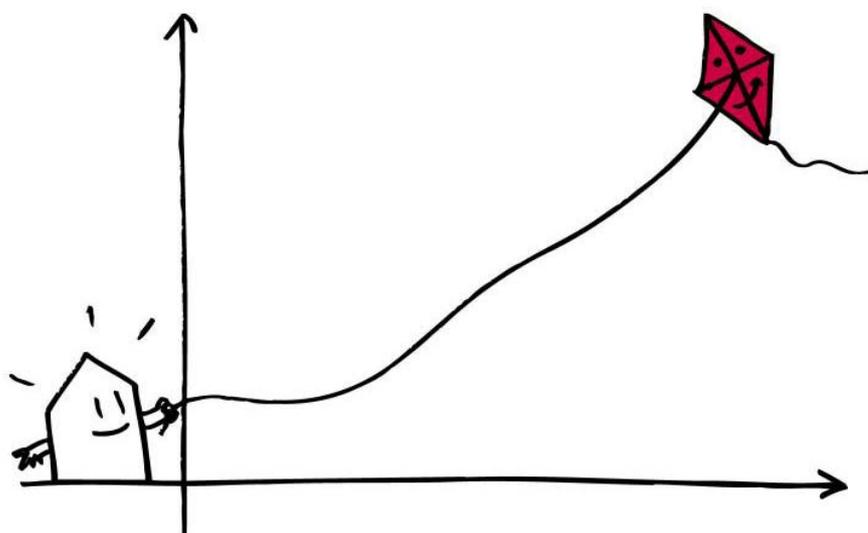


Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales ? Quelle est sa consommation de soins de médecine générale ?

Données 2003

Mai 2005



*DENIS Baudouin, DRIELSMA Pierre, NANTCHO Bruno,
DE TIEGE Vinciane, HEYMANS Isabelle, BURDET Daniel*

QUELLE POPULATION SUIVONS-NOUS DANS LES MAISONS MEDICALES AU FORFAIT ?.....5

QUELLE EST SA CONSOMMATION DE SOINS DE MEDECINE GENERALE ?5

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE	11
II. METHODES.....	13
III. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION SUIVIE.....	15
1. La population des maisons médicales au forfait est plus jeune que la population de Wallonie + Bruxelles.....	16
2. La population des maisons médicales au forfait est socio-économiquement plus défavorisée que la population de la Belgique.....	19
IV. CONSOMMATION/DISPENSATION DE SOINS MEDICAUX	21
1. La consommation globale des soins.....	22
2. La consommation en fonction du sexe.....	22
3. La consommation en fonction de la distance entre le domicile du patient et la maison médicale	22
4. La répartition de la consommation par codes titulaires	22
5. Le rapport consultations / visites à domicile.....	25
V. COMPARAISON DE LA CONSOMMATION SELON LA REGION	29
1. Différences de consommation de soins médicaux entre Bruxelles et Wallonie.....	29
2. Implications pour la charge de travail.....	33
VI. MORTALITE ET STATUT D'INVALIDITE.....	37
VII. CONCLUSION.....	41
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	43
IX. ANNEXES.....	45

QUELLE POPULATION SUIVONS-NOUS DANS LES MAISONS MEDICALES A L'ACTE ?57

QUELLE EST SA CONSOMMATION DE SOINS MEDICAUX ?.....57

I. MAISONS MEDICALES CONCERNEES.....	59
II. PROFIL DES MAISONS MEDICALES REpondANTES	59
III. LES POPULATIONS DES MAISONS MEDICALES CONCERNEES	61
1. Âge des patients.....	61
2. Sexe des patients.....	62
IV. ACTIVITE EN MEDECINE GENERALE	63
V. COMMENTAIRES SUPPLEMENTAIRES	65

GLOSSAIRE67

1. Code titulaire INAMI.....	69
2. Risque relatif = RR.....	70
3. Taux de mortalité.....	70
4. Standardisation	70
5. Intervalle de confiance	71

Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales au forfait ?

Quelle est sa consommation de soins de médecine générale ?

Année étudiée 2003

*DENIS Baudouin, DRIELSMA Pierre, NANTCHO Bruno,
DE TIEGE Vinciane, HEYMANS Isabelle, BURDET Daniel*

SERVICE D'ÉTUDE - AGIR ENSEMBLE EN PREVENTION - GROUPE INFORMATIQUE

Mai 2005

Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur accueil et pour leur participation à ce travail, par la relecture de ce rapport et les remarques constructives qu'ils ont pu y apporter :

Dr Raphaël Lagasse, Ecole de Santé Publique, ULB.

Dr Michel Boutsen, Service d'Etudes des Mutualités Socialistes.

Dr Jean Hermesse et Dr Anja Crommelynck, Département Recherche et Développement, Mutualités Chrétiennes.

Dr Michel Roland, Maison médicale Santé Plurielle et Département de médecine générale, ULB.

Avertissement

La vie d'un service d'études n'est pas un long fleuve tranquille. L'un d'entre nous, plus spécifiquement chargé des calculs statistiques s'est embarqué pour une longue odyssee maritime. Ce qui nous a rendu difficile l'élaboration de nouvelles questions et la précision des procédures de certains calculs. Or nous souhaitions vous offrir une analyse plus fouillée des données dont nous disposions. Le malheur s'est toutefois accompagné d'une consolation, une étudiante en santé publique nous a rejoint. Elle a longuement œuvré sur les nouvelles questions. Ces quelques explications nous permettront, nous l'espérons, d'obtenir de l'indulgence pour les délais de publication de ce rapport, qui arrive, nous en convenons, bien longtemps après la date des données concernées.

Il est bien clair que cette première partie du rapport ne considère que les chiffres de maisons médicales au forfait. Ainsi, dans le texte, les affirmations concernant des « maisons médicales » doivent être comprises comme concernant des « maisons médicales au forfait ».

Nous connaissons et respectons l'existence des maisons médicales financées à l'acte. Nous n'avons pas voulu réinsister sur la précision « au forfait » à chaque fois, pour des raisons de lourdeur de texte.

Une deuxième partie concerne l'analyse de données de maisons médicales à l'acte.

I. Objectifs de l'étude

Ceci est le deuxième rapport concernant la population inscrite en maisons médicales forfaitaires. L'assiette de la première étude (2000) comprenait 19 maisons médicales, cette nouvelle étude (basée sur les données de 2003) couvre 27 maisons médicales.

Le service d'étude a programmé pour l'avenir une telle publication avec une périodicité de deux ans. Plusieurs objectifs sous-tendent l'idée d'observer au fil du temps la population suivie au forfait et sa consommation de soins :

- ✓ Objectif contractuel : fournir à l'INAMI les données de consommation de soins promises dans le cadre du système forfaitaire.
- ✓ Objectif politique : asseoir notre crédibilité en montrant notre capacité d'évaluation de nos pratiques, utiliser certains résultats de l'étude dans les négociations forfaitaires et, plus largement, dans les débats sur la réorganisation des soins de première ligne.
- ✓ Objectif de gestion : fournir aux équipes des maisons médicales une image structurée et synthétique de leur population suivie et de sa consommation des soins, de l'évolution des caractéristiques de cette population au cours du temps, et leur donner ainsi un outil de pilotage pour leur organisation interne.
- ✓ Objectif pédagogique : en donnant aux équipes un premier retour des informations qu'on peut tirer des données qu'elles passent leur temps à enregistrer en doutant parfois de leur utilité. Cette étude s'ajoute à d'autres initiatives pour susciter la motivation pour un enregistrement encore plus performant et pour l'utilisation complète du Dossier santé informatisé, ce qui permettrait de mener des études qualitatives infiniment plus intéressantes que ce dont il s'agit ici. Il s'agit encore de convaincre les maisons médicales non encore informatisées de l'intérêt de le faire...
- ✓ Objectif de santé publique : nous sommes convaincus que les équipes forfaitaires grâce à la délimitation précise de leur population peuvent devenir des outils précieux de surveillance épidémiologique. *In fine*, et suite à l'objectif précédent, il s'agira d'obtenir des données non seulement de population mais aussi de santé, capables d'alimenter un système de surveillance épidémiologique tel que le préconise Bernard Choi¹.

Dans le cadre de ces objectifs, nous avons l'intention d'organiser, dans la suite de la publication de ce rapport, des rencontres avec les équipes, pour permettre des explications plus approfondies au sujet des informations données ici, et permettre un débat quant aux interprétations et implications que ces informations peuvent susciter.

¹ Choi Bernard C. K., « La surveillance épidémiologique au 21^e siècle sous diverses optiques, Maladies chroniques au Canada, vol. 19, no 4, 1998 (Santé Canada).

II. Méthodes

Sur les 41 maisons médicales au forfait opérationnelles durant l'année 2003, 27 ont fourni leur fichier "signalétique" (données de population) et 25 d'entre elles ont fourni également leur fichier "contacts" (données de consommation). Ces données, qui ont servi de base à l'analyse, portaient sur un fichier actif (au 31/12/2003) de 68.879 patients (27 maisons médicales) et de 275.066 actes prestés par les médecins généralistes durant l'année 2003 (25 maisons médicales).

Les garanties d'anonymat et de confidentialité des données ont été respectées. Les noms, prénoms, numéro de dossier, adresses et numéro de téléphone des patients ont été "écrasés" dans les fichiers transmis, et chaque maison médicale est identifiée dans les tableaux par un numéro de code qu'elle est seule à connaître.

Les données ici analysées sont celles des fichiers signalétique et fichier des contacts. Ces deux fichiers sont remplis de façon systématique dans les maisons médicales au forfait, par obligation réglementaire et parce qu'elles sont nécessaires pour la facturation mensuelle du forfait.

Globalement, l'encodage s'est amélioré dans les maisons médicales depuis 2000.

L'encodage des actes infirmiers et kinésithérapeutiques s'est amélioré en comparaison avec l'année 2000, mais il est tout de même resté insuffisant pour permettre une analyse globale. En outre, pour certaines maisons médicales, les données concernant la qualité de l'encodage sont manquantes. Pour ces raisons, cette année encore, nous avons dû limiter l'analyse de la consommation de soins aux seuls contacts des médecins généralistes, en espérant que le taux d'encodage s'améliorera encore dans le futur. Il faut ajouter qu'il s'agit néanmoins bien de généralistes qui travaillent dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires.

Les données de soins infirmiers et kinésithérapeutiques de chaque maison médicale sont néanmoins données à titre d'information dans les tableaux annexes, à ce stade ci sans analyse ni commentaires.

L'encodage des contacts des médecins présente lui aussi quelques lacunes sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Les résultats et leur analyse doivent être interprétés avec prudence et réserve. Ces résultats sont présentés de façon globale, mais ici aussi sont fournis en annexe les tableaux permettant à chaque maison médicale de se situer individuellement.

Les données comparatives concernant la population nationale et sa consommation de soins en 2003 provenaient de l'Institut national de statistique (INS) et des services de l'INAMI.

Pour certaines analyses, nous avons regroupé les maisons médicales par région qui correspondent plus ou moins aux intergroupes : Bruxelles, Liège, Hainaut, et 'N4' qui regroupe les maisons médicales d'Ottignies, Arlon et Namur.

L'analyse statistique de ces données a été effectuée sur le logiciel SPSS version 11.5.

Aucun test de signification statistique ne fut effectué pour les populations globales car cela n'avait guère de sens : sur des effectifs de cette taille, une différence minime et non pertinente entre les deux populations atteint de toute façon un seuil de signification statistique élevé ($p < .001$). Il ne s'agit d'ailleurs pas d'échantillons tirés au hasard mais de populations exhaustives².

Chaque fois que cela a été possible nous avons standardisé les populations analysées pour l'âge ou le code titulaire INAMI.

Pour ce qui concerne l'analyse des consommations de soins :

- ✓ Sont analysées les données de consommation des patients inscrits. En effet, les patients actifs non inscrits (NNN), qui représentent 1.2% du total, ont été exclus de l'analyse car ils représentent une

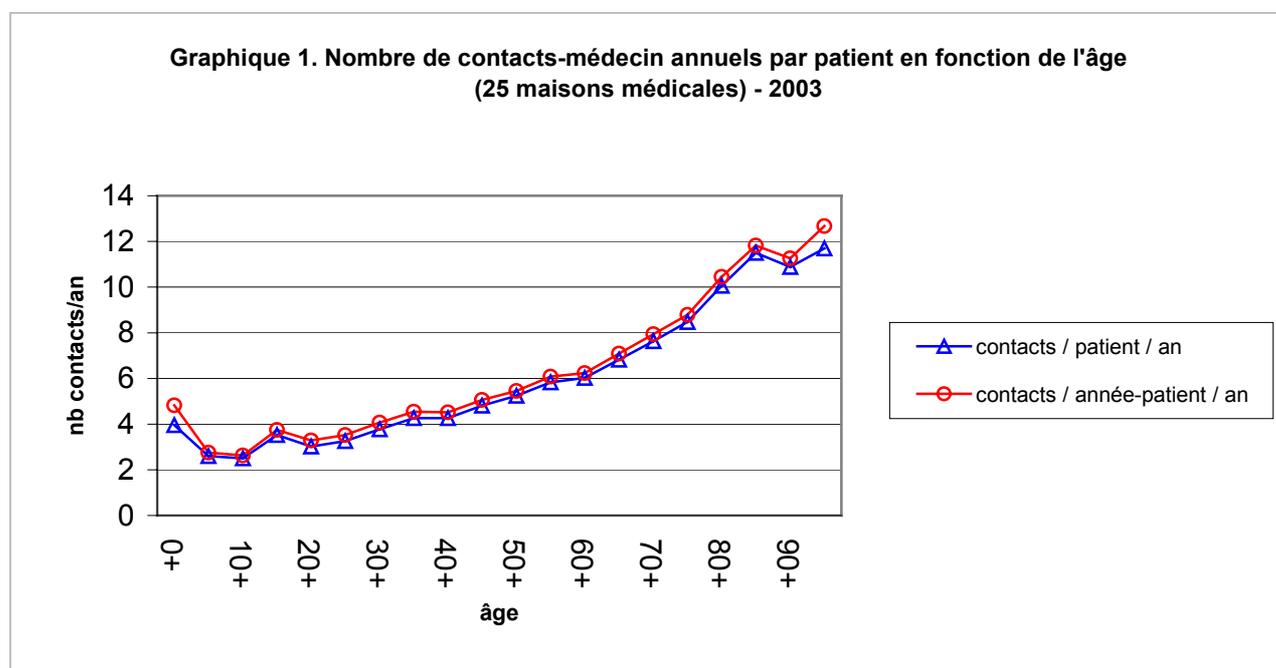
² Choi Bernard C. K., voir note de bas de page 1.

population trop hétérogène : dans certaines maisons médicales, il s'agit de patients fictifs servant de « tiroir » pour comptabiliser les contacts de dépannage avec des patients ponctuels, non suivis par la maison médicale ; pour d'autres, il s'agit de patients toxicomanes vus à l'acte dans le cadre de conventions particulières ; pour d'autres enfin il s'agit de patients provisoirement désinscrits pour cause de recours aux médecines parallèles ; parfois il s'agit encore de visites de délégués, etc.

- ✓ En 2000, par souci de précision, nous avons ramené les consommations de soins aux « années-patients ». En effet, certains patients impliqués dans l'étude ne sont pas inscrits pour la durée entière de l'année étudiée, soit qu'ils sont désinscrits avant la fin de l'année, soit qu'il s'inscrivent en cours d'année.

Cette année, nous avons choisi de ne pas réaliser cette correction. Nous avons pu constater qu'en fait cette correction n'apporte pas de grand changement aux observations.

En effet, une réelle différence n'est présente que pour les classes d'âge extrêmes : 0-4 et 90+, ce qui s'explique aisément par le taux important de naissance chez les 0-4 et de décès chez les 90+ au cours de l'année.



- ✓ Nous avons limité l'analyse et la comparaison des maisons médicales avec les médecins non-maison médicale aux seules consultations et visites à domicile de jour. Les visites en home ont été incluses : elles sont la plupart du temps encodées comme visites à domicile.
- ✓ Pour valider la comparaison des moyennes de maisons médicales et nationale, il fallait enfin ajuster les deux populations sur l'âge et sur le sexe : on a transposé le nombre de contacts annuels des maisons médicales pour chaque tranche d'âge, par sexe, dans une population de même taille mais ayant la structure d'âge et de sexe de la population générale (standardisation directe)³.

Les hypothèses et pistes de réflexion présentées dans ce rapport suite aux analyses ne se veulent pas définitives et n'auront de sens qu'après critique et discussion avec les équipes des maisons médicales concernées.

³ Pour une définition de la standardisation, voir le glossaire.

III. Profil socio-démographique de la population suivie

Les caractéristiques de la population active des 27 maisons médicales au forfait, "photographiée" au 31/12/2003, sont synthétisées dans le tableau 1, ainsi que des données concernant la population générale en Belgique.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population suivie dans les maisons médicales au forfait et dans la population générale belge ou belge francophone (2003)

		27 maisons médicales (n = 44.448)	Wallonie + Bruxelles ⁴ (n = 3.790.957)	Belgique ⁵ (n = 9.233.619)
Sexe	Fém.	51,4%	51,6%	-
	Masc.	48,5%	48,4%	-
Age moyen *		31,4 ans	39,4 ans	-
Tranche âge 65+		7,6%	17,2%	-
Mutuelle	socialiste	43,5%	-	29,36%
	chrétienne	20,0%	-	43,29%
	libre	24,4%	-	15,43%
	autre	12,0%	-	11,92%
Code mutuelle ⁶	AO	69,5%	-	70,5%
	Vipomex	13,5%	-	4%
	Vip 75	7,5%	-	16,5%
	Vip 100	9,5%	-	9%
Vip100 / Vip75		1,26	-	0,54
Invalides **	Oui	7,0%	-	3,2%
	Non	93,0%	-	96,8%
En ordre mutuelle	Oui	97,5%	-	-
	Non	2,5%	-	-
Zone // MM ***	Center	64,2%	-	-
	Out	35,8%	-	-

* Age au 31 décembre 2003.

** Invalides = codes titulaires 120 et 121.

*** Center = code postal de la maison médicale.

⁴ Données INS au 30.06.2003.

