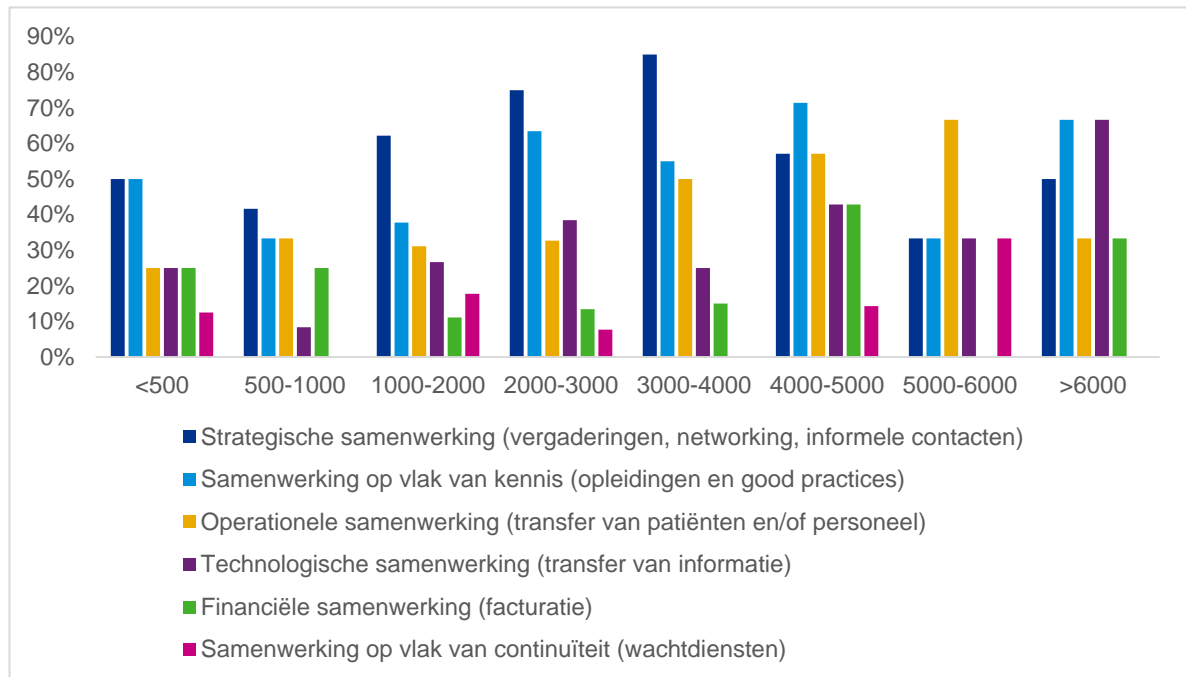


Source : Enquête KPMG

### Taille de la patientèle (nombre de patients)

La figure 118 montre le nombre de répondants qui ont indiqué avoir collaboré avec d'autres organisations, ventilé en fonction de la taille de leur patientèle. On peut en conclure que **les maisons médicales avec une plus petite patientèle** (moins de 1000 patients) s'engagent **dans une moindre mesure dans des formes de collaboration** (principalement stratégiques et dans le domaine de la connaissance). Pour les autres catégories, aucune tendance nette ne peut être dégagée quant au nombre de formes de collaboration en fonction de la taille de la patientèle. Les collaborations stratégiques et les collaborations dans le domaine de la connaissance sont le plus souvent entreprises par les maisons médicales comptant entre 1000 et 4000 patients.

Figure 118 - Formes de collaboration par taille de patientèle



Source : Enquête KPMG et données AIM

### Conclusion :

Les recherches menées dans le cadre de cette étude montrent que **la collaboration stratégique est la forme de collaboration la plus fréquente, suivie par la collaboration dans le domaine de la connaissance** (formation et bonnes pratiques).

Les **collaborations financières** seraient le plus souvent conclues par les **maisons médicales non matures**. Au cours des interviews, il est apparu que certaines maisons médicales collaborent en matière de facturation : plusieurs maisons médicales en confient la gestion à une entité centralisée (Gand).

### 2.5.4 Gains d'efficacité

Pour les différentes formes de collaboration mentionnées dans la section précédente, les répondants ont indiqué si elles entraînaient des gains d'efficacité et les domaines dans lesquels ces gains se produiraient.

