

Ecolo défend les maisons médicales et leurs spécificités

Ecolo veut défendre les maisons médicales face à l'acharnement de la ministre de la santé qui prétend pourtant les considérer comme des acteurs nécessaires à l'accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.

Le moment est crucial car manifestement, la ministre de la santé veut casser le système de financement forfaitaire des maisons médicales sans considération pour les spécificités de celles-ci, à savoir :

- équipe multi et pluridisciplinaire financée au forfait pour rencontrer les besoins en soins de santé de patients ;
- pas de participation financière directe de la part des patients pour les soins couverts par le forfait ;
- approche globale des patients intégrés dans leur milieu de vie.

La ministre accuse les maisons médicales d'être des gouffres financiers vu que leur enveloppe budgétaire augmente chaque année. Mais si le budget des Maisons Médicales forfaitaires augmente, c'est parce que de plus en plus de patients s'y inscrivent. Ces patients quittent ainsi le budget des prestations à l'acte pour s'intégrer dans l'enveloppe forfaitaire. Il ne s'agit donc pas d'une augmentation mais d'un déplacement budgétaire.

Il est en effet démontré que le coût global d'un patient (soins 1^o et 2^o lignes, biologie clinique, imagerie, médicaments...) est le même qu'il soit soigné par des praticiens à l'acte ou par des praticiens forfaitaires.

La ministre accuse les médecins des maisons médicales de ne pas participer aux gardes de médecins généralistes. Or, sur base de l'audit, ils sont 95 % à y participer. Elle leur reproche d'accueillir trop d'assistants pour pouvoir leur donner suffisante alors que les stages en Maisons Médicales offrent justement un accompagnement formatif par une équipe de médecins et au sein d'une offre pluridisciplinaire. Quand on pense aux candidats médecins spécialistes prestant souvent sans présence de maître de stage en hôpital, c'est gonflé !

Alors que la ministre dit défendre la multidisciplinarité dans une future loi cadre « qualité des soins », alors qu'elle exige des programmes de soins intégrés pour les patients atteints de maladies chroniques avec financement forfaitaire, elle s'attaque aux maisons médicales !

Il faut bien sûr, en concertation avec les fédérations de Maisons Médicales wallonne, bruxelloise et flamande évaluer leur fonctionnement et l'élaboration des composantes des forfaits. Toutes sont partantes et ont d'ailleurs depuis longtemps mis des propositions d'amélioration sur la table de la ministre.

Un(e) ministre de la santé doit agir honnêtement avec les acteurs de la santé et non camoufler une intention de destruction derrière des détournements non scientifiques d'audits.

Les patients des Maisons Médicales forfaitaires représentent 3 % de la population, soit 370.000 patients. Le nombre de Maisons Médicales est actuellement de 175 dont 60 en Wallonie, 50 à Bruxelles. Leur nombre progresse fortement en Flandre depuis quelques années mais le phénomène y est nettement plus récent.

1. Déroulé des événements, dits évaluatifs

Le 20 octobre 2016, le gouvernement fédéral demande une évaluation stratégique, 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.

Ce faisant, la ministre De Block décide au même moment d'imposer un moratoire sur le développement des projets de maisons médicales forfaitaires jusqu'au 30 juin 2017 et diminue dès lors le budget 2017 des Maisons Médicales de 7 Mns.

La Ministre justifie cette évaluation-audit, par le fait que « *l'INAMI indique une utilisation en 2016 de 147 Mns alors que les Maisons Médicales demandent 160 Mns pour 2017. Le budget actuel est de 150 Mns . Il y a eu augmentation du budget de 10% en 5ans* ».

Ecolo s'est opposé à cette manière linéaire de procéder qui ne respecte ni les acteurs de terrain ni les patients qui y recourent.

Manière de faire d'autant plus étonnante que la commission forfait, regroupant les fédérations et les mutuelles, était elle-même demandeuse d'une nouvelle étude par le KCE afin d'améliorer les modalités de financement et la rencontre des besoins en politique de santé globale préventive et curative et de l'impact dans le suivi santé des patients. Une étude réalisée en 2008 par le KCE démontrait que les patients suivis en Maisons Médicales recouraient moins aux soins spécialisés et consommaient moins de médicaments.

Mais ici, si l'objectif officiel de ce moratoire est de faire un audit pour analyser la relation entre le montant forfaitaire et les soins réellement prodigués ainsi que les prestations réellement effectuées par les différents prestataires, nous savons qu'au sein du gouvernement, du cabinet de Block et du SPF santé ainsi que de l'INAMI, certains médecins conservateurs prétendent que le forfait permet à certains prestataires d'être payés sans rien faire au détriment des médecins pratiquant à l'acte.