⁵ Données INAMI 2003 pour les habitants assujettis :

<http://inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2002/index.htm>

<http://inami.fgov.be/presentation/fr/annual-report/2003/pdf/ar2003-p6-fr.pdf>

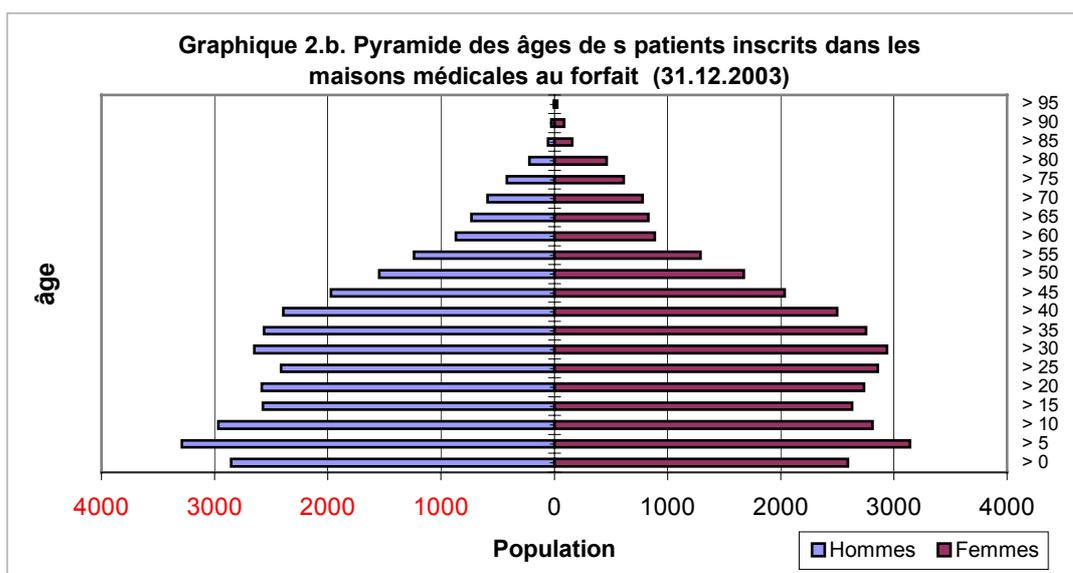
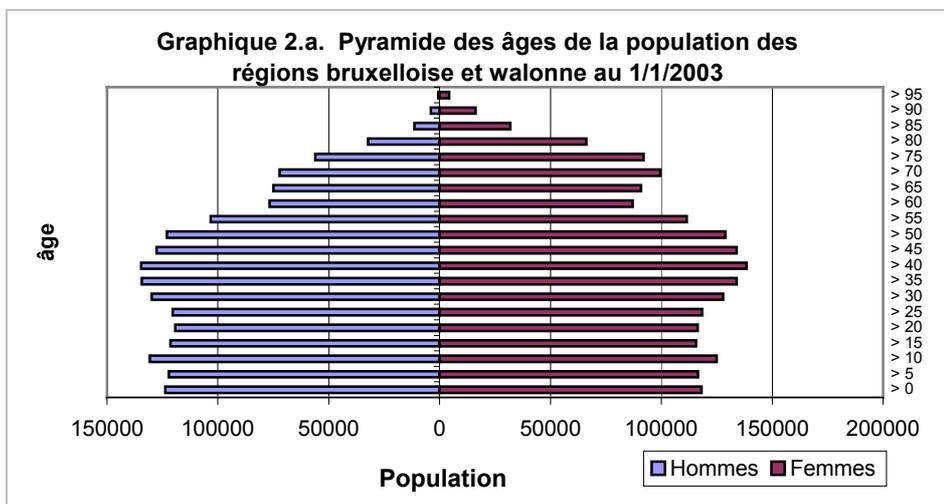
⁶ Pour les abréviations concernant les codes mutuelle, voir glossaire.

Ces données confirment les deux spécificités de la population suivie en maison médicale mises en évidence en 2000.

1. La population des maisons médicales au forfait est plus jeune que la population de Wallonie + Bruxelles.

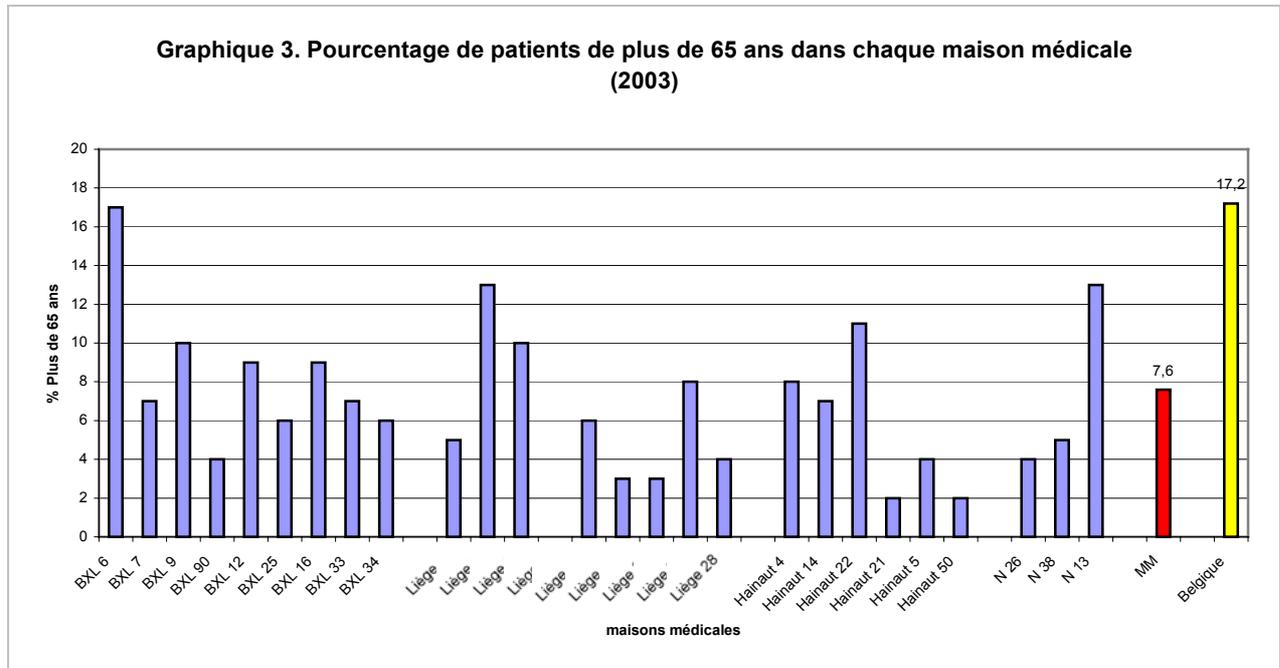
Avec 7,6% des patients âgés de plus de 65 ans contre 17,2% pour la population générale (Graphique 1). Bien que l'âge moyen de la population des maisons médicales ait augmenté depuis 2000 (31,4 ans vs 31,1 ans), la proportion de plus de 65 ans a diminué (7,6% vs 7,9%), contrairement à la proportion dans la population totale (17,2% vs 16,7%).

Les pyramides d'âge de ces deux populations ont donc des profils radicalement différents : bariquée (types « pays industrialisés ») pour la population générale de Belgique, plus triangulaire (types « tiers-monde ») pour la population des maisons médicales.



Nous pouvons donc nous poser la question de l'attractivité du système forfaitaire pour les personnes âgées. Une série d'hypothèses et de questionnements sont en amont de cette question :

- ✓ La localisation géographique des maisons médicales concernées ne les met-elle pas en contact avec une population plus jeune ? Il faudrait pouvoir comparer de façon beaucoup plus fine la structure d'âge de la population des maisons médicales avec celle de la population générale de leur quartier ou localité. En effet, la proportion de patients âgés varie fortement entre maisons médicales.



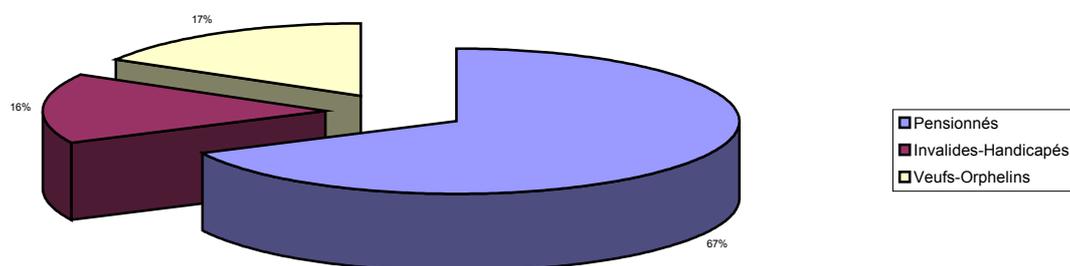
- ✓ Cette variation pourrait aussi avoir un lien avec l'âge de la structure. S'il est connu qu'une patientèle vieillit souvent avec son médecin traitant, cette règle pourrait être vraie pour les maisons médicales aussi. Or, une grande proportion de maisons médicales sont assez jeunes et, de par le jeune âge de leurs thérapeutes, ont probablement une sélection « naturelle » de patients plus jeunes, lesquels devraient vieillir « avec elles ».
- ✓ Si l'on veut considérer une faible inscription en maison médicale au forfait de personnes âgées, il faudrait étudier en amont la fidélité des personnes âgées à leur médecin traitant préalable. En effet, l'entrée des personnes âgées dans le système forfaitaire suppose fréquemment une rupture de la relation thérapeutique avec un autre généraliste. Ceci se produit probablement assez rarement chez les personnes âgées, les possibilités de cette rupture pouvant être soit un désaccord thérapeutique et/ou une perte de confiance, soit la fin d'activité du traitant.
- ✓ Le système maison médicale est peut-être tout simplement moins connu par les personnes âgées ?
- ✓ Nombreuses sont les personnes âgées qui vivent en institution (maison de repos et de soins - MRS). Les médecins des maisons médicales ont-ils moins le pied dans les homes que leurs confrères ? Si oui, leur fait-on barrière ou ne sont-ils pas intéressés (l'interdisciplinarité y est parfois fort différente...) ? Il est possible aussi que parfois l'institutionnalisation corresponde à un déménagement hors de la zone de soins de la maison médicale, ce qui malheureusement conduit à une rupture de la relation entre l'équipe pluridisciplinaire et le patient âgé.
- ✓ Il existe également une question quant à l'offre optimale de soins à domicile, comme on l'avait déjà constaté dans le rapport précédent. Actuellement, un consensus existe en Belgique concernant

la nécessité de visites à domicile pour les enfants et les personnes âgées de plus de 75 ans⁷. Les chiffres des maisons médicales démontrent que la visite à domicile est bien présente pour ces patients (voir plus loin les graphiques 9 et 10). Malgré cette politique de visite opportune, il est possible que les patients continuent à percevoir que l'apparente gratuité des soins forfaitaires est liée à un choix préférentiel de la consultation. Or les personnes âgées ont majoritairement pour culture de recevoir leur médecin traitant à domicile, que cela se justifie ou non.

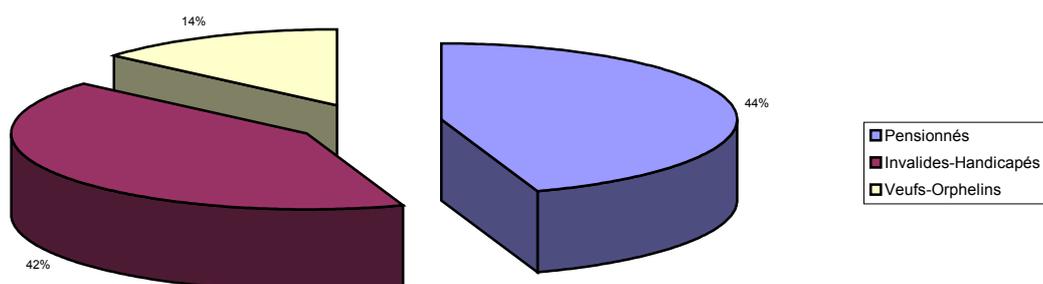
- ✓ On peut aussi ajouter l'hypothèse socio-démographique. Il est connu que les décès prématurés sont plus importants dans les classes sociales plus précaires. Il pourrait en résulter une sous-représentation des personnes âgées dans les maisons médicales, qui soignent majoritairement des populations plus précaires, parce que les patients meurent plus jeunes que dans la population générale. Nous reparlerons de ce problème plus loin.
- ✓ Une hypothèse beaucoup plus grave, peu probable mais qu'il faut quand même envisager, serait une sélection opérée à l'inscription par les prestataires de soins en maison médicale : les patients âgés "gros consommateurs de soins" (particulièrement infirmiers et kinésithérapeutiques) seraient découragés de s'inscrire, puisque le système du forfait incite financièrement les prestataires de soins à voir les patients le moins possible. Cette hypothèse est heureusement peu probable car elle ne pourrait expliquer la surreprésentation des classes défavorisées et des invalides, qui sont aussi de gros consommateurs de soins, dans la population des maisons médicales.
- ✓ Reste une dernière hypothèse d'auto-sélection, des personnes âgées qui considèrent, pour diverses raisons, que les Maisons médicales ne seraient pas faites pour elles. Notamment, elles pourraient manquer de confiance dans un système qu'elles connaissent mal. Une autre possibilité, qui concerne d'ailleurs tous les groupes d'âge, est la croyance que les maisons médicales sont là pour les personnes de statut social inférieur, ce qui soit a un effet repoussant pour certains, soit leur donne l'impression de ne pas pouvoir « prendre la place de quelqu'un d'autre qui en a plus besoin ».

⁷ Depuis 2004, et suite à un accord médico-mutualiste, la rémunération pour les visites à domicile a augmenté à charge des patients, dont le ticket modérateur a donc augmenté. Sauf pour les personnes âgées de plus de 75 ans et les enfants de moins de 10 ans, catégories pour lesquelles une augmentation équivalente du remboursement par l'Inami est prévue. Ce qui laisse à penser qu'il y a consensus autour du fait que les enfants et les personnes âgées sont bien des catégories de personnes pour lesquelles les visites à domicile se justifient clairement.

Graphique 5.a. Structure de la population VIPO en Belgique.



Graphique 5.b. Structure de la population VIPO dans les 27 maisons médicales de l'étude.



✓ Ces comparaisons des codes titulaires INAMI ne donnent pas encore une information très affinée au sujet du niveau de précarité de beaucoup de patients suivis dans les maisons médicales. Il s'agit en effet de catégories grossières délimitées pour l'essentiel par un seuil arbitraire de revenu. La population est donc divisée en deux catégories d'inégale importance. Si l'on peut admettre que les catégories des VIPO et BIM sont relativement homogènes, pour la catégorie des assurés ordinaires, il n'en va pas de même : elle comprend des ménages dont les revenus couvrent une échelle qui court de ~10.000€ par an jusqu'aux revenus les plus élevés. Ainsi, qu'en est-il de la comparaison entre niveaux sociaux des assurés d'une même catégorie ? Il s'agirait de se demander si les assurés ordinaires suivis dans les maisons médicales ont le même niveau socioéconomique que la moyenne des assurés ordinaires dans la population générale. La situation géographique des maisons médicales, le vécu des thérapeutes, nous font penser que cette question n'est pas vaine. Une analyse plus approfondie, avec l'aide des mutuelles, en utilisant les niveaux de revenus des patients, ou le taux de chômage au sein des assurés ordinaires, permettrait de répondre objectivement à cette question⁹.

⁹ Ce type d'analyse a déjà été réalisé il y a quelques années avec l'aide des mutualités socialistes. Il était ainsi démontré que la proportion de chômeurs parmi les assurés ordinaires était plus importante en maison médicale que dans la population belge générale. Mais cette analyse avait eu lieu avant l'instauration de la catégorie des BIM. Le tableau de bord

IV. Consommation/Dispensation de soins médicaux

Le tableau 2 présente les données de consommation des soins pour les 25 maisons médicales qui ont donné ces informations, ainsi que les données de consommation de soins pour l'ensemble de la Belgique.

Tableau 2. Consommation de soins en 2003 (nombre annuel de contacts-médecin par patient inscrit actif pour les maisons médicales et par habitant assuré social pour la Belgique)

		25 maisons médicales		Belgique	
		N		N	
<i>Moyenne</i>		4.67		4.6	
<i>Moyenne ajustée (âge et sexe)</i>		5.00		4.6	
		N	RR **	N	RR **
<i>Sexe</i>	<i>Masculin</i>	4.06	1.00	?	
	<i>Féminin</i>	5.25	1.29	?	
<i>Zone // MM</i>	<i>Center*</i>	4.94	1.00	?	
	<i>Ext</i>	4.56	0.86	?	
<i>Code Mutuelle</i>	<i>AO (TIP 75)</i>	3.91	1.00	3.4	1.00
	<i>Vipomex (TIP 100)</i>	4.49	1.15	4.6	1.37
	<i>VIP 75</i>	8.03	2.05	7.0	2.08
	<i>VIP 100</i>	7.55	1.93	9.2	2.71
<i>Invalides</i>	<i>Non</i>	4.50	1.00	?	
	<i>Oui</i>	6.81	1.51	?	
		%		%	
<i>CN</i>		80%		68%	
<i>Visites à domicile</i>		20%		32%	
<i>Population Consultante ***</i>		77.5%		?	

* Center = code postal de la maison médicale.

** RR = risque relatif de contact-médecin.

*** Population consultante = au moins 1 contact-médecin par an.

bruxellois, qui inclut des données comme le niveau d'études des patients, pourra encore apporter des informations plus fines.

1. La consommation globale des soins

Pour l'ensemble des données des 25 maisons médicales utilisables pour l'analyse, la consommation de soins médicaux est en moyenne de 4,67 contacts-médecin par an et par patient inscrit, ce qui est assez semblable à la consommation moyenne belge (4.6). Le taux annuel de contact ajusté (5.00) est légèrement supérieur à celui de la population générale belge (4,6) (rapport : 1.09).

Cette différence peut indiquer que d'autres facteurs que l'âge et le sexe influencent la consommation de soins de médecine générale. En effet, nous avons standardisé les populations globalement pour l'âge et le sexe. Mais les données concernant les caractéristiques de populations ont montré que la population suivie en maisons médicales est aussi très différente de la population générale belge par ses caractéristiques sociales (indiquées ici par le code titulaire¹⁰). Or, nous ne disposons pas des distributions par classes d'âge pour chaque code titulaire dans la population générale, et l'INAMI ne dispose pas de statistiques d'utilisation (consommation) par âge et par code titulaire en Belgique.