Le tableau 69 indique le pourcentage de répondants qui ont indiqué être engagé dans une collaboration et avoir réalisé des gains d'efficacité (tels que les répondants les ont renseignés dans l'enquête)

Tableau 69 -% de maisons médicales indiquant que les formes de collaboration entraînent des gains d'efficacité

Collaboration dans le domaine de la connaissance (formations et bonnes pratiques)		94%
Collaboration opérationnelle (transfert de patients et/ou de personnel)		82%
Collaboration stratégique (réunions, networking, contacts informels)		79%
Collaboration financière (facturation)		73%
Collaboration technologique (transfert d'informations)		63%
Collaboration dans le domaine de la continuité (service de garde)		40%

Source : Enquête KPMG

Cela montre que, selon les répondants, toutes les formes actuelles de collaboration entraînent des gains d'efficacité, toutefois dans une moindre mesure pour les collaborations dans le domaine de la continuité, étant donné qu'elles concernent davantage les services de garde, les collaborations avec des praticiens de l'art infirmier externes pour les soins du soir et du week-end, la collaboration avec d'autres maisons médicales pour l'accueil pendant les périodes de congé, etc. et visent moins à réaliser des gains d'efficacité que les autres formes de collaboration.

Les interviews ont également souligné l'importance de l'organisation interne d'une maison médicale pour réaliser des gains d'efficacité. Principalement la **multidisciplinarité**, plus précisément la **délégation de tâches** aux praticiens de l'art infirmier et autres dispensateurs de soins (psychologues, assistants sociaux...) pourrait entraîner des gains d'efficacité considérables, tout comme l'emploi de personnel **auxiliaire et administratif** pour l'accueil et la gestion des appels téléphoniques. Cette constatation est en ligne avec les résultats antérieurs (voir 2.1.3 Autres collaborateurs), qui indiquent que la grande majorité des répondants emploie du personnel administratif et d'accueil (respectivement 90 % et 94 % des personnes interrogées). C'est ce qu'il ressort également du tableau 70, qui renseigne sur le pourcentage de répondants qui indiquent que ces fonctions auxiliaires se traduisent actuellement par des gains d'efficacité.

Tableau 70 - Formes de collaboration se traduisant par des gains d'efficacité

	Nombre de répondantes	% par rapport au nombre de répondants par catégorie	% par rapport au nombre de répondants qui déclarent des gains d'efficacité
TIC	113	92,5%	87,5%
Accueil	117	97,5%	90,5%
Administration	126	97,5%	97,5%
Autre	95	97%	73,5%

Source : Enquête KPMG

Le tableau 71 fournit un aperçu du nombre de répondants ayant renseigné les domaines dans lesquels **de futurs gains d'efficacité** seraient possibles. Comme nous l'avons déjà déduit dans la section précédente consacrée aux systèmes utilisés, le tableau ci-

dessous montre également qu'il existe un potentiel d'amélioration dans le domaine des TIC.

Le tableau ci-dessous indique également qu'il y a également matière à amélioration en termes d'administration. Ce point a également été mentionné au cours des **interviews**, qui montrent que l'administration en matière de **facturation** du **forfait** constituerait souvent une lourde charge administrative et devrait être modernisée.

Tableau 71 - Formes de collaboration où des gains d'efficacité sont réalisables

	Nombre de répondantes
TIC (Technologies de l'information et de la communication)	69
Accueil	45
Administration	57
Autres <sup>98</sup>	40

Source : Enquête KPMG

### **Conclusion :**

L'enquête démontre que, selon les répondants, toutes les formes actuelles de collaboration se traduisent en des gains d'efficacité, toutefois dans une moindre mesure pour les collaborations dans le domaine de la continuité, étant donné qu'elles concernent davantage les services de garde, les collaborations avec des praticiens de l'art infirmier externes pour les soins du soir et du week-end, la coopération avec d'autres maisons médicales pour l'accueil pendant les périodes de congé, etc. et visent moins à réaliser des gains d'efficacité par rapport aux autres formes de collaboration.