Pour Ecolo, un nouvel audit-étude via le KCE, tel que celui réalisé en 2008 avec objectif de mieux rencontrer les patients dans leur milieu de vie de manière globale via des équipes pluri et multidisciplinaires aurait été intéressant en 2017 mais il devait être construit avec les Maisons Médicales, prestataires et patients. Un moratoire n'étant nullement nécessaire durant cette étude, d'autant plus qu'en l'instaurant on bafoue les droits des patients, et leur liberté de choisir pour un système ou un autre, sans réaliser aucune économie effective.

La Ministre n'a donc pas saisi l'occasion de réaliser un audit relatif à la qualité des soins qui aurait pu être réalisé par des spécialistes en soins de santé comme le KCE et a opté pour un audit de financement via une société privée KPMG.

Les résultats de cet audit ont été publiés le 22 janvier 2018 et la ministre a levé le moratoire après cette publication, soit 7 mois plus tard qu'annoncé en octobre 2016 !

En décembre 2017, une étude réalisée par l'agence intermutualiste (AIM) a été publiée, qui, comme le KCE en 2008, réalise une comparaison du coût et de la qualité des soins dans les deux systèmes de soins de première ligne : à l'acte et en maison médicale au forfait. Les conclusions sont claires et superposables à l'étude de 2008. Le coût total par patient de deux cohortes à l'acte et au forfait appariées notamment pour l'âge, est équivalent pour la sécurité sociale ; les résultats qualitatifs sont au moins aussi bons et dans de nombreux cas supérieurs au forfait (dépistage cancer colorectal, prescription d'antibiotiques, campagnes de vaccination contre la grippe,...)

La ministre refuse de prendre en compte les données de cette étude qu'elle considère non fondée scientifiquement.

Ce sera donc uniquement sur base des données de l'audit KPMG qu'un Groupe de travail (GT) a été mis en place début février, associant le comité de l'assurance et la commission forfait en vue d'améliorer le système forfaitaire mais les craintes sont grandes que ce GT ne soit qu'un paravent alors que les décisions sont déjà prises.

En effet, la Ministre cite l'audit KPMG pour justifier ses prises de position alors que l'audit ne contient pas les éléments auxquels elle se réfère.

Les préjugés semblent être les guides de la ministre de la santé.

Mais voyons plutôt :

2. L'audit KPMG :

L'audit porte donc 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 auteurs considèrent que les résultats de cet audit permettent de dégager des orientations stratégiques pour l'avenir.

Conclusions et constats de l'audit :

La lecture du rapport permet de retenir un certains nombres d'éléments factuels :
Les maisons médicales financées au forfait 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.

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.

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.

Elles emploient aussi souvent d'autres dispensateurs de soins, principalement des médecins généralistes en formation (MGF) et du personnel auxiliaire comme 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).

D'autres profils de soins, tels que les dentistes, logopèdes, etc. disposent d'une nomenclature et travaillent au sein de maisons médicales, souvent selon le principe du tiers payant.

90 % des répondants emploient du personnel auxiliaire pour l'administration, et 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.

Quant au nombre de patients par ETP dispensateur de soins, l'enquête ne montre pas de différence significative par médecin généraliste d'une région à l'autre. En moyenne, on dénombre environ 673 patients par ETP médecin généraliste.

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, il a été 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.

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

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.

L'organisation interne pour une maison médicale qui veut augmenter son efficacité est capitale. 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.

La définition du territoire géographique d'activité est un facteur important. L'audit conclut qu'il serait judicieux de formuler une description/définition claire de ce que doit être un territoire géographique d'activité.

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.

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 €. C'est en Wallonie que cette intervention forfaitaire est la plus élevée en moyenne.

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, il a été 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.

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.

Critiques méthodologiques de l'audit qu'on ne peut passer sous silence

La manière dont cet audit a été commandité, avec notamment la mise à l'écart des acteurs du secteur dans la constitution du groupe de pilotage, et les a priori défavorables aux Maisons Médicales qui en ont orienté le cahier des charges ainsi que la méthodologie, abîment malheureusement d'autres données relatées dans l'audit et en enlèvent une certaine pertinence scientifique.