De toute façon, comme expliqué plus haut, une standardisation sociale réalisée sur base des seuls codes titulaires d'assurance soins de santé serait peu satisfaisante, ces codes titulaires ne donnant que des catégories assez grossières qui ne correspondent pas suffisamment aux réalités des familles que nous soignons.

Une autre standardisation qui serait importante mais pas possible aujourd'hui est celle par la morbidité, objective ou subjective, qui influence beaucoup la consommation des soins.

Globalement, la consommation de soins médicaux selon l'âge suit la classique courbe en « J » observée internationalement¹¹.

En ce qui concerne l'impact de la gratuité sur la consommation de soins en première ligne, les données actuelles sont insuffisantes pour trancher. Tout au plus peut-on dire qu'un tel impact, s'il existe, est globalement modeste. Mais il est très possible que de nombreux comportements individuels soient modifiés en sens divers. Les discours des patients vont d'ailleurs dans ce sens.

2. La consommation en fonction du sexe

Ce n'est pas une découverte, la consommation varie en fonction du sexe : les femmes sont plus souvent "consultantes" que les hommes (5,25 contacts/an/femme, pour 4,06 contacts/an pour les hommes). Cette observation se maintient lorsque les données sont standardisées pour l'âge, sauf aux grands âges où cette différence s'estompe.

3. La consommation en fonction de la distance entre le domicile du patient et la maison médicale

Nous ne connaissons pas cette information de façon précise. Tout au plus pouvons nous constater que les patients résidant dans la commune de leur maison médicale consomment plus souvent des soins médicaux que ceux qui habitent plus loin. Mais nous savons que le territoire des maisons médicales ne correspond pas toujours aux limites de la commune, ce qui rend cette comparaison peu précise.

4. La répartition de la consommation par codes titulaires

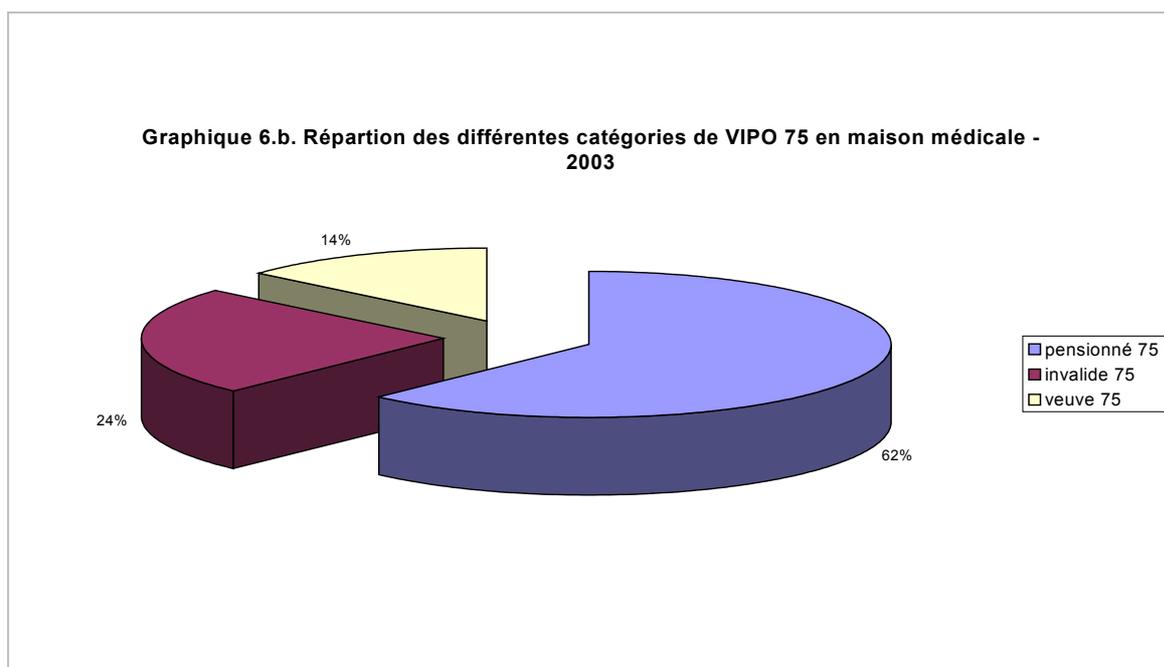
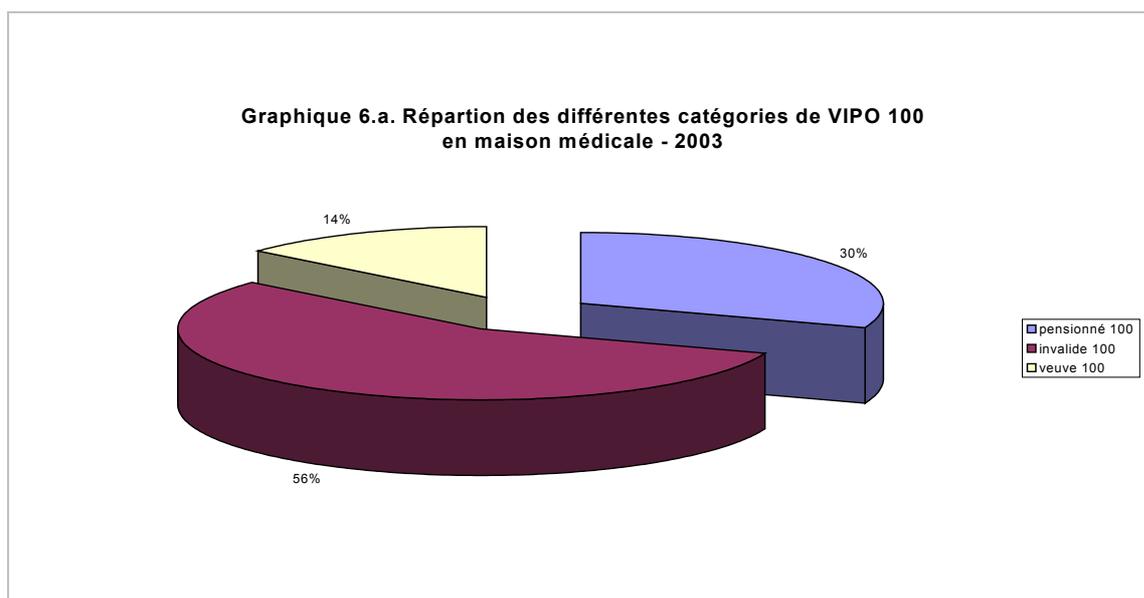
Les Vipo 100 et 75 consultent plus souvent que les assurés ordinaires et les Vipomex. Cela s'explique aisément par la structure d'âge de ces catégories.

¹⁰ Pour des explications concernant le code titulaire, voir le glossaire.

¹¹ A titre d'exemple de cette courbe en « J », vous trouverez en annexe 1 la courbe de contacts de médecine générale par mois et par patient, selon l'âge du patient, en France.

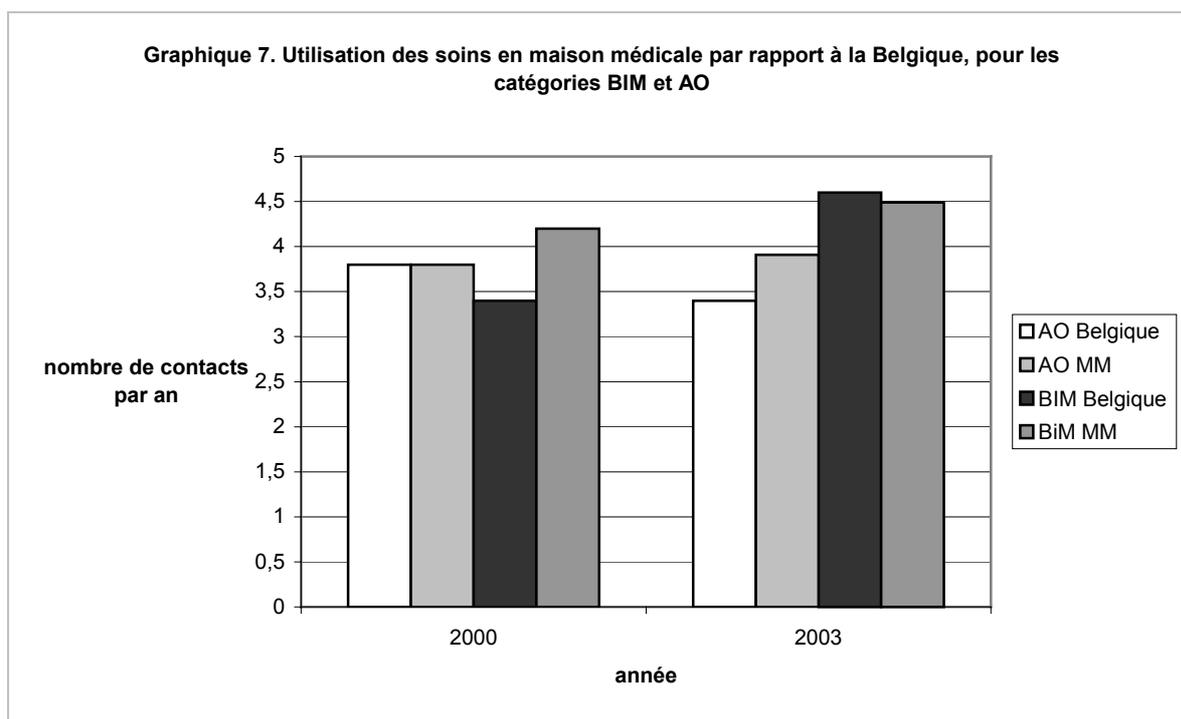
✓ L'écart particulièrement prononcé entre la consommation du patient suivi en maison médicale et celle du belge moyen en ce qui concerne les VIPO 100 (7,3 vs 11,1) constaté en 2000 s'est réduit en 2003 (7,55 vs 9,2). A noter que cette réduction de l'écart est plus la conséquence d'une diminution des contacts dans la population générale pour cette catégorie, que d'un changement en maison médicale.

✓ La différence de consommation entre VIPO 100 et VIPO 75 est inversée en maison médicale par rapport à la population générale. Cela s'explique par une différence de la structure d'âge dans chacune de ces catégories entre la population des maisons médicales et la population générale. En effet, en maison médicale au forfait, la catégorie VIPO 100 comporte une plus grande proportion d'invalides (plus jeunes) et une plus petite proportion de personnes âgées (plus grandes consommatrices de soins) que la catégorie VIPO 75. Alors que dans la population générale, les deux catégories ont une distribution assez similaire.



✓ En 2000, on constatait un nombre de contacts/an des Vipomex inférieur à celui des assurés ordinaires dans la population générale (3,4 vs 3,8), mais le rapport s'inversait dans la population suivie par les maisons médicales au forfait (4,2 vs 3,8). Cette différence avait été attribuée à la restauration de l'accessibilité aux soins pour les patients moins favorisés dans les maisons médicales. Ces chiffres étaient malheureusement non standardisés par âge ce qui rendait la comparaison peu sûre.

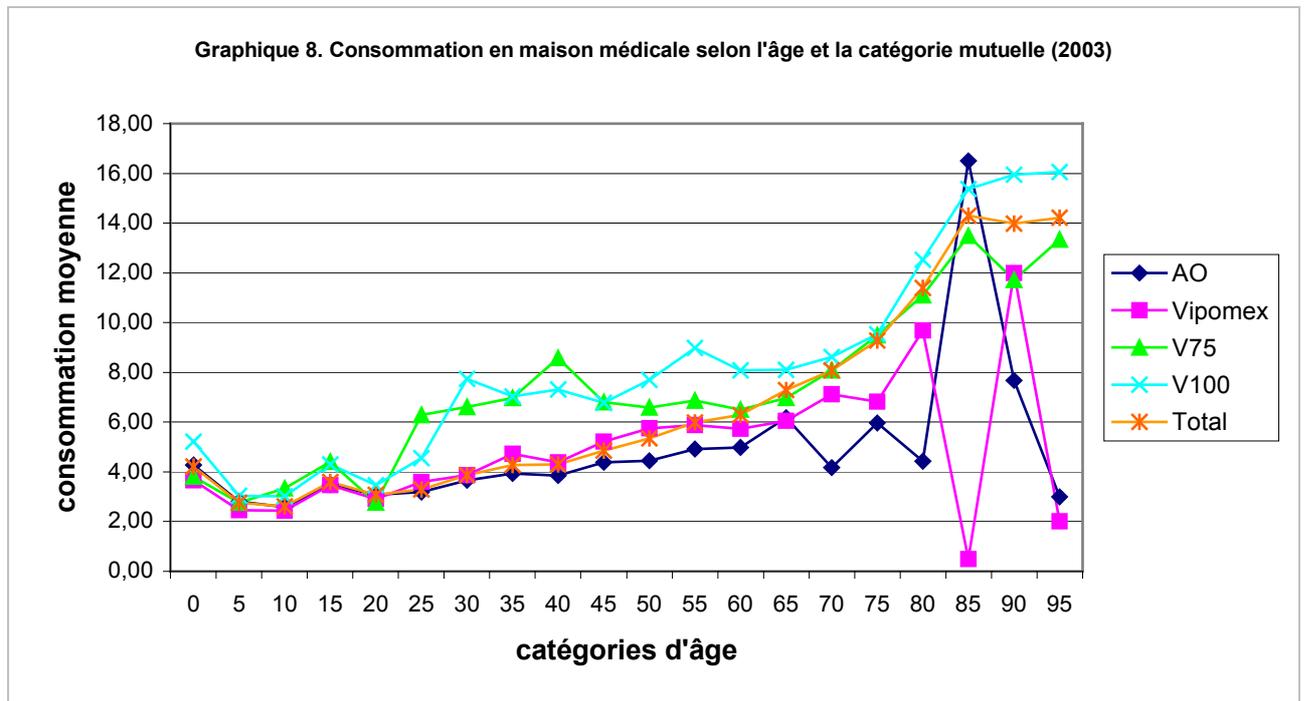
En 2003, il n'y a plus de rapport inversé (4,49 vs 3,91 en maison médicale, 4,6 vs 3,4 dans la population générale) (voir graphique 7) : le rapport de la population belge est maintenant dans le même sens que celui des maisons médicales. Cela peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de Vipomex de type 111/111 (chômeur de longue durée) qui ont une moyenne d'âge plus élevée que les 101/101 (bénéficiaire du revenu d'intégration : ex-minimexé)¹², l'âge plus élevé étant un facteur de plus grande consommation de soins.



✓ Il reste vrai que les invalides (qui font partie des VIPO) consomment beaucoup plus que les valides. Cela alourdit aussi la charge de travail des maisons médicales, compte tenu de la grande proportion d'invalides qu'elles prennent en charge (7,0% pour 3,2% dans la population générale). A noter que cette consommation concerne autant les invalides eux-mêmes que leurs familles (les « ayant droit »). Il serait intéressant d'analyser les consommations des titulaires du statut, séparément de celles des ayant droit, et de chercher quels facteurs expliquent cette plus grande consommation de soins.

¹² idem 7.

- ✓ L'étude des consommations en maison médicale par âge et par code titulaire donne des résultats relativement surprenants.



Avant toutes choses, il faut prévenir le lecteur que les fortes fluctuations observées pour les personnes très âgées des catégories « assurés ordinaires » et « Vipomex » s'expliquent aisément par le très petit nombre de grands vieillards dans ces catégories.

Entre 25 et 65 ans, on observe une consommation accrue pour les VIPO 100 et 75 par rapport aux autres catégories mutuelles. Une explication peut être que avant 65 ans, ce seraient essentiellement des invalides qui constituent ces catégories, et nous avons vu plus haut que les invalides consomment plus de soins.

Les Bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont une consommation qui se tient légèrement au-dessus des assurés ordinaires, sauf aux très jeunes âges. Il semble donc que les enfants des familles plus défavorisées consomment moins de soins que les enfants d'autres catégories, alors que leurs parents consomment globalement un peu plus que les adultes des autres catégories. Il est actuellement trop tôt pour conclure quoi que ce soit à ce sujet, mais ces observations nous ouvrent des perspectives de recherches en collaboration avec les mutualités pour confronter le phénomène en dehors de la pratique forfaitaire.

5. Le rapport consultations / visites à domicile

Le rapport consultations / visites à domicile, plus grand dans les maisons médicales (80% - 20%) que dans la population générale (68% - 32%), marque la capacité des maisons médicales à faire se déplacer les patients plutôt qu'à leur rendre visite à domicile.

A noter que cette tendance à l'augmentation de la proportion de consultations par rapport aux visites à domicile s'observe aussi dans la population générale : il y a 68% de consultations en 2003 pour 58% en 2000. Malgré un pourcentage déjà élevé en 2000, une augmentation de la proportion de consultations s'observe encore dans les maisons médicales (77% de consultations en 2000, 80% en 2003).