Les entretiens ont également souligné l'importance de l'organisation interne d'une maison médicale pour réaliser des gains d'efficacité. Principalement la **multidisciplinarité**, plus précisément la **délégation de tâches** aux soins infirmiers et autres profils (psychologues, assistants sociaux...) peut entraîner des gains d'efficacité considérables, tout comme l'emploi de personnel **auxiliaire et administratif** pour l'accueil et la gestion des appels téléphoniques.

<sup>98</sup> Autres : plate-forme d'échange, association patronale, secrétariat comptable et social, base de données commune, réunions sectorielles, etc.



## 3 Annexes

### 3.1 Liste des intervenants interviewés

1. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) ;
2. Le Service des soins de santé ;
3. La Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) ;
4. La Fédération des Maisons Médicales (FMM) ;
5. Federatie van eerstelijnspraktijken met forfaitaire financiering (Feprafo) ;
6. Représentants des organismes assureurs ;
7. Cellule politique du ministère des Affaires sociales et de la santé

### 3.2 Liste complète des soins dispensés dans les maisons médicales

<b>Osthéopathie</b>
<b>Sage-femme</b>
<b>Éducation au diabète</b>
<b>Prévention</b>
<b>Coordonnateur de soins</b>
<b>Assistant dentaire</b>
<b>Psychothérapeute</b>
<b>Travail psychosocial</b>
<b>Psychiatre</b>
<b>Pédicure</b>
<b>Coach sportif</b>
<b>Ergothérapeute</b>
<b>Assistant psychosocial</b>
<b>Pédiatre</b>
<b>Acuponcture</b>
<b>Éducatrice</b>
<b>Podologue</b>
<b>Pneumologue</b>
<b>Tabacologue</b>
<b>Radiologue</b>
<b>Endocrinologue</b>
<b>Santé</b>
<b>Psychomotricienne</b>
<b>Soins infirmiers externes</b>
<b>Soins bucco-dentaires</b>
<b>Chirurgien</b>
<b>Urologue</b>
<b>Cardiologue</b>

### 3.3 Hypothèses patientèle

Hypothèse
En l'absence du nombre de patients dans l'enquête, les statistiques de l'AIM ont été utilisées pour déterminer le nombre de patients des maisons médicales concernées.
En cas d'importantes différences entre 2015 et 2016 pour le nombre de patients (> 1000), les statistiques de l'AIM ont été utilisées pour déterminer le nombre de patients.
En cas de différence négative pour 2015 et/ou 2016 entre le nombre de patients déclarés dans l'enquête et les statistiques de l'AIM, les statistiques de l'AIM ont été utilisées pour déterminer le nombre de patients.
Si les kinésithérapeutes et/ou les praticiens de l'art infirmier ont été inclus dans l'enquête, mais pas les patients pour ces dispensateurs de soins, le nombre de patients renseigné par les médecins généralistes pour ces disciplines a été pris en compte.
Pour le nombre de patients par code titulaire, « <=5 » a été renseigné dans les données de l'AIM de certaines maisons médicales. Pour le traitement, une moyenne de 2,5 patients a été utilisée pour ces maisons médicales.

### 3.4 Hypothèses Contacts

Hypothèse
Une maison médicale a indiqué 210 352 contacts pour les généralistes en 2015 et 21 720 contacts pour les généralistes en 2016. Comme la différence entre les deux années s'élève à 300 en moyenne pour les autres prestataires de soins, le nombre de 21 420 a été retenu.
Les contacts pour les praticiens de l'art infirmier renseignés dans l'enquête avec le nombre de « > 15.000 » ont été repris dans l'analyse avec le nombre de 15 000.
Les contacts renseignés comme +/- 1300 ont été repris comme 1300.