En effet, sur certains points l'audit se caractérise par un manque de transparence voire de la confusion dans les données fournies car le focus est souvent porté sur des situations marginales au dépend de la vision globale. Il y a aussi beaucoup de contradictions entre les tableaux et l'utilisation d'indicateurs statistiques inadéquats.

L'exemple le plus spectaculaire de confusion concerne le pourcentage de médecins généralistes inscrits dans le service de garde des maisons médicales.

Ce pourcentage n'est en réalité pas donné mais on apprend qu'il y a 130 maisons médicales dont tous les médecins sont inscrits et seulement 20 où ce n'est pas le cas. Une analyse exhaustive des caractéristiques de ces 20 maisons médicales est ensuite fournie. En cherchant bien on parvient à compter 35 médecins non-inscrits ; sur combien ? Mystère ! En recoupant certaines données il est possible d'estimer que cela ne représente que 5% de médecins non-inscrits dans leur rôle de garde.

Concernant le financement des maisons médicales, l'audit affiche un solde positif d'environ 60€ par patient par an; mais il faut être très attentif aux notes de bas de page pour comprendre que ce résultat ne tient pas compte des dettes et des remboursements de prêt consenti par exemple pour le bâtiment. Comment tirer la moindre conclusion si un poste aussi important dans un bilan est « oublié » ?

L'audit explore les corrélations entre le besoin de soins et une série de caractéristiques des maisons médicales comme l'âge moyen, la proportion de « malades chroniques » et de bénéficiaires de l'intervention majorée. Pour ce faire, le nombre d'ETP des différentes professions ou le nombre de contacts par ETP sont utilisés comme indicateur d'un éventuel besoin accru de soins, sans qu'il n'y ait de logique pour justifier l'emploi de l'un ou de l'autre. Or le seul indicateur valable est le nombre moyen de contacts annuels par patient. Cet indicateur n'est étonnement pas utilisé. En outre, il n'y a aucune standardisation par rapport à l'âge. Dès lors, les conclusions de l'audit par rapport aux absences de corrélations observées n'ont pas de valeurs scientifiques.

Il est interpellant qu'un tel travail présenté comme apport d'une démarche scientifique dans un contexte prônant les EBM et EBP, ait été organisé de la sorte.

L'étude de l'AMI, parue en décembre 2017, donc pendant la finalisation de l'audit, renforce d'ailleurs notre trouble.

3. Etude réalisée par l'agence intermutualiste

En décembre 2017, l'AMI publie les résultats d'une étude qui réalise une comparaison du coût et de la qualité des soins dans les deux systèmes de soins de première ligne : à l'acte et en maison médicale au forfait et qui examine la dispersion de ces résultats entre les différentes maisons médicales.

Cette étude a comparé 2 échantillons de 50.000 personnes ayant les mêmes caractéristiques, l'un soigné dans le système du financement forfaitaire et l'autre dans le système à l'acte. En moyenne, il s'agit d'une population plus jeune, et plus précarisée que la population générale en Belgique. En outre, ces résultats ont également été comparés à un troisième échantillon de 50.000 personnes représentatif de la population belge standard soignée à l'acte.

Constats :

- Les dépenses supportées par l'assurance-maladie sont identiques dans les deux systèmes. En effet, si les dépenses en première ligne de soins (médecine, kinésithérapie et soins infirmiers) sont plus élevées dans le système au forfait, ce surcoût est intégralement compensé par les économies réalisées hors prestations de première ligne (médicaments, hospitalisations, prises en charge institutionnalisées, ...)
- Pour les patients, le système forfaitaire est cependant moins coûteux : d'une part, il n'y a pas de ticket modérateur pour les prestations en première ligne et, d'autre part, il y a moins de prestations en deuxième ligne et moins de frais pour les médicaments ;
- L'AIM a également étudié certains indicateurs de qualité des soins dispensés. Les résultats obtenus sur base de ces indicateurs sont meilleurs dans les centres forfaitaires. Par exemple :
 - le taux de couverture du vaccin anti-grippe chez les personnes âgées ;
 - le dépistage des cancers du col utérin et du sein chez les femmes sont meilleurs ;
 - les prescriptions d'antibiotiques y sont aussi plus mesurées et en meilleure adéquation avec les recommandations dans le choix de la molécule ;
 - les versions moins chères des médicaments sont également plus souvent prescrites ;
 - enfin, les diabétiques sont mieux suivis.