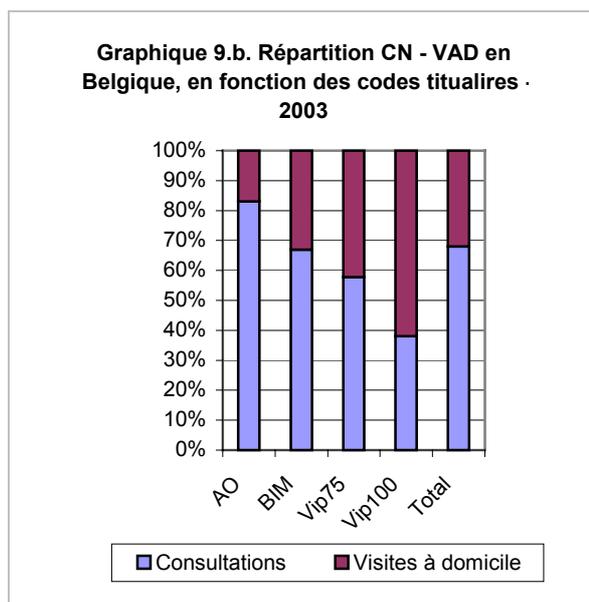
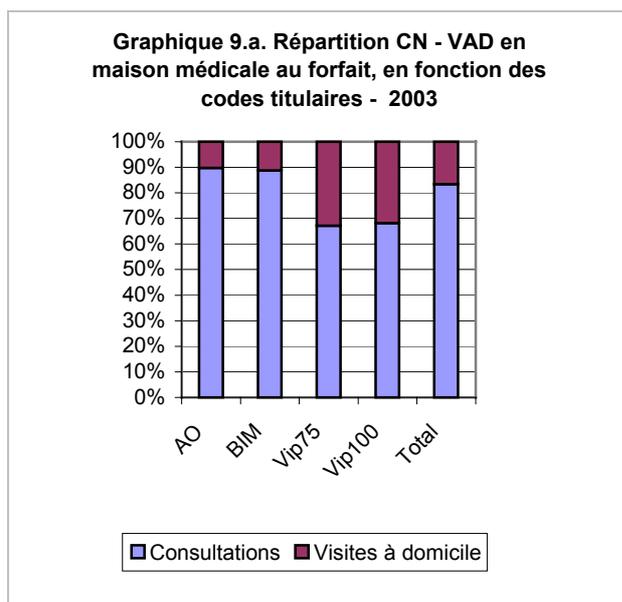
Il s'agit toutefois de comparer ces chiffres avec une grande prudence : les populations comparées n'ont pas été standardisées pour l'âge, or les maisons médicales soignent globalement peu de personnes âgées, qui ont plus souvent besoin de visites à domicile. Nous nous sommes déjà attardés sur la question d'une éventuelle faible attractivité des maisons médicales pour les personnes âgées, notamment de par le fait que les patients sont fort encouragés à privilégier la consultation à la visite à domicile.

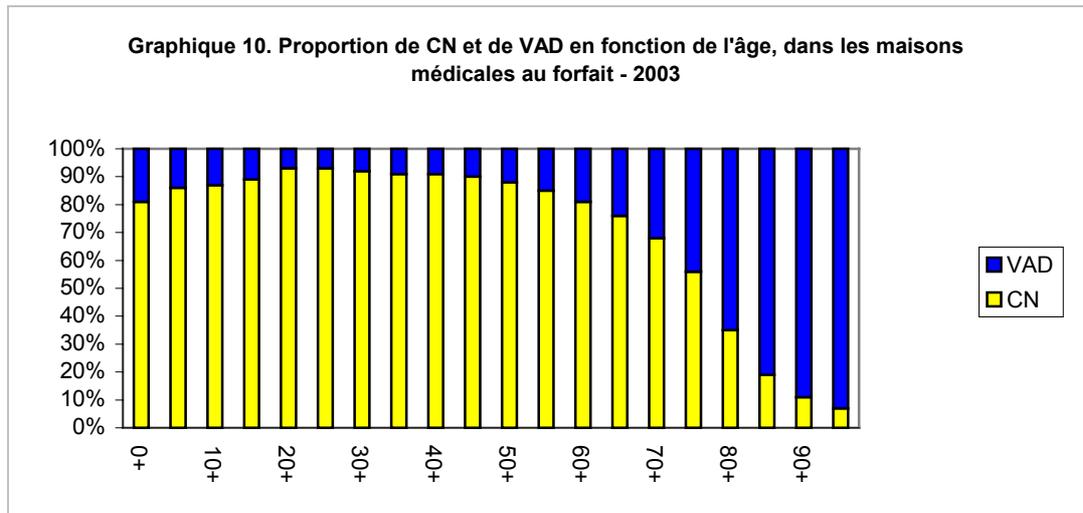
Un autre facteur influençant ces chiffres est le fait que les maisons médicales se situent majoritairement en milieu urbain, où les déplacements sont plus courts et donc plus faciles à réaliser pour les patients. Une proportion plus grande de populations rurales dans la population générale augmente le nombre de visites à domiciles qui resteront nécessaires dans cette population.

Enfin, les chiffres belges sont une moyenne qui concerne les consommations en région wallonne et à Bruxelles, mais aussi en Flandre, où la proportion de visites à domicile est plus basse. Ainsi, la proportion de visites à domiciles réalisées par les maisons médicales francophones devrait être comparée à la proportion en Communauté française, laquelle est probablement plus élevée que la proportion nationale.

Finalement, la tendance à privilégier les consultations doit répondre à un souci d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge. Mais nous devons rester attentifs à continuer à répondre à un *besoin* réel de visites à domicile dans une série de circonstances, pour maintenir notre accessibilité à toute la population.

Nous pouvons observer ces proportions en fonction de certains facteurs :





Il est bien évident que ces observations doivent être pondérées avec la prudence déjà préconisée lors de l'analyse des chiffres globaux de consommation de soins.

V. Comparaison de la consommation selon la région

Un simple regard sur les consommations moyennes dans les maisons médicales classées en groupes régionaux (Wallonie et Bruxelles) montre que la consommation des soins est plus importante dans les maisons médicales wallonnes que dans les maisons médicales bruxelloises :

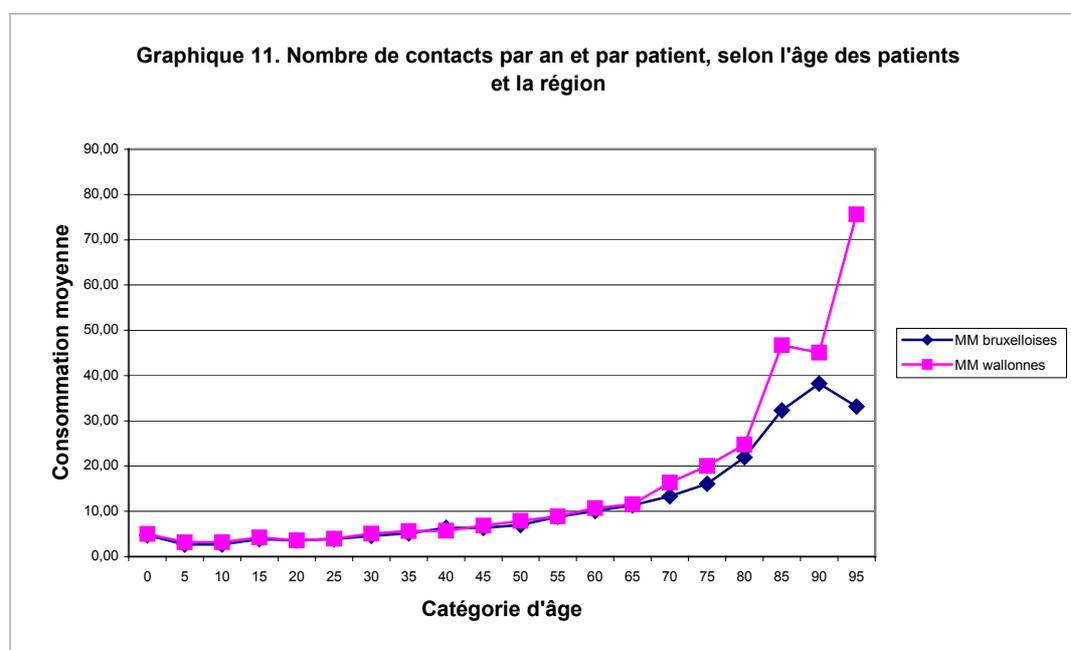
	Bruxelles	Wallonie	dont : Liège	Hainaut	N 4
Nb contacts médecin/an/patient inscrit	4,13	4,91	4,59	4,92	5,23

Ceci est une moyenne non pondérée pour les variations de populations inscrites. La comparaison n'est donc pas tout-à-fait possible.

Nous avons voulu creuser un peu plus la question. Pour cela, nous avons regroupé les populations des maisons médicales de chacune des régions.

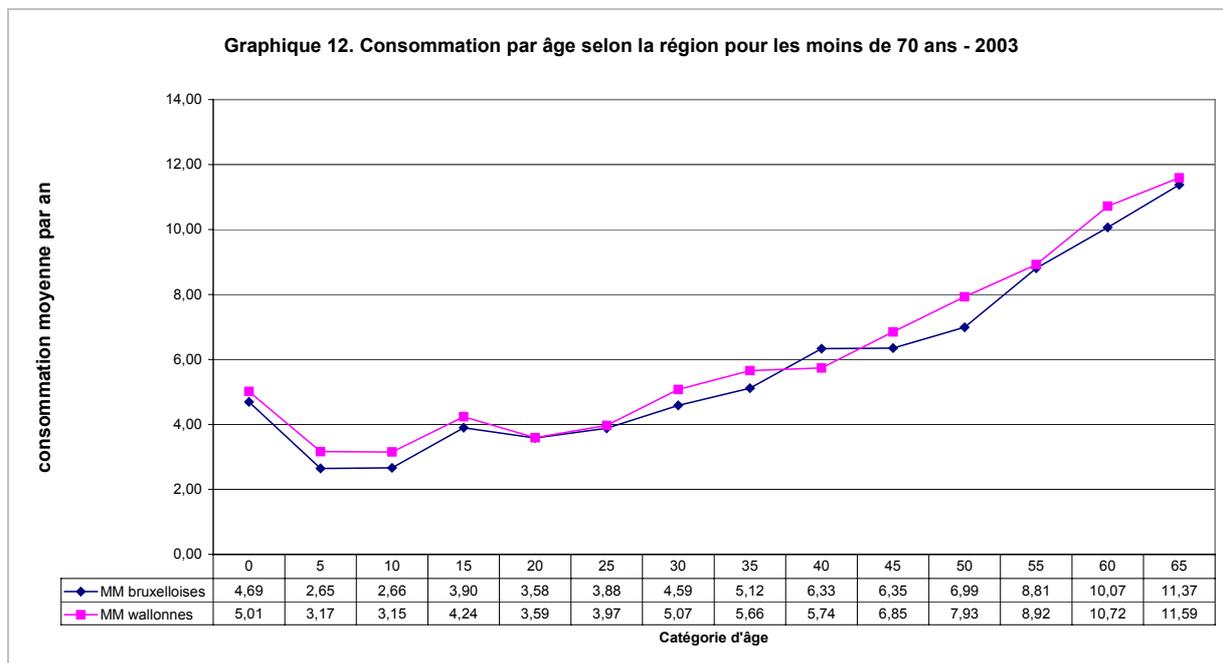
1. Différences de consommation de soins médicaux entre Bruxelles et Wallonie

Nous avons comparé les courbes de consommation par classe d'âge pour les deux régions. Les différences sont surtout marquées chez les personnes âgées.



Cependant, les grandes variations liées au grand âge, qui s'expliquent par le petit nombre de patients dans ces groupes d'âge supérieurs à 75 ans, masquent des variations plus fines dans les groupes d'âge

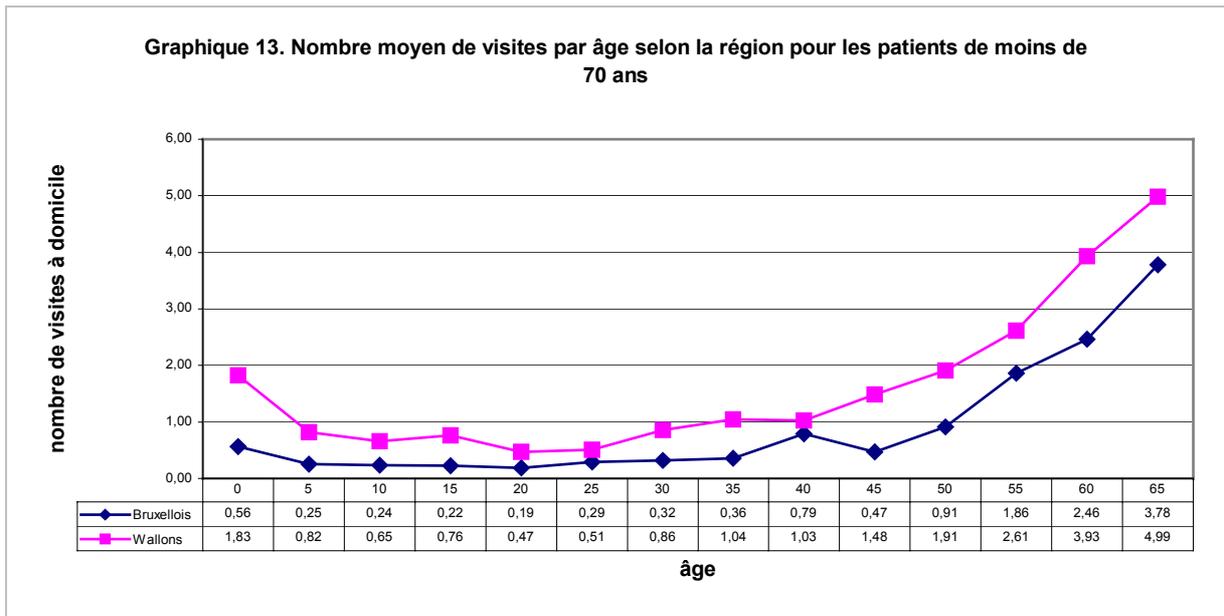
inférieurs. Le graphique ci-dessous, qui se limite aux personnes de moins de 70 ans, démontre que cette différence de consommation s'observe à tout âge.



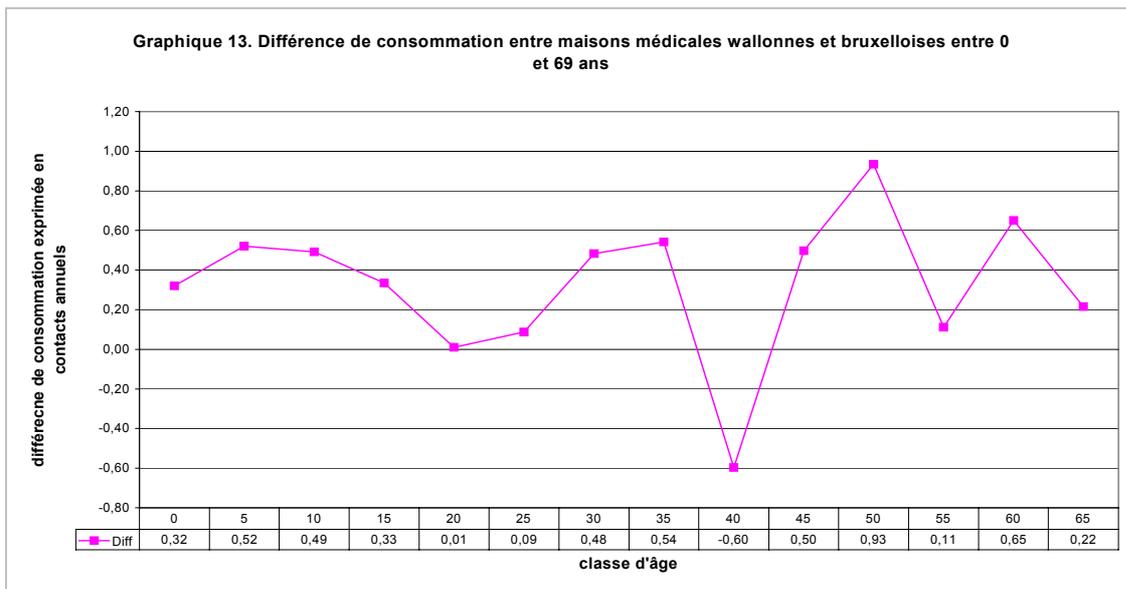
Ainsi, on observe que dans la grande majorité des classes d'âge, la consommation est plus grande dans les maisons médicales wallonnes que dans les maisons médicales bruxelloises.

Une analyse plus fouillée nous montre que cette différence, si elle est présente aussi au niveau des consultations, est surtout marquée pour la visite à domicile.

Comme pour les contacts totaux, une forte différence chez les personnes âgées, qui en outre sont peu nombreuses, masque la différence de nombre de visites à domicile à tout âge. Nous ne considérons donc à nouveau que les patients de moins de 70 ans.

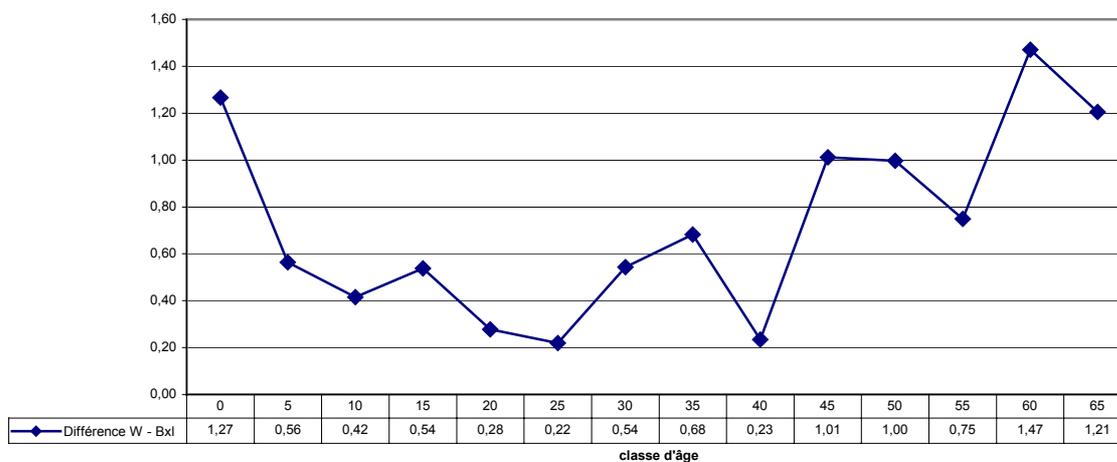


Les graphiques suivants représentent la différence entre les consommations de soins des deux régions, et la mettent bien en évidence, particulièrement pour les visites à domicile :



NB Différence = MM wallonnes – MM bruxelloises.

Graphique 15. Différence de nombre de visites annuelles entre maisons médicales wallonnes et bruxelloises, pour les patients de moins de 70 ans



On remarquera que cette différence suit grossièrement les courbes classiques en « J » de consommation de soins en fonction de l'âge (voir Graphique en annexe). Le facteur régional est donc un facteur multiplicateur et non additif.