### 3.5 Détail des indemnités renseignées dans l'enquête : Indemnités Maribel vs. Indemnités divers

Indemnités		
Inclus dans le financement dans le cadre du Maribel social et fiscal		
Exclu des sources de financement forfait/Maribel/divers		
autorités locales		
SUBSIDE ADMINISTRATION COMMUNALE DE DISON	PCS	Ville de Saint-Nicolas
Bxl Ville FIPI	Reciprocity	Stedenfonds
Bxl Ville Santé com	Relais social	Stedenfonds voor wijkgerichte gezondheidspromotie
Commune d'Anderlecht	Ville de Bruges	subside commune d'Uccle
Promotion de la santé	Ville de Gand	accord de subsides « Stedenfonds » avec la ville de Gand « gezondheidspromotie op maat van de wijk »

CPAS d'Alost/soutien au salaire des services sociaux	Ville de Malines	Subventions de la ville de Vilvoorde
autorités provinciales		
ACS	Intervention Active	Province d'Anvers (selon
Action personnes âgées	Plan Activa	Province de la Flandre orientale
ACTIRIS	projet « Bewegen op verwijzing »	Province du Brabant flamand
ACTIRIS ACS	projet « Patiënt in beeld »	Province F-OCC
APE	Projet d'agrandissement d'un centre de santé de quartier	VIPA
APE/forem	Province - projet de soins dentaires	
autorités régionales		
Accord secteur non marchand	Dotation subside et K RW installation	RW
Actiris	embauche compensatoire	RW embauche compensatoire
Agrément CSI	Subsides ex-DAC	RW formation
APE	<a href="#">EXONERATION AIP MARIBEL</a>	RW prime fin année
ASI subvention	<a href="#">FMSB 306</a>	Sub AVUQ non-marchand
autre subside ASI	FOREM	subs isolation bâtiment
AVIQ	Frais de formation	SUBS.RW divers projet
CAAMI	<a href="#">heures inconfortables</a>	SUBSIDE 1TP ACCUEIL
Cadastre de l'emploi non marchand (ASI)	IBGE - BIM	subside région wallonne
COCOF	Impulseo	subside RW divers
Cocof (différentiel ACS)	Impulseo II	Subvention ASI AVIQ
COCOF ACS	IMPULSEO III	Subvention CPE
Cocof Complément ACS	INAMI FIN DE CARRIERE	UNM Chrétiennes
Cocof Initiative Santé (psy)	amortissement annuel des subventions d'investissement VIPA	UNM Libress
Cocof Promotion Santé	<a href="#">Maribel</a>	UNM Socialites
COCOF/Agrément Maison Médicale	ONEM	Prime de soutien de la VDAB
COCOM	<a href="#">Prime fin d'année</a>	Subvention d'investissement VGC
Communauté Française Promotion Santé	Prime Télématique	VIPA
<a href="#">Complément Prime de fin d'années</a>	R&C	Subvention d'investissement VIPA
Congé éducation	Reduire et compenser	VIPA, subvention d'investissement nouvelle construction
CONVENTION 1ER EMPLOI	réduire et compenser	<a href="#">Fond Maribel</a>
CPE EXERCICE PRECEDENT	REGION BXL GECS	<a href="#">Maribell Federal</a>
DAC	Rosetta RW	<a href="#">Maribell Social</a>
délégation syndicale	Rosetta RW ex ant	
autre		
ACCORD SOCIAUX	Fédérale	<a href="#">Maribel ex antérieurs</a>
Accords non marchand	<a href="#">Fin de carrière non soignants</a>	<a href="#">Maribel one-shot</a>
<b>Accréditation</b>	<a href="#">Fin de carrière+prime télématique</a>	<a href="#">Maribel récup emploi</a>
ACS	FMMCSF (projet tabac)	<a href="#">Maribel Social</a>
Allocation adhésion	Fond Papillon	<a href="#">Mini accord</a>
Aménagement fin de carrière	Fondation Roi Baudouin	Loterie nationale