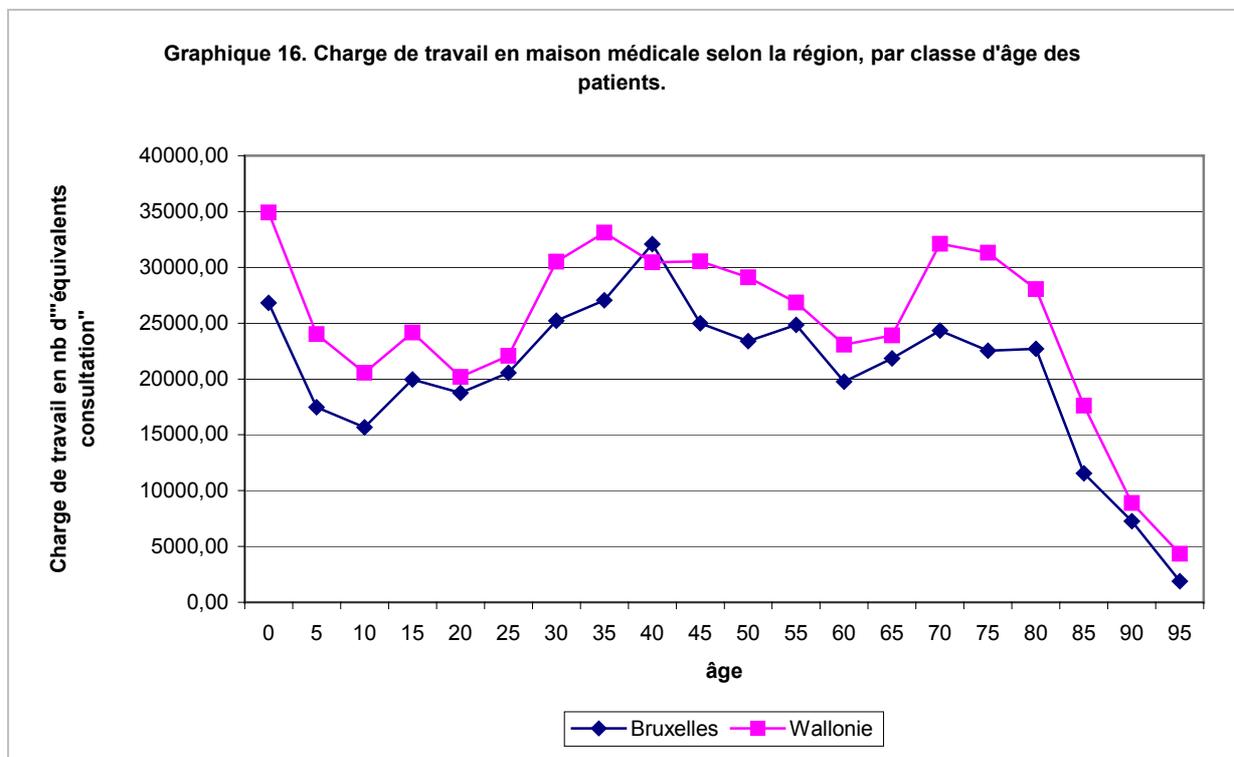
2. Implications pour la charge de travail

Il paraît évident qu'une telle différence de consommation des soins par les populations entre les régions va induire une différence de charge de travail pour les travailleurs des maisons médicales selon leur région, et ce même dans l'hypothèse où les populations soignées seraient similaires.

Comptant qu'une visite à domicile prend approximativement le double du temps d'une consultation au cabinet, nous avons voulu comparer la charge de travail globale (consultations et visites) de l'ensemble des maisons médicales bruxelloises par rapport à celle de l'ensemble des maisons médicales wallonnes, sur base d'une population « identique » (standardisée entre régions).

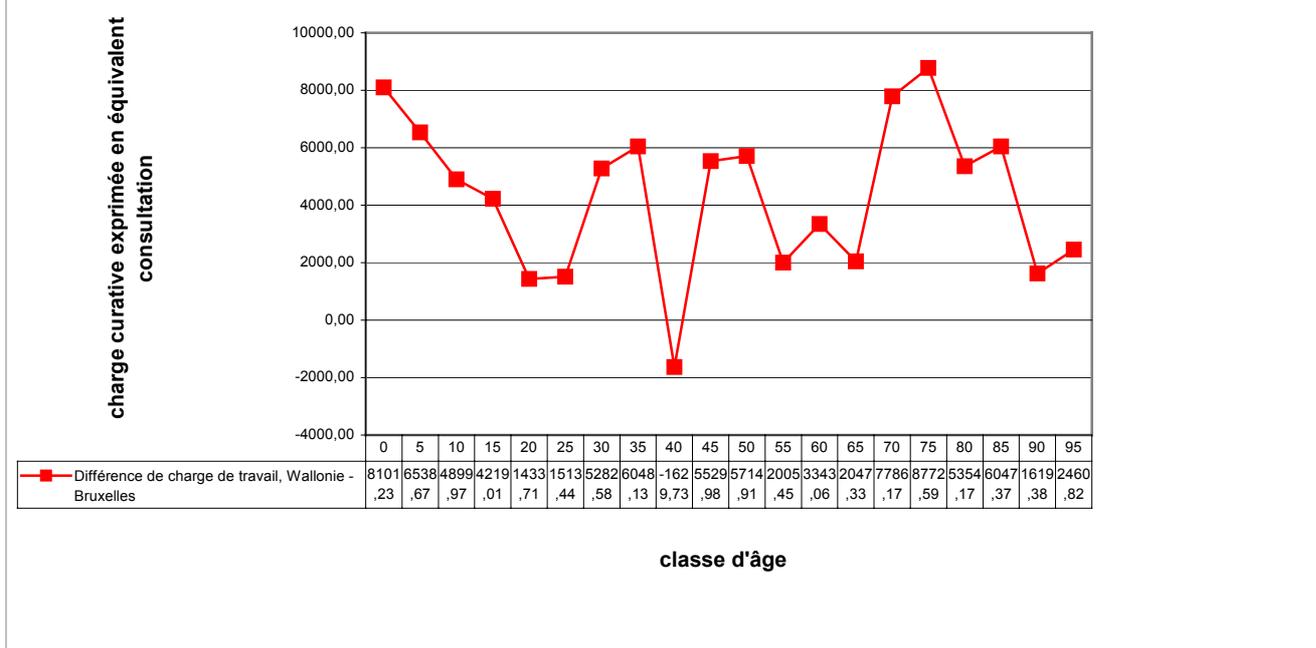
Pour cela, nous avons utilisé une unité arbitraire, qui est de 1 pour un « équivalent-consultation ». Une visite à domicile vaut donc 2 de ces unités de travail. Nous avons aussi transposé le nombre de consultations et visites à domiciles des maisons médicales à une population « standard », qui est la population moyenne de l'ensemble des maisons médicales.

Nous avons trouvé que les maisons médicales wallonnes ont globalement 13% de charge de travail en plus que les maisons médicales bruxelloises.



On peut voir que les différences de charge de travail sont surtout présentes pour les populations en bas-âge, entre 30 et 39 ans et au troisième âge (70-84). Paradoxalement les grands vieillards, où la différence est la plus grande en standardisation totale pésent relativement moins lourd à cause des faibles effectifs.

Graphique 17. Différence de charge en travail curatif entre maisons médicales wallonnes et bruxelloises, par classe d'âge des patients.



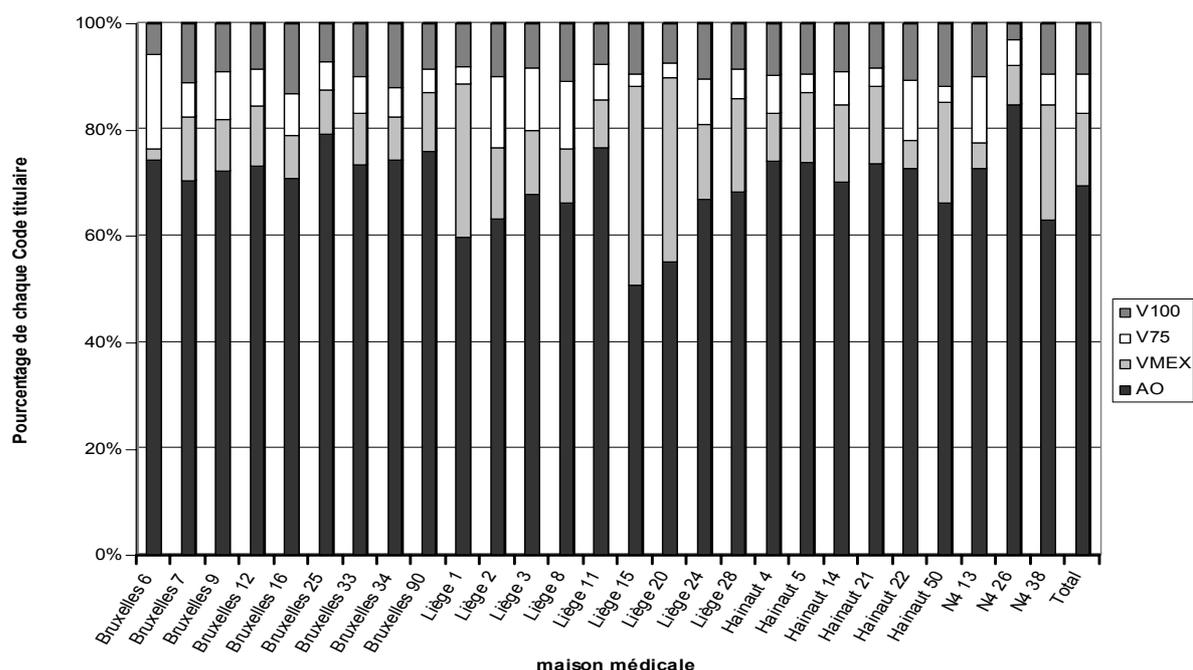
Restera à chercher des explications à ces différences de consommation des soins et de charge de travail. Elles peuvent être multiples. Quelques hypothèses nous viennent à l'esprit :

- le tissu sanitaire bruxellois, beaucoup plus dense, incite peut-être plus facilement les patients à consulter plus souvent directement en médecine spécialisée, ou au service d'urgences. Cela induirait une diminution du nombre de contacts par patient en médecine générale, et donc aussi au moins partiellement en maison médicale¹³.
- Le type de patientèle suivie est peut-être différent dans les maisons médicales en fonction de la région. Nous avons ici observé les différences de consommation par classes d'âges, une comparaison par classes sociales (codes titulaires) serait intéressante aussi.

Les différences de consommation ou de charge de travail que nous avons calculées ici sont celles entre l'ensemble des maisons médicales wallonnes et l'ensemble des maisons médicales bruxelloises. Des différences peuvent se trouver entre maisons médicales d'une même région. Ainsi, le Graphique 3 montre que dans une même région, la proportion de personnes âgées suivies peut déjà être très différente entre maisons médicales. Le graphique 4 montre la variation de proportions de Vipomex suivis entre maisons médicales. Le graphique 18 montre plus précisément les variations pour tous les codes titulaires.

¹³ Notre postulat est que les maisons médicales bruxelloises récupèrent une partie des consultations de la deuxième ligne. La comparaison de leurs chiffres de consommation avec les chiffres de consommations pour Bruxelles uniquement, en standardisant les populations pour l'âge, le sexe, et les codes titulaires, devrait pouvoir montrer si cela est vrai.

Graphique 18. Répartition des codes titulaires par maison médicale



Ce graphique montre bien des variations entre maisons médicales d'une même région. Globalement, on peut aussi observer une tendance à une plus grande proportion d'assurés ordinaires dans les maisons médicales bruxelloises que dans les maisons médicales wallonnes (à l'exception d'une maison médicale de N4).

Entre régions, il est possible aussi que certaines maisons médicales soient plus semblables et d'autres moins, par l'action de certaines caractéristiques de localisation ou de population. Ainsi, on pourrait peut-être observer des similitudes entre maisons médicales de grands centres urbains, par rapport à des maisons médicales de périphéries ou de plus petites villes, etc.

A remarquer aussi que les patients actifs non inscrits n'ont pas été inclus dans l'analyse, ni bien sûr les personnes vues sporadiquement dans le cadre de l'aide médicale urgente. Les proportions de ces types de patients sont aussi probablement variables entre maisons médicales, le sont-elles entre régions ? Quelle incidence ces patients ont-ils sur la charge de travail ?



VI. Mortalité et statut d'invalidité

Outre les caractérisations de la population qui fréquente les maisons médicales, les bases de données dont nous disposons et disposerons devraient permettre de répondre à des questions de fond.

L'un d'entre nous concluait dans son pré-rapport, envoyé aux équipes en 2004 : « on meurt jeune en maison médicale », observation qu'il avait pu faire sans pouvoir mieux approfondir ses explications. Ce phénomène avait déjà été observé dans les statistiques de mortalité de la maison médicale Bautista van Schowen à Seraing.

Les statistiques de mortalité, sont un des outils épidémiologiques essentiels pour la recherche en santé publique¹⁴, bien plus comme indicateurs de besoins que de résultats. L'impact des services de santé sur la mortalité est malheureusement assez modeste, d'autres déterminants de santé ayant, en fait, beaucoup plus d'importance. Il n'empêche qu'une observation de mortalité plus importante dans la population d'une structure de santé par rapport à la population générale, ne peut laisser sans réagir. On ne peut jamais exclure des erreurs dans les prises en charge. Nous nous sommes donc un peu plus penchés sur cette question.

Tout d'abord, l'âge moyen des décès d'une population va évidemment dépendre de l'âge moyen de cette population. On ne peut pas avoir de patients qui meurent vieux si on n'a pas de personnes âgées dans sa patientèle ! Or nous avons vu plus haut que la population suivie en maisons médicales est plus jeune que la population générale.

D'autres facteurs que l'âge de la population entrent en ligne de compte. On peut au moins envisager des facteurs socio-économiques, ainsi que des facteurs de morbidité.

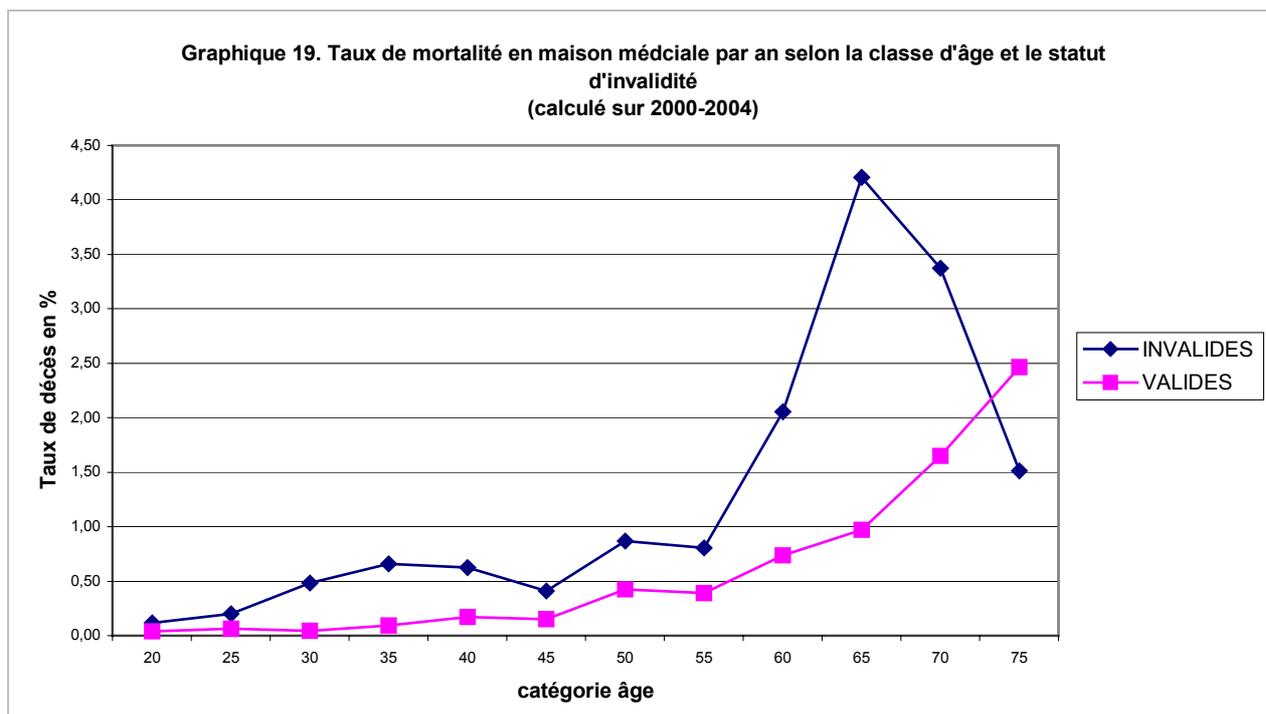
A ce stade, nous avons analysé les données de mortalité dans la population des maisons médicales.

Actuellement, nous ne pouvons apporter que des hypothèses explicatives sur base des caractéristiques socio-démographiques des populations pour expliquer une éventuelle surmortalité en maisons médicales. Nous ne disposons en effet pas de données de morbidité. L'exemple ci-dessous, montre qu'il est déjà possible de trouver des explications.

Ainsi, la simple observation des âges moyens de décès par code titulaire a montré que l'âge moyen de décès est très précoce pour les invalides (CT12 : 120 & 121). Une analyse plus fine confirme la forte surmortalité des invalides à tous les âges de la vie. Cette différence est d'autant plus remarquable que le code titulaire comprend souvent les "ayants droit" de l'invalidé¹⁵.

¹⁴ Pineault et al, page 127.

¹⁵ c'est-à-dire la famille de l'invalidé, qui n'est pas supposée être invalide elle-même, mais dispose des mêmes remboursements.



Pour rappel, un taux de mortalité, c'est le nombre de décès divisé par le nombre de personnes concernées (dans la classe d'âge ici).¹⁶

Tableau 3 : Comparaisons entre valides et invalides pour le risque de décès par classe d'âge dans les 27 maisons médicales en 2003

<i>AGE en 2003</i>	<i>INVALIDES</i>		<i>VALIDES</i>		<i>RR (IC 99%)</i>
	<i>Décédés</i>	<i>Vivants</i>	<i>Décédés</i>	<i>Vivants</i>	
<i>[20-39]</i>	<i>17</i>	<i>915</i>	<i>48</i>	<i>18909</i>	<i>7.22 [3.49 ; 14.88]</i>
<i>[40-49]</i>	<i>18</i>	<i>835</i>	<i>49</i>	<i>7294</i>	<i>3.16 [1.57 ; 6.36]</i>
<i>[50-59]</i>	<i>29</i>	<i>825</i>	<i>75</i>	<i>4439</i>	<i>2.04 [1.15 ; 3.60]</i>
<i>[60-69]</i>	<i>39</i>	<i>352</i>	<i>94</i>	<i>2652</i>	<i>2.99 [1.90 ; 4.76]</i>
<i>[70-79]</i>	<i>7</i>	<i>57</i>	<i>187</i>	<i>2132</i>	<i>1.36 [0.53 ; 3.46]</i>

Seul le risque relatif de décès pour la catégorie de 70 à 79 ans n'est pas significativement différent de 1. Pour ce groupe d'âge, les données récoltées dans les maisons médicales ne permettent pas d'affirmer que le risque de décès est significativement différent pour les invalides, ceci s'explique aisément vu les faibles effectifs dans cette classe d'âge. Pour toutes les autres classes d'âge, une différence

¹⁶ Pour une définition du taux de mortalité, voir le glossaire.

significative s'observe : les invalides ont un plus grand risque de décès que les valides, quel que soit leur âge, avant 70 ans. Ce risque est d'autant plus grand que les patients sont plus jeunes, il est multiplié par 7 pour les 20-39 ans !

Une hypothèse est qu'une des caractéristiques des invalides suivis en maisons médicales, est la forte proportion de patients présentant des troubles psychiatriques¹⁷. Cette population présente une surmortalité importante tant pour le suicide que pour les pathologies organiques, ce qui expliquerait un risque aussi grand de décès dans les classes d'âge jeunes.

Cet ensemble de données ouvre des perspectives préventives.

Le recueil de données de morbidité, ainsi que de données sociales plus fines, pourrait apporter des informations explicatives beaucoup plus complètes.

Il serait aussi plus intéressant de comparer les taux de mortalité entre la population des maisons médicales et population belge, selon différentes caractéristiques. Par exemple, par tranche d'âge entre les patients des maisons médicales et la population générale (et de standardiser les populations pour comparer), plutôt que de comparer des moyennes brutes d'âge de décès.

¹⁷ Un rapport a déjà été rédigé dans ce sens pour l'INAMI dans le cadre de l'application de l'article 4 du règlement du forfait. Ce rapport concernait le nombre de jours d'hospitalisation anormalement élevé pour les patients de certaines maisons médicales au forfait. Il en est ressorti que ces hospitalisations étaient en grande partie psychiatriques.

VII. Conclusion

Pour la deuxième fois, nous avons analysé les caractéristiques socio-démographiques des populations qui fréquentent les maisons médicales au forfait, ainsi que leur consommation en soins médicaux. Nous avons l'intention de répéter cette analyse tous les deux ans, pour répondre à divers objectifs, tant de lobby envers des décideurs, que d'aide à la gestion et programmation dans les maisons médicales. L'objectif est aussi d'encourager les équipes à encoder en leur fournissant en retour ce que ces données peuvent apporter comme informations.

27 maisons médicales au forfait, bruxelloises et wallonnes, ont fourni des données socio-démographiques. Parmi elles, 25 ont fourni les données de contact. Malheureusement, nous n'avons pas encore pu cette année utiliser les données de contacts autres que médicaux. Nous avons toutefois observé une amélioration de l'encodage de ces contacts dans les professions kinésithérapeute et infirmière, par rapport à l'année 2000.

Cette analyse a permis une série d'observations, dont certaines apportent de l'eau au moulin de certaines hypothèses que nous avons déjà et des observations déjà faites auparavant. Mais elle engendre surtout beaucoup de questions, de réflexions, sans qu'on ait pu, à ce stade, apporter toujours des réponses fermes.

L'âge des populations est très variable d'une maison médicale au forfait à l'autre, mais globalement ces maisons médicales soignent une population plus jeune que la population belge. Une série d'hypothèses doivent être envisagées pour expliquer cette observation : sommes-nous, par notre organisation de travail, peu adaptés aux demandes et besoins des personnes âgées ? Ou cette différence est-elle plus liée à l'âge de nos structures, à nos lieux d'implantation, aux caractéristiques des populations que nous soignons ?

D'après les codes titulaires, la population soignée en maison médicale au forfait est aussi globalement plus défavorisée que la population générale : nous soignons une plus grande proportion de personnes invalides, de bénéficiaires de remboursement préférentiels. Ces proportions sont variables d'une maison médicale à l'autre. Les codes titulaires INAMI ne donnent pourtant qu'une information grossière. Qu'en est-il de la comparaison entre personnes bénéficiant du même statut d'assurés ordinaires, mais qui pourtant ont des revenus et une situation sociale très variable ? Soignons-nous les mêmes assurés ordinaires que les autres médecins ? Il est possible que l'écart socio-économique entre la population que nous soignons et la population belge soit encore plus importante que ce que nous avons pu observer ici.

La consommation des soins médicaux varie en fonction de l'âge, du sexe (femmes > hommes), de la proximité géographique (loin < près), du statut social (invalides > valides, bénéficiaires de l'intervention majorée > assurés ordinaires). Nous avons pu observer que les VIPO non pensionnés (moins de 65 ans) consomment plus de soins que les autres catégories, y compris les BIM. Mais ils englobent les invalides, grands consommateurs de soins.

Les maisons médicales continuent à faire beaucoup plus de consultations que de visites à domicile, ce qui répond à un souci de qualité et d'efficacité. Cet effort, qui va à l'encontre de la culture dominante en Belgique, est à encourager. On observe dans la population générale que cette tendance s'observe aussi, signe de changement. Nous pensons toutefois qu'un petit nombre de visites à domicile restera indispensable à une bonne accessibilité aux soins. Il serait peut-être intéressant de consulter la littérature internationale, et d'élaborer de critères de "nécessité", pour estimer un taux de visites à domicile qui resteront à maintenir pour assurer les soins aux personnes qui, pour des raisons diverses, ont un réel besoin de visite du médecin à domicile. Actuellement, en Belgique, il est reconnu que la visite à domicile reste importante pour les enfants et les personnes âgées de plus de 75 ans.

Une comparaison de la consommation de soins médicaux entre les régions, permet de constater que dans pratiquement toutes les tranches d'âge, les Wallons suivis en maison médicale ont globalement plus de contacts avec leur médecin que les Bruxellois. Cette différence est non négligeable et s'observe

pour les consultations, mais surtout pour les visites à domicile. Ces différences ont bien évidemment une incidence sur la charge de travail, qui, à patientèle équivalente, est plus importante dans les maisons médicales wallonnes que dans les bruxelloises. Cette observation est-elle vraie dans la population générale aussi ? Quelle en est l'explication ? Les bruxellois vont-ils plus vite en deuxième ligne ? Y a-t-il une différence de statut social entre les populations wallonnes et bruxelloises des maisons médicales au forfait ?

Enfin, nous nous sommes penchés sur la mortalité des patients soignés dans les maisons médicales au forfait. Nous avons pu observer que le risque de mortalité est nettement plus élevé pour les personnes ayant un statut d'invalides que pour les autres. Cette observation est d'importance. A l'échelle des maisons médicales, il s'agit d'envisager d'augmenter les efforts de suivi et de prévention, particulièrement pour ces patients. A l'échelle politique, il s'agit de se demander si cette réalité est la même dans la population générale, et d'interpeller les lieux compétents pour les sensibiliser.

De nombreuses analyses et comparaisons sont encore possibles. Des comparaisons plus importantes avec les données extérieures et avec la littérature, un approfondissement des hypothèses explicatives, sont possibles et devront être envisagées.

Ce travail d'analyse est toutefois limité par le peu de finesse des données disponibles. Nous pensons que l'avenir verra le recueil des données s'intensifier dans les maisons médicales, tant pour les contacts des autres professions, que pour des données sociales plus fines (niveau d'études, profession, par exemple), ou des données de morbidité. Nous disposons d'un potentiel d'informations très important. Informations qui permettent de mieux savoir dans quelle situation chaque maison médicale travaille, d'envisager des orientations dans la gestion. Mais surtout, des informations qui permettent d'interpeller tant les acteurs de terrain que les pouvoirs publics, pour que, encore et toujours, l'offre des soins et des services, ainsi que les activités de promotion de la santé (au sens large) correspondent aux réels besoins des populations que nous servons.

VIII. Bibliographie

Sources bibliographiques :

- Choi Bernard C. K., « La surveillance épidémiologique au 21e siècle sous diverses optiques », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 19, no 4, 1998 (Santé Canada).
- Saultz JW. *Textbook of Family Medicine*, Ed McGraw-Hill, New-York, 2001.
- Auray JP et al. *Dictionnaire commenté d'économie de la santé*, Ed Masson, Paris, 1996.
- Beaglhole R et al. *Eléments d'épidémiologie*, OMS, Genève, 1998.
- Matillon, Y et al., *L'évaluation médicale, du concept à la pratique*, Ed Flammarion, Paris, 2000.
- Pineault R, Daveluy C., *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*, Éd Nouvelles AMS, Montréal, 1995.
- Matthijs K., *Memento statistique de la Belgique*, Ed Labor, Bruxelles, 1993.
- Hugier M et al., *Biostatistiques au quotidien*, Elsevier, Paris. 2000.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR et al., *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses de l'Université de Montréal-John Libbey Eurotext, 1996.

Sources de données :

- Bases de données "FSIG" et "ACONT" du logiciel "PRICARE" utilisé dans les maisons médicales participantes.
- Données INS au 30.06.2003.
- Données INAMI 2003 pour les habitants assujettis :
- <http://inami.fgov.be/information/fr/statistics/people/2002/index.htm>
- <http://inami.fgov.be/presentation/fr/annual-report/2003/pdf/ar2003-p6-fr.pdf>
- Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P., « Taux de consommateurs de séances de médecin en un mois et indices à âge et sexe comparables », France 2000, In : *Santé, soins et protection sociale en 2000 – Annexes*, décembre 2001, CREDES.

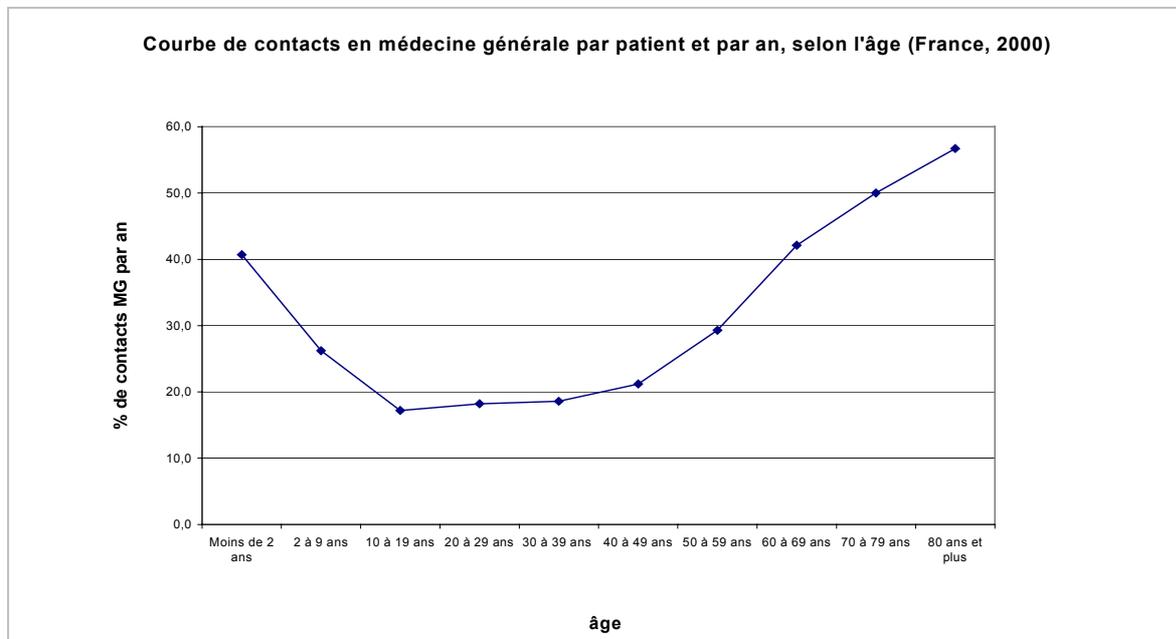
IX. Annexes

Les tableaux de résultats détaillés par maison médicale sont disponibles individuellement sur simple demande au service d'études de la Fédération : 02/514 40 14 ou fmmcsf@fmm.be

(Il va sans dire que chaque tableau individuel n'est disponible que pour la maison médicale concernée).

Courbe de consommation des soins médicaux selon l'âge : l'exemple de la courbe française

Voici la courbe de contacts de médecine générale par mois et par patient, selon l'âge du patient, en France. On peut observer cette forme en « J » observée internationalement, de la courbe.



Population active (31/12/2003) (27 maisons médicales)

N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									Hainaut						N4		
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Total	68879	2125	6355	4523	820	2238	2207	4034	3248	2508	3541	4122	2373	2965	1875	2866	2534	1049	1534	2408	2411	2193	1976	2506	1221	1464	1251	2595
% Masc	48.5	46	46	48	43	47	44	49	48	48	53	49	47	48	47	53	50	49	48	51	48	47	47	51	56	52	49	49
% Fem	51.4	54	54	52	57	53	56	51	52	52	47	51	53	52	53	47	50	51	52	49	52	53	53	49	44	48	51	51
Age moyen	31.4	39.4	30.6	32.5	27.6	34.7	26.7	32.3	33.8	28.7	31.1	35.7	34.3	?	30.2	28.6	28.0	30.9	27.6	30.8	32.0	33.3	25.3	28.5	27.0	27.5	30.1	36.8
% 65+	7.6	17	7	10	4	9	6	9	7	6	5	13	10	?	6	3	3	8	4	8	7	11	2	4	2	4	5	13
% Center	64.2	37	72	69	75	54	66	54	43	56	73	88	72	60	52	91	73	87	50	56	54	80	45	69	73	37	62	62
% Ext	35.8	63	28	31	25	46	34	46	57	44	27	12	28	40	48	9	27	13	49	44	46	20	55	31	27	63	38	38
% AO	69.5	74	70	72	76	73	79	71	73	74	59	63	68	66	77	51	55	67	68	74	70	73	74	74	67	85	63	73
% Vipomex	13.5	2	12	10	11	11	8	8	10	8	29	14	12	10	9	37	35	14	17	9	15	5	14	13	19	7	22	5
% Vip 75	7.5	18	6	9	4	7	5	8	7	6	3	13	12	13	7	2	3	9	5	7	6	11	3	3	3	5	6	12
% Vip 100	9.5	6	11	9	9	8	7	13	10	12	8	10	8	11	8	10	7	10	9	10	9	11	8	9	12	3	9	10
V100 / V75		0.3	1.7	1.0	2.1	1.2	1.4	1.7	1.4	2.2	2.6	0.8	0.7	0.8	1.2	3.9	2.9	1.2	1.6	1.4	1.5	0.9	2.4	2.8	4.0	0.6	1.6	0.8
% Invalides	7.0	4	8	6	5	7	5	11	7	10	6	8	6	8	6.5	8	6	9	8	7	6	6	6	7	9	3	7	4
% Socialiste	43.5	26	56	42	43	42	48	26	36	17	40	56	52	44	56	34	37	62	40	63	55	54	64	31	36	27	34	45
% Chrét	20.0	24	14	22	22	16	18	11	19	11	27	13	13	21	16	33	22	12	26	12	14	19	8	37	34	34	38	33
% Libre	24.4	39	22	26	25	28	24	46	28	65	21	26	29	28	24	18	19	20	21	9	9	7	25	10	13	35	9	12
% Autre	12.0	10	9	11	10	13	9	17	18	7	12	5	5	7	4	15	22	6	12	16	22	20	3	22	17	4	19	10
% NNN	2.3	3	3	2	3	6	0.2	5	4	0	1	3	0.2	0.3	0.3	0	11	1	6.4	1	2	0	0	2	5.5	2	0	1
% NEO	2.5	2.1	2.4	2.0	3.0	2.3	1.5	2.8	1.4	2.3	2	1.6	1.8	2.4	2.2	7.1	2.4	2.0	3.4	3.1	4.5	1.0	3.2	4.1	5.7	2.4	1.9	0.6

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

NEO = non en ordre d'assurabilité

Groupe contacts annuels (2003) (% de la population inscrite ayant au moins 1 contact par an)																											
N° MM	TOT	Bruxelles									Liège								Hainaut						N4		
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
MED	77.5%	77	77	77	71.5	63	71	80	?	85.5	71	82	84	85	83	68	65	71	82	82	86	78	70	74	80	85	85.5
INF	14.3%	2.3	10	29	1.5	2	26	2	?	?	12	13	14	11	15	21	22	21	13.5	5.5	?	?	18	14.5	14	10	7
KIN	10.0%	25.5	10	8	6.5	13	12	6	?	-	12	10.5	5	12	6	7	?	7	-	-	-	8	10.5	11	12	14	10

Nombre de contacts - Médecin / An / Patient actif * (2003) (25 maisons médicales)

N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									Hainaut						N4		
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Total	4.67	3.8	4.3	4.6	3.8	3.5	3.1	4.9	4.4	4.8	3.8	5.3	5.4	5.5	5.3	3.8	3.8	?	3.8	4.9	4.8	5.6	4.8	4.9	4.5	4.1	6.2	5.4
Masc	4.06	3.3	3.7	3.7	2.8	3.4	2.5	4.1	?	4.1	3.4	4.8	4.9	4.8	4.9	3.3	3.3	?	3.0	4.3	4.1	4.8	4.2	4.2	3.8	3.7	5.8	4.6
Fem	5.25	4.2	4.7	5.4	4.6	3.5	3.6	5.3	?	5.4	4.2	5.8	5.9	6.2	5.7	4.2	4.2	?	4.6	5.6	5.3	6.3	5.4	5.6	5.3	4.5	6.6	6.2
Center	4.94	3.9	4.5	4.8	3.9	3.5	3.2	5.4	?	5.1	4.0	5.6	5.9	5.9	5.2	4.0	3.9	?	3.9	5.2	5.4	5.7	5.1	5.5	4.8	4.5	6.3	5.7
Ext	4.56	3.8	3.6	4.1	3.7	3.4	3.0	4.1	?	4.5	3.5	4.3	4.2	4.9	5.4	3.4	3.7	?	3.7	4.6	4.1	5.3	4.6	3.7	4.2	3.9	6.1	4.9
AO	3.91	3.2	3.7	3.6	3.3	2.6	2.2	4.1	?	4.2	3.3	4.1	4.6	4.4	4.8	3.0	3.4	?	3.6	4.0	4.1	4.6	4.5	4.0	3.9	3.9	5.3	4.3
Vipomex	4.49	6.6	4.1	4.1	3.2	4.0	2.9	5.1	?	5.6	3.6	4.9	5.9	5.3	5.1	3.7	3.5	?	3.7	5.5	5.1	5.7	5.2	6.0	3.8	5.0	5.8	6.0
Vip 75	8.03	5.3	6.5	9.2	7.6	6.7	6.1	7.8	?	6.4	6.4	8.8	8.3	9.7	9.5	7.9	7.1	?	6.6	9.8	7.8	8.9	8.3	11.3	9.9	6.2	9.1	8.0
Vip 100	7.55	6.1	6.8	8.3	7.8	6.9	4.8	7.1	?	7.2	6.7	8.5	7.8	7.4	7.2	6.6	6.6	?	3.9	7.6	7.1	8.5	6.2	7.8	7.8	4.8	11.3	9.9
Non Inv	4.50	3.7	4.1	4.4	3.7	3.3	3.1	4.7	?	4.6	3.4	5.1	5.3	5.4	5.2	3.5	3.6	?	3.8	4.8	4.7	5.4	4.8	4.7	4.2	4.1	5.9	5.3
Invalides	6.81	5.4	6.2	6.7	6.2	5.7	4.3	6.0	?	6.4	6.4	7.5	7.8	7.1	7.0	6.8	5.8	?	4.6	6.4	6.0	8.8	5.7	7.5	8.0	4.7	10.7	7.2
% CN	80	95	87	86	90	82	87	74	91	99	88	71	79	80	71	89	91	?	96	72	84	68	62	75	85	93	72	66
% VAD	20	5	13	14	10	18	13	26	9	1	12	29	21	20	29	11	9	?	4	28	16	32	38	25	15	7	28	34

* Il s'agit des patients ayant été actifs durant une période quelconque de l'année 2003, comptabilisés en années-patient. Les NNN ont été exclus.