Fonds pauvreté (investissement psychologue de première ligne dans le centre de santé de quartier)	Fonds Maribel Social CP 330	Recettes Ned
Primes d'attraction et prestations inconfortables	Forfaits + remboursement souches + assurances	INTERVENTION INAMI Médecine Générale
Prime d'attraction	formation - supervision d'équipe	<b>PRESTATIONS</b>
Chambre 305	Formation en alternance	prime de soutien à la pratique
Chambre des maisons médicales	FSM MARIBEL 305.1+330.5	Prime télématique
Chambre-Harmonisation salariale	dons	Projet liever actieverr
CNE	Harmonisation salariale	Projet de centre périnatal
CPAS	IBC	Projet de coach périnatal
DISPONIBILITE MAITRE DE STAGE	Impulséo	Projet 600
Divers intervention INAMI	Impulséo 2	remboursement patients réfugiés
DLDW	Impulseo II années antérieures	DISPONIBILITE MAITRE DE STAGE
DMG+	Inami Adhésion	Maribel social enseignement partiel travail partiel
dmi	INAMI DMI ET SOUTIEN A LA PRATIQUE	Soutien à la pratique
DON	Instance	Soutien à la pratique des MG
Dossier médical informatisé	Intervention centre de coordination	soutien médecine
Dotation congés supplémentaires	<b>Intervention pour les gardes</b>	Subside FSM
Education permanente	JETONS DE PRESENCE	Subside Maribel Chambre des représentants
Fin de carrière	Location labo	Subside ONE petite enfance
embauche	Loterie : dotation	Subside Réduire et Compenser
Embauche compensatoire	Maître de stage	Subside Région Bxl capitale
Emploi AS	Maribel	supervision
FE.BI	MARIBEL CCT	Allocation aide sociale (organisation Mind_Spring cours santé mentale des personnes dans un contexte de réfugiés - aide aux réfugiés)
Febi accord sociaux 2000-2005	MARIBEL CHAMBRE 5	United Fund Belgium
FEBI supervision d'équipe	Maribel emploi	Aide sociale/cera

### 3.6 Liste des applications électroniques utilisées

	DME		eHealth		Vitalink		Recip-e		Autre	
	Ab s	%	Ab s	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Pricare	78	49%	77	48%	58	36%	76	48%	43	27%
HealthOne	18	11%	14	9%	9	6%	18	11%	5	3%
Epicure	13	8%	14	9%	7	4%	12	8%	2	1%
Medidoc	11	7%	10	6%	9	6%	9	6%	4	3%
Le Généraliste	4	3%	6	4%	0	0%	5	3%	2	1%
CareConnect	5	3%	2	1%	0	0%	4	3%	0	0%
eHealth	0	0%	7	4%	0	0%	2	1%	2	1%
HealthConnect	0	0%	4	3%	1	1%	0	0%	5	3%
Medibridge	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	9	6%
WINDOC	2	1%	2	1%	2	1%	2	1%	0	0%
MyCareNet	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	6	4%
Medigest	3	2%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Réseau Santé Wallon	0	0%	2	1%	1	1%	0	0%	2	1%
Beogo	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%
Prescribe	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%
Mexi	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	3	2%
Réseau Santé Bruxellois	0	0%	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%
MediSuite	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	2	1%
MediMail	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
CBIP	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
Sanmax	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	2%
BF	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Vitalink	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
E-Prescriptions	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%
Sumehr	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Popsy	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Vaccinnet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
KineQuick	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Access	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Easy-Ware	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
MCN	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Soft33	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
LTD3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
MyCarnet/PRESCRIBE/Medibridge	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Tarifdoc	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
eVAXW	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Vaccinnet	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
BIANCOZA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Baltes	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Slack	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Promedico	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Google	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Suhmer	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%

Hub	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
Corilus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Office 365	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Trarifdoc	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Le Généraliste	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
UpToDate	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
AML LAB Connector	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Todoist	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Care 2U	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CompuFit	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Handicare	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Intercult	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
BMJ Best Practice	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Pacs-on-web	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Kinplus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Oxygen	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Vodys	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Octopus	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Lab-on-line/AML	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Champolion	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%

### 3.7 Liste de tous les autres services externes collaborant avec les répondants (incluse telle qu'elle a été remplie par les répondants eux-mêmes dans le sondage)

Services externes
<b>Service de garde mobile et permanente, praticiens de l'art infirmier indépendants, hôpital des phoques domestiques</b>
<b>Assad (infi)médigarde</b>
<b>Service de garde</b>
<b>Soins à domicile</b>
<b>praticiens de l'art infirmier indépendants</b>
<b>Service de garde, soins à domicile</b>
<b>Soins infirmiers externes pour les médecins généralistes de garde (indépendants)</b>
<b>Centre de coordination des soins à domicile</b>
<b>Service de garde, aide et soins à domicile</b>
<b>Praticiens des soins infirmiers à domicile pendant les heures de fermeture, service de garde de Bruxelles</b>





[kpmg.com/socialmedia](https://kpmg.com/socialmedia)