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

RR Contacts - Médecin (2003) (25 maisons médicales)

N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									Hainaut						N4		
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Masc	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fem	1.29	1.27	1.27	1.45	1.68	1.04	1.45	1.29	?	1.32	1.21	1.20	1.20	1.29	1.16	1.25	1.30	?	1.52	1.32	1.29	1.33	1.27	1.33	1.38	1.23	1.12	1.35
Center	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ext	0.86	0.97	0.79	0.87	0.96	0.95	0.95	0.76	?	0.88	0.87	0.77	0.70	0.82	1.04	0.85	0.95	?	0.96	0.88	0.76	0.94	0.92	0.67	0.87	0.88	0.97	0.85
AO	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Vipomex	1.15	2.09	1.12	1.17	0.99	1.57	1.29	1.23	?	1.33	1.08	1.20	1.29	1.19	1.07	1.23	1.01	?	1.04	1.36	1.23	1.24	1.16	1.47	0.96	1.28	1.09	1.40
Vip 75	2.05	1.68	1.60	2.58	2.32	2.57	2.61	1.89	?	1.53	1.94	2.17	1.83	2.20	1.99	2.62	2.08	?	1.83	2.42	1.89	1.93	1.86	2.79	2.54	1.60	1.71	1.86
Vip 100	1.93	1.91	1.86	2.32	2.40	2.67	2.00	1.72	?	1.74	2.03	2.09	1.70	1.67	1.51	2.18	1.92	?	1.08	1.88	1.72	1.84	1.39	1.92	1.99	1.22	2.11	2.31
Non Inv	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Invalides	1.51	1.44	1.51	1.50	1.69	1.75	1.42	1.28	?	1.40	1.89	1.46	1.48	1.31	1.34	1.96	1.58	?	1.21	1.32	1.28	1.63	1.19	1.60	1.92	1.15	1.83	1.35

RR = risque relatif (1.00 = catégorie de référence)

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

Nombre de contacts - infirmier/An/Patient actif * (2003) (22 maisons médicales)

N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									Hainaut						N4		
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Total	1.1	1.2	0.7	1.1	0.4	0.7	0.3	0.6	?	0.6	1.5	1.1	1.4	0.7	0.7	0.85	?	0.75	2.4	1.0	?	?	1.0	1.7	0.3	0.4	1.7	
Masc	0.7	0.9	0.6	0.8	0.4	0.7	0.3	0.6	?	0.5	1.1	0.8	1.0	0.5	0.7	0.6	?	0.6	1.1	1.0	?	?	0.6	1.2	0.3	0.5	0.9	
Fem	1.3	1.4	0.8	1.3	0.4	0.7	0.4	0.6	?	0.6	2.0	1.4	1.8	0.9	0.7	1.1	?	0.9	3.8	1.1	?	?	1.4	2.2	0.4	0.3	2.5	
Center	1.2	1.6	0.7	1.1	0.4	0.8	0.4	0.7	?	0.6	1.7	1.3	1.7	0.6	0.7	0.8	?	0.8	3.5	1.2	?	?	1.1	1.4	0.4	0.3	2.0	
Ext	0.8	1.0	0.7	1.1	0.4	0.6	0.3	0.6	?	0.5	0.7	0.6	1.0	0.8	0.4	0.9	?	0.7	1.0	0.8	?	?	0.8	2.4	0.3	0.6	1.2	
AO	0.4	0.3	0.2	0.5	0.3	0.1	0.2	0.1	?	0.2	0.4	0.4	0.5	0.4	0.3	0.6	?	0.4	0.5	0.3	?	?	0.6	0.4	0.2	0.1	0.5	
Vipomex	0.7	1.3	0.4	1.0	0.7	0.1	0.4	1.1	?	0.4	1.4	1.0	0.6	0.5	0.5	0.7	?	0.7	0.6	1.7	?	?	0.7	0.4	0.4	0.2	1.2	
Vip 75	4.0	3.6	2.6	3.6	1.4	3.5	1.7	1.6	?	2.2	4.5	3.2	4.5	2.9	4.9	4.1	?	4.3	12.1	2.6	?	?	4.0	12.7	1.7	0.9	3.3	
Vip 100	3.9	4.9	2.7	3.1	1.0	4.3	0.7	2.1	?	2.7	4.4	4.3	3.4	2.4	1.8	2.1	?	1.0	11.6	4.5	?	?	3.9	8.8	0.7	2.3	8.3	
Non Inv	1.0	1.2	0.6	1.0	0.4	0.6	0.3	0.5	?	0.4	1.5	1.0	1.3	0.7	0.6	0.8	?	0.7	2.5	1.0	?	?	0.9	1.3	0.3	0.3	1.5	
Invalides	1.2	1.1	1.8	1.9	0.4	1.5	1.6	1.3	?	1.7	2.1	2.4	2.4	1.4	1.9	1.6	?	1.0	2.1	0.7	?	?	2.7	5.2	1.6	1.9	6.3	
% CN	29	33	35	63	87	5	41	17	?	48	18	30	12	34	84	66	?	67	9	17	?	?	33	3	73	23	2	
% VAD	71	67	65	37	13	95	59	83	?	52	82	70	88	66	16	34	?	33	91	83	?	?	67	97	27	77	98	

* Il s'agit des patients ayant été actifs durant une période quelconque de l'année 2003, comptabilisés en années-patient. Les NNN ont été exclus.

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

RR contacts - Infirmier (2003)																												
N° MM	TOT	Bruxelles									Liège								Hainaut						N4			
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Masc	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fem	1.76	1.52	1.45	1.54	1.06	1.08	1.51	0.90	?	?	1.29	1.92	1.64	1.81	1.86	0.97	1.82	?	1.33	3.47	1.19	?	?	2.21	1.82	1.51	0.72	2.68
Center	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ext	0.69	0.61	0.95	0.99	0.84	0.83	0.66	0.83	?	?	0.84	0.41	0.46	0.57	1.31	0.49	1.12	?	0.86	0.29	0.66	?	?	0.74	1.70	0.66	1.76	0.61
AO	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Vipomex	1.97	4.93	1.99	2.06	2.70	1.26	1.61	7.35	?	?	1.56	3.14	2.66	1.04	1.26	1.66	1.23	?	1.63	1.25	6.20	?	?	1.21	0.97	1.61	1.65	2.16
Vip 75	10.9	13.4	6.37	7.28	5.10	59.4	7.38	10.6	?	?	9.40	10.2	8.66	8.24	7.58	14.8	6.85	?	9.90	26.4	9.22	?	?	7.20	32.5	7.38	6.62	5.89
Vip 100	10.8	18.0	12.9	6.15	3.72	72.8	2.97	14.3	?	?	11.5	10.1	11.5	6.29	6.19	5.40	3.54	?	2.21	25.3	15.9	?	?	7.01	22.6	2.97	15.9	14.9
Non Inv	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	?	1.00	1.00	1.00	?	?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Invalides	1.23	0.92	3.10	1.84	1.01	2.29	5.48	2.52	?	?	3.85	1.39	2.38	1.88	2.00	3.34	1.96	?	1.42	0.86	0.63	?	?	3.11	3.87	5.48	6.82	4.21

RR = risque relatif (1.00 = catégorie de référence)

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

Nombre de Contacts - Kiné / An / Patient Actif * (2003) (20 maisons médicales)																												
N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									Hainaut					N4			
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Total	1.2	2.6	1.2	0.8	1.0	1.6	1.5	0.8	1.0	-	1.0	1.5	0.4	2.0	0.7	1.1	?	?	0.7	-	-	-	1.0	0.8	1.5	0.7	0.7	1.4
Masc	0.9	2.2	1.0	0.6	0.8	1.0	1.0	0.6	?	-	0.9	1.1	0.4	1.5	0.9	0.8	?	?	0.4	-	-	-	0.9	0.7	1.4	0.6	0.7	1.2
Fem	1.4	3.0	1.4	1.0	1.2	2.1	1.9	1.0	?	-	1.2	1.8	0.5	2.4	0.5	1.4	?	?	1.0	-	-	-	1.1	0.9	1.7	0.8	0.8	1.6
Center	1.2	3.0	1.2	0.9	1.0	1.5	1.5	0.9	?	-	1.0	1.6	0.5	2.2	0.9	1.1	?	?	0.8	-	-	-	1.1	0.9	1.2	0.6	0.7	1.7
Ext	1.1	2.4	1.1	0.7	1.0	1.6	1.5	0.7	?	-	1.2	1.3	0.1	1.6	0.5	1.3	?	?	0.6	-	-	-	1.0	0.7	2.5	0.8	0.8	1.1
AO	0.8	1.8	0.8	0.6	0.8	0.8	0.9	0.5	?	-	1.0	1.1	0.3	1.6	0.4	0.7	?	?	0.6	-	-	-	0.7	0.5	0.9	0.6	0.5	1.0
Vipomex	1.0	3.1	1.1	0.7	0.6	1.3	3.2	0.7	?	-	0.7	1.4	0.3	1.3	0.2	0.9	?	?	1.2	-	-	-	2.3	0.7	0.8	1.2	0.7	1.3
Vip 75	3.3	4.9	3.9	2.3	2.9	6.7	7.9	1.8	?	-	2.0	3.1	1.0	4.3	1.7	6.5	?	?	1.6	-	-	-	1.8	3.1	12.4	2.1	2.3	3.0
Vip 100	2.1	5.6	1.8	1.3	2.8	3.7	1.1	1.8	?	-	2.0	1.9	0.7	2.2	2.9	2.1	?	?	0.3	-	-	-	1.6	2.4	3.7	0.2	1.5	2.4
n Inv	1.1	2.6	1.1	0.7	0.9	1.6	1.4	0.7	?	-	1.0	1.4	0.4	2.0	0.5	0.9	?	?	0.7	-	-	-	1.0	0.7	1.4	0.8	0.7	1.4
Invalides	2.0	2.9	1.9	2.0	3.2	1.5	4.0	1.8	?	-	1.4	2.1	1.0	1.6	3.0	3.3	?	?	0.6	-	-	-	0.9	2.0	3.3	0.2	1.2	2.1
% CN	72	81	74	85	80	60	66	63	67	-	81	66	92	82	75	62	?	?	69	-	-	-	47	70	60	93	72	61
% VAD	28	19	26	15	20	40	34	37	33	-	19	34	8	18	25	38	?	?	31	-	-	-	53	30	40	7	28	39

* Il s'agit des patients ayant été actifs durant une période quelconque de l'année 2003, comptabilisés en années-patient. Les NNN ont été exclus.

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

RR Contacts - Kiné (2003) (20 maisons médicales)

N° MM	TOT	Bruxelles									Liège									ainaut					N4			
		6	7	9	90	12	25	16	33	34	1	2	3	8	11	15	20	24	28	4	14	22	21	5	50	26	38	13
Masc	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	-	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Fem	1.49	1.34	1.37	1.63	1.57	2.08	1.94	1.80	?	-	1.34	1.64	1.26	1.57	0.56	1.78	?	?	2.30	-	-	-	1.27	1.28	1.18	1.46	1.24	1.32
Center	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	-	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ext	0.90	0.81	0.86	0.77	1.01	1.07	0.98	0.83	?	-	1.19	0.85	0.27	0.73	0.50	1.24	?	?	0.71	-	-	-	0.92	0.80	2.03	1.34	1.24	0.65
AO	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	-	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Vipomex	1.19	1.73	1.28	1.29	0.84	1.60	3.42	1.46	?	-	0.77	1.26	0.88	0.83	0.49	1.28	?	?	2.03	-	-	-	1.16	1.36	0.85	1.94	1.37	1.22
Vip 75	3.96	2.75	3.57	4.01	3.87	8.40	8.40	3.86	?	-	2.04	2.82	2.98	2.71	4.01	9.10	?	?	2.81	-	-	-	1.86	5.75	13.5	3.29	4.65	2.85
Vip 100	2.55	3.11	2.13	2.24	3.76	4.67	1.22	3.79	?	-	1.96	1.78	2.27	1.40	6.87	2.97	?	?	0.54	-	-	-	1.39	4.47	4.01	0.38	3.16	2.34
Non Inv	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	-	-	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Invalides	1.78	1.12	1.72	2.72	3.59	0.94	2.94	2.68	?	-	1.42	1.48	2.44	0.80	5.66	3.78	?	?	0.85	-	-	-	1.19	2.83	2.44	0.30	1.79	1.53

RR = risque relatif (1.00 = catégorie de référence)

Center = code postal de la maison médicale

Invalides = codes titulaires 120120 + 121121

Quelle population suivons-nous dans les maisons médicales à l'acte ?

Quelle est sa consommation de soins médicaux ?

Année étudiée 2003

BURDET Daniel, DRIELSMA Pierre, HEYMANS Isabelle

SERVICE D'ÉTUDE

Mai 2005

I. Maisons médicales concernées

Quatre maisons médicales ont répondu et procuré des données concrètes :

- trois à Bruxelles ;
- une hors Bruxelles.

(pas plus de précision ici, pour respecter l'anonymat)

La petite taille de l'échantillon a pour conséquence essentielle qu'il est impossible de tirer des conclusions globales statistiquement significatives...

II. Profil des maisons médicales répondantes

La composition des maisons médicales est variable en taille : 6, 14, 9 et 12 travailleurs (moyenne 10,25).

Il y a aussi une variabilité dans les fonctions représentées :

- Les quatre maisons médicales ont des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des accueillant(e)s (parfois dénommés secrétaires-accueillantes). Une des maisons médicales n'a d'ailleurs que ces trois fonctions présentes. Un des postes d'accueil est cumulé avec une fonction d'interprète. Un des médecins dans une maison médicale est homéopathe.
- La fonction d'accueil est parfois aussi cumulée avec une autre fonction reprise ci-après.
- Trois ont un ou des assistants sociaux.
- Deux ont une infirmière (dans l'une des deux infirmière en santé communautaire cumulant une fonction d'accueil).
- Deux comptent un membre de personnel pour l'entretien, chaque fois à temps partiel (respectivement environ 1/3 et 2/3 temps).
- Une maison médicale compte un coordinateur (1/3 temps).
- Une autre un animateur (plein temps).
- Une maison médicale compte trois dentistes (deux à plein temps, un 1/4 temps).

Au niveau des statuts :

- Tous les médecins sont indépendants.
- Les dentistes sont indépendants.
- Les kinésithérapeutes sont indépendants.
- Toutes les autres fonctions sont salariées (parfois ACS).
- Dans trois maisons médicales sur quatre, il y a plus d'indépendants que de salariés, dans une sur quatre c'est l'inverse. Il y a au total 25 indépendants et 16 salariés.

Pour ce qui est du temps de travail :

- Aucune maison médicale ne signale un temps de travail supérieur à 38h/semaine, même pour les médecins (est-ce toujours un temps de travail réel ou parfois théorique ?).

Nous considérons donc 38h comme étant un équivalent temps plein pour tous les travailleurs.

- Tous les médecins sont plein temps, sauf deux (l'un à 30h, l'autre à 25h / semaine, ils se trouvent dans deux maisons médicales différentes).
- Les kinésithérapeutes sont pour la moitié plein temps, pour moitié à temps partiel.
- Pour les infirmières, l'une est plein temps, l'autre ½ temps.
- En ce qui concerne l'accueil, cinq sont à plein temps, trois à ½ temps.
- Les dentistes sont plein temps (deux dentistes) ou ¼ temps (un dentiste).
- Deux assistants sociaux sont plein temps, un troisième environ 2/3 temps.

D'une manière générale :

- o Les temps de travail moyens des indépendants sont respectivement 28,5 – 36,2 – 34,3 – 32,13.
- o Les temps de travail moyens des salariés sont respectivement de 28,5 – 34,2 – 25,4 – 31,75.
- o Sauf dans une des quatre maisons médicales, les indépendants travaillent en moyenne plus que les salariés, mais dans des proportions variables.

Si nous croisons le nombre d'indépendants (majoritaires) et les temps de travail, nous constatons que le nombre d'heures « indépendants » est de très loin supérieur au nombre d'heures « salariés ».

Une comparaison avec les maisons médicales au forfait doit encore être faite à ce niveau (mais nous ne disposons pas des données correctes à ce sujet pour toutes les maisons médicales au forfait faisant l'objet du recueil d'activité 2003).

III. Les populations des maisons médicales concernées

Trois des quatre maisons médicales fournissent des données sur leur population.

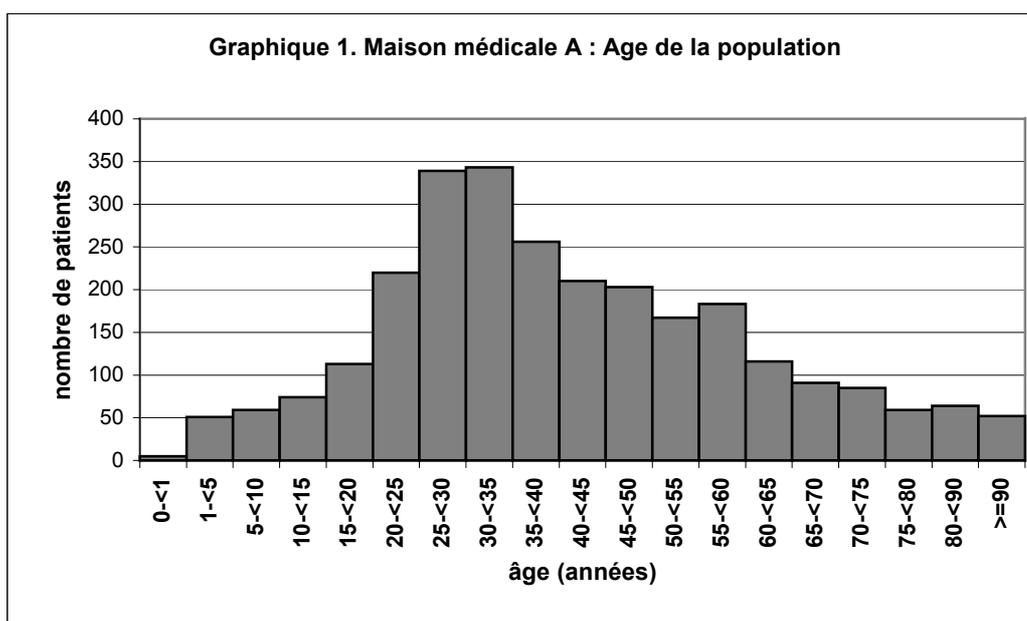
Les données sont ici extrêmement hétérogènes : visiblement la manière de définir une population active en l'absence d'une base de données informatisée et mise à jour en temps réel, est variable. La confusion population active / population consultante est manifeste pour une des maisons médicales.

Les données pour la population totale sont les suivantes : 2690 / 2896 / 3419 patients.

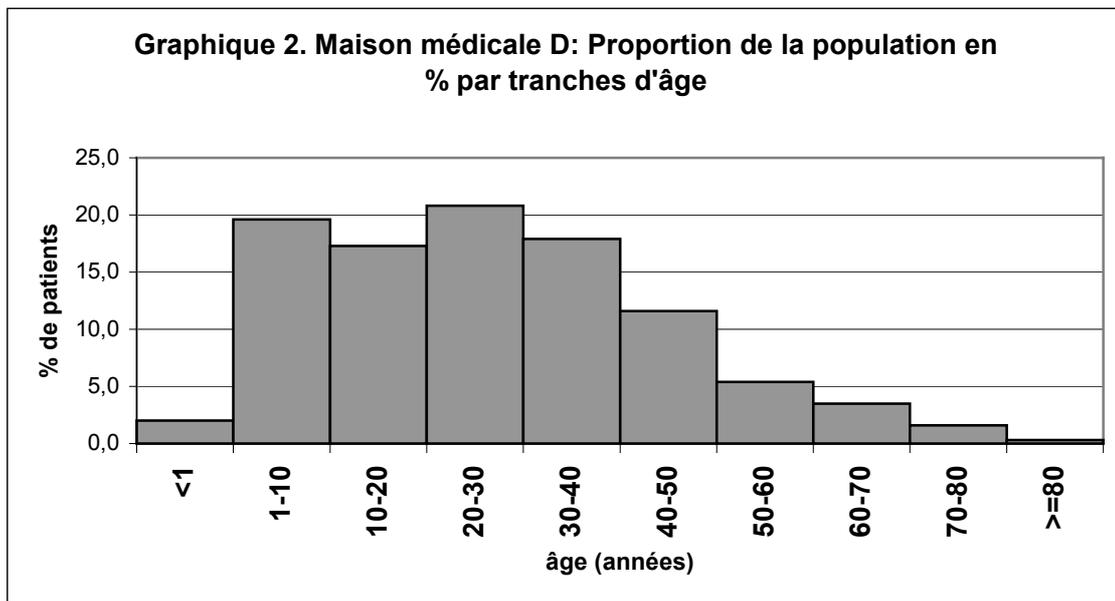
Sur aussi peu de maisons médicales, avec le nombre de temps partiels et avec l'hétérogénéité des fonctions représentées, il est difficile de ramener le nombre de patients à celui des travailleurs, donc à la taille de la maison médicale.

1. Âge des patients

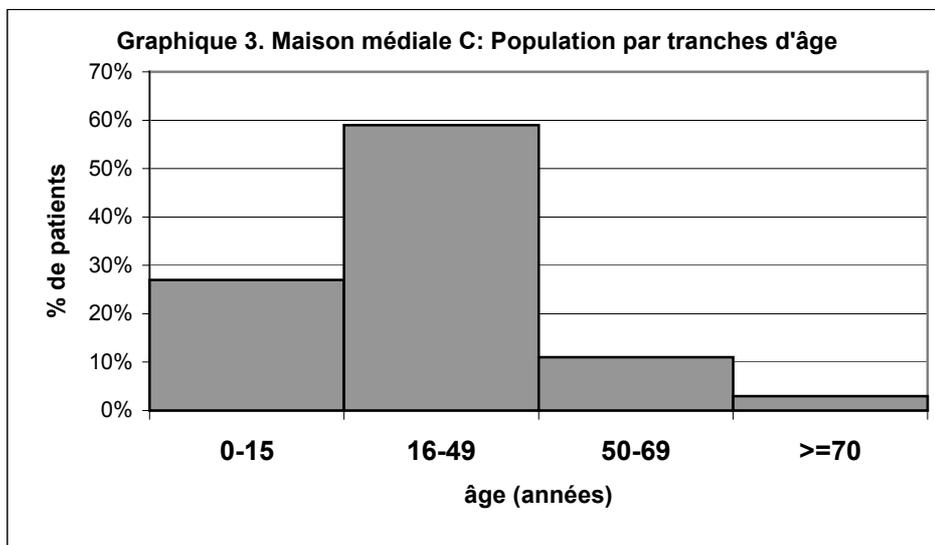
- Une maison médicale a un relevé très précis de sa population, avec même un histogramme des âges (0-1, 1-5, puis par tranches de 5 ans jusqu'à 80 ans, 80-90 et enfin >90). Mais la manière de calculer cette population n'est pas décrite (registre informatisé ?).



- Une autre a aussi établi un histogramme (= pyramide d'âges à l'horizontale), en pourcentages de sa population, par tranche de 10 ans.



- La troisième a regroupé sa population, en pourcentages également, en 3 tranches (0-15, 16-49, 50-69, >=70).



Les comparaisons entre ces trois maisons médicales sont donc impossibles. Tout au plus peut-on « estimer », à l'examen des courbes, que les tranches d'âges 20-40 semblent majoritairement représentées (mais encore une fois, ce n'est pas significatif ni statistiquement valide).

2. Sexe des patients

Une constante cependant : les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans toutes les patientèles décrites (52,8% - 69,7% - 52,1%).

IV. Activité en médecine générale

Il nous paraissait utile de comparer la dispensation / consommation des soins en médecine générale entre maisons médicales au forfait, pour lesquelles nous avons déjà un relevé, et maisons médicales à l'acte.

Pour cela, il s'agit de se baser sur le nombre moyen de contacts / an / patient (hors gardes).

Deux maisons médicales parmi les quatre ont fourni des données en ce sens.

Les résultats auxquels ces chiffres aboutissent laissent cependant rêveurs :

- ✓ Pour une des maisons médicales à l'acte, on arrive à une moyenne de 1,70 contact / patient / an.
- ✓ Pour l'autre, c'est plus compliqué car il est difficile de faire la distinction entre population totale et population suivie (il semble qu'une partie de la population ne soit pas prise en charge par les médecins généralistes mais bien par d'autres secteurs de soins) : le dénominateur varie selon l'optique. On arrive néanmoins à calculer un nombre moyen de contacts entre 3,15 et 3,96 / patient / an selon la perspective adoptée.

Pour mémoire, dans le relevé d'activité 2003 de 25 maisons médicales au forfait, ce chiffre est de 5,00 (standardisé par âge et sexe) ou de 4,26 (non standardisé), comparé à une moyenne de 4,6 en Belgique (mais c'est un RR de contact).

Ce qui a été trouvé dans notre recueil, pour les deux maisons médicales ayant fourni des données, est inférieur (alors qu'on se serait attendu à l'inverse...).

Quelques explications possibles :

- Réelle différence dans la dispensation / consommation des soins.
- Problème dans la détermination du dénominateur réel (plus plausible), avec une sur-estimation de la population réellement prise en charge. Par exemple, il existe une possibilité que des patients qui sont aussi (ou plus) pris en charge ailleurs soient comptabilisés comme « faisant partie » de la maison médicale (il est vrai que la possibilité inverse existe tout autant = ne pas comptabiliser des patients se considérant comme « liés » à la maison médicale). Difficile de savoir exactement quoi.
- Carences dans le recueil des prestations dispensées : toutes les consultations et visites ont-elles été répertoriées, même celles éventuellement hors INAMI (donc hors carnet) ? N'y a-t-il pas une perte de données dans le recueil et/ou dans le récapitulatif des actes ? Tous les dispensateurs fournissent-ils toutes leurs données ? etc.

V. Commentaires supplémentaires

Il reste difficile d'estimer avec une bonne précision la population suivie dans un centre qui ne dispose pas d'un fichier informatisé des patients.

La notion de population suivie est peut-être plus floue dans une maison médicale à l'acte que dans une maison médicale où les patients sont inscrits par « contrat ».

Les indépendants semblent sur-représentés dans des structures à l'acte par rapport à ce qui se voit au forfait (mais rappel : maison médicale répondantes trop peu nombreuses pour avoir quelque chose de significatif).

Un relevé actualisé de la composition des équipes, des statuts de travailleurs, de leurs engagements horaires, etc. mérite d'être conduit pour toutes les équipes de la Fédération.

Certaines maisons médicales au forfait fournissent à cet égard moins de données que certaines des maisons médicales répondantes dans la présente étude.

Nous savons qu'il existe une carence dans le relevé des prestations dans les équipes au forfait, aboutissant à des résultats trop bas par défaut. C'est vrai dans tous les secteurs de soins, y compris les médecins généralistes.

Il se pourrait bien qu'il existe aussi une carence similaire parmi les équipes à l'acte, ce qui est plus curieux étant donné que le financement dépend directement de l'acte presté et encodé. Ceci est encore à préciser et explorer.

Un recueil de données dans des maisons médicales à l'acte est tout à fait possible. Ce recueil peut donner des données qualitativement très correctes. Les maisons médicales répondantes en sont la preuve, malgré l'hétérogénéité des réponses.

La standardisation des recueils de données apparaît comme fondamentale, tant pour les maisons médicales au forfait que pour celles à l'acte. Une standardisation commune entre les deux modes est souhaitable sinon nécessaire ; elle est de toute manière possible.

L'informatisation de toutes les équipes de la Fédération avec un recueil de données par encodage en temps réel tant pour le signalétique des patients que pour les prestations, est indispensable : à la fois pour pouvoir agglomérer, étudier, comparer et analyser les données au niveau de la Fédération (et les restituer in et out, comme outil de développement, de monitoring et de promotion) et pour permettre aux équipes elle-mêmes d'améliorer leur propre pilotage.

Le tableau de bord qui est en train de se mettre en place y contribuera de manière prépondérante.

Glossaire

1. Code titulaire INAMI

Le code titulaire est attribué à chaque assuré social sur base d'une combinaison de facteurs : le fait d'être actif ou on (veuve, invalide ou pensionné) et le niveau de remboursement, préférentiel ou non. Pour des explications concernant le code titulaire, voir le glossaire.

Tableau des codes titulaires les plus importants

Code titulaire	Définition	Explication
100100	Inscrits au registre national non préférentiel	Bénéficiaire d'un revenu d'insertion mais dépassant un certain seuil de revenus
101101	Inscrits au registre national non préférentiel	Bénéficiaire d'un revenu d'insertion, en dessous du seuil de revenus
110110	Assuré ordinaire non préférentiel	Travailleur employé ou salarié
111111	Assuré ordinaire préférentiel	Chômeur de longue durée ET en dessous d'un certain seuil de revenus
120120	Invalide non préférentiel	Statut invalide pour l'INAMI revenus au-dessus du seuil
121121	Invalide préférentiel	Statut invalide pour l'INAMI en-dessous du seuil
130130	Pensionné non préférentiel	Bénéficiaire d'une pension de retraite du régime salarié
131131	Pensionné préférentiel	Bénéficiaire d'une pension de retraite du régime salarié
140140	Veuve (veuf) non préférentiel	
141141	Veuve (veuf) préférentiel	
150150	Orphelin non préférentiel	
151151	Orphelin préférentiel	
410900		Indépendant actif non préférentiel
421461		Indépendant pensionné préférentiel

Ainsi, ceux qu'on appelle communément :

- ✓ Anciennement les « Vipomex », sont en fait aujourd'hui des « Bénéficiaires de l'intervention majorée » (BIM), et sont constitués de deux sous catégories bien distinctes :
 - ceux qui possèdent le code titulaire 101, ils représentent les anciennes personnes non encore protégées (PNP) et disposent d'un revenu inférieur au plafond VIPO. Il s'agit le plus souvent de minimexés.

- ceux qui possèdent le code titulaire 111, ils représentent les chômeurs de longue durée dont les revenus ne dépassent pas le plafond VIPO.

A noter que ces personnes passent dans la catégorie « VIPO préférentiels » dès qu'ils atteignent l'âge de 65 ans.

- ✓ Les VIPO rassemblent les veufs, les invalides, les pensionnés et les orphelins :
 - Les "Vipo 100" ou "Vipo préférentiels" sont les Vipos qui bénéficient d'une intervention majorée parce que leurs revenus sont inférieurs à un seuil défini (+/- 10.000 euros par an) : ce sont les codes 141 (veuf préférentiel), 151 (orphelin préférentiel), 131 (pensionné préférentiel), 121 (invalide préférentiel).
 - Les "Vipo 75" ou "Vipo non préférentiels" sont les Vipo qui ne bénéficient pas de cette intervention majorée, parce que leurs revenus sont supérieurs au seuil défini. Ce sont les codes 140,150,130,120.

- ✓ Les "assurés ordinaires" ou "TIP 75" sont les codes 100 (bénéficiaire d'un revenu d'insertion mais dépassant un certain seuil de revenus, en fait, ce sont majoritairement des chômeurs de courte durée), et 110 (travailleur employé ou salarié).

2. Risque relatif = RR

Le risque relatif est un rapport de deux risques. Le risque d'une population est divisé par le risque de l'autre, et ce rapport permet d'observer si la première population a un risque plus grand, plus petit ou égal que la deuxième.

3. Taux de mortalité

C'est le rapport entre le nombre de décès dans une population donnée et le nombre total de personnes dans cette population.

4. Standardisation

La standardisation est une méthode qui consiste à corriger les taux pour permettre les comparaisons entre des populations dont la distribution par âge, sexe, code titulaire, ou toute autre caractéristique, est différente. La plupart des méthodes de standardisation utilisent une moyenne pondérée de taux spécifique par catégorie d'une variable donnée.

Après avoir appliqué une méthode de standardisation, on obtient des **taux standardisés** selon la caractéristique pour laquelle on a standardisé (l'âge, le sexe, le code titulaire...) (on dit aussi taux ajustés). Ce sont des taux qui tiennent compte de la structure de la population.

Ainsi, par exemple, quand on compare des taux ajustés pour l'âge, les différences observées entre les taux ne peuvent pas être dues à des différences de structures par âge des populations.

Par opposition on parle de **taux brut** pour les taux non standardisés.

Standardisation directe

Dans la standardisation directe, les taux standardisés (ajustés) sont calculés en appliquant les taux dans chaque catégorie de la caractéristique choisie de la population à une population unique de référence. La population de référence peut être choisie comme l'ensemble des deux populations comparées ou comme une population extérieure.

Standardisation indirecte

Dans la standardisation indirecte, on utilise les taux dans une population de référence pour calculer le nombre de décès qui auraient été prévus dans la population étudiée si elle avait eu les mêmes taux de mortalité par âge que la population de référence.

5. Intervalle de confiance

IC : intervalle de confiance : dans une étude clinique, il est rarement possible d'explorer l'entièreté de la population. Nous devons souvent nous limiter à un petit groupe choisi dans l'ensemble de la population (échantillon). L'intervalle de confiance nous donne la fourchette des valeurs dans laquelle la valeur réelle dans la population se situe avec un certain degré de vraisemblance. Un intervalle de confiance à 95% est souvent choisi, mais un autre peut l'être. Un IC à 99%, par exemple, signifie que, si l'enquête ou étude est reproduite 100 fois dans la même population avec des échantillons différents, dans 99 des cas la valeur trouvée se situera dans l'intervalle de confiance donné. L'intervalle de confiance nous renseigne sur la fiabilité des valeurs trouvées dans l'étude. Au moins les valeurs extrêmes sont éloignées, au plus l'intervalle de confiance est étroit et au plus l'effet observé est un reflet fiable de l'effet réel.

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones asbl

25 boulevard du Midi bt 5

1000 Bruxelles

téléphone : +32 (0) 2 514 40 14 – fax : +32 (0) 2 514 40 04

courriel : fmmcsf@fmm.be - site : maisonmedicale.org



CULTURE
ÉDUCATION PERMANENTE