- Cependant, il persiste encore une marge importante de progression en regard des recommandations nationales et internationales ;
- l'étude montre un report de soins moins important au sein de la population précarisée soignée au forfait que parmi celle soignée à l'acte, confirmant l'hypothèse d'une médecine forfaitaire largement accessible financièrement ;
- enfin, l'étude explore la disparité des coûts entre maisons médicales.

Le seul choix du mode de financement au forfait ne suffit pas pour garantir les bons résultats observés de manière générale. En effet, les disparités entre les pratiques et l'ampleur des économies en seconde ligne semblent varier selon, par exemple, la région, la fédération d'appartenance ou encore, l'ancienneté de la maison médicale.

Cette étude démontre que le financement au forfait a clairement sa place dans notre système de soins de santé, à côté des pratiques traditionnelles à l'acte. Elle démontre que des soins de première ligne accessibles et multidisciplinaires peuvent même réduire les coûts de certains soins de deuxième ligne. En outre, ils ne compromettent pas la qualité de ceux-ci puisque sur les divers indicateurs de qualité étudiés, les résultats sont supérieurs à ceux de la médecine à l'acte.

Recommandations

Pour que le développement des centres forfaitaires reste efficient et optimal, l'AIM recommande de :

- Renforcer la base légale du système forfaitaire, afin que la continuité et la qualité des soins puissent être garanties dans chaque centre et que la sélection des risques puisse être évitée autant que possible. En parallèle, il convient de poursuivre l'analyse des facteurs d'efficacité du système forfaitaire, ce qui permettra de mieux définir les caractéristiques attendues d'une maison médicale.
- Optimiser le financement du système forfaitaire et veiller, en priorité, à une répartition optimale des ressources entre les centres en fonction des besoins de soins des patients.
- Orienter prioritairement le financement vers les centres forfaitaires travaillant de manière multidisciplinaire et qui montrent de bons résultats dans leurs pratiques de prévention. Leur permettre de continuer à développer cette vision intégrée et multidisciplinaire est capital pour relever les défis liés à la prise en charge d'une population vieillissante et de maladies chroniques en constante augmentation.
- Reconnaître la pertinence du modèle forfaitaire face à la problématique du report de soins et de l'accessibilité aux soins des populations précarisées. Néanmoins, il convient d'éviter d'enfermer les maisons médicales dans un stéréotype de structure destinée uniquement aux populations fragiles.

4. Deux études réalisées selon des modalités différentes, avec des intentions différentes et surtout avec des préjugés différents mais des résultats qui démontrent dans les deux cas, l'intérêt et l'importance de ces structures de soins de proximité dans le système de soins de santé.

Qu'en dit la Ministre de la santé ? Analyse de ses réponses sur base du contenu de ces études

En réponse aux questions orales qui lui ont été posées en commission santé du 6 mars 2018, la ministre démontre sa fermeture d'esprit inquiétante :

- La Ministre a décidé qu'elle ne tiendrait **aucun compte des données de l'étude AMI** puisque démarche spontanée reposant sur « du n'importe quoi comme méthodologie ».

Rappelons que c'était la même méthode que celle du KCE en 2008 mais dans ce dossier les EB n'existent plus. Alors qu'un GT est mis en place avec, en principe, les acteurs concernés, les réponses de la Ministres traduisent une volonté de définancer les maisons médicales travaillant au forfait malgré les résultats de l'audit qui en confirment les avantages.

- En effet, elle continue à considérer qu'il y a un **surfinancement des Maisons Médicales**. Elle intègre même pour justifier ce surfinancement, les soutiens apportés par les communes pour aider par exemple l'implantation d'une Maisons Médicales sur leur territoire. Or ces apports complémentaires sont sans rapport avec le financement des soins par l'INAMI.

Le terme de sur-financement est d'ailleurs totalement absent de l'audit.

Mais il est vrai que le financement forfaitaire permet de financer des emplois de qualité dans diverses disciplines paramédicales, sociales, éducatives et administratives au service des patients. Est-ce cela que la ministre refuse ?

- Comme elle refuse de prendre en compte les résultats de l'étude de l'agence intermutualiste, elle en refuse les conclusions de **coût global de soins de santé par patient** équivalent entre le système à l'acte et celui au forfait. Elle refuse également de prendre en compte qu'au même coût, les indicateurs de qualité sont favorables au modèle forfaitaire.

En séance plénière du décembre 2017, dans le cadre des discussions budgétaires, elle répondait d'ailleurs :

« S'agissant des maisons médicales, madame Gerkens, nous attendons tout d'abord l'audit commandé à KPMG, qui me semble plus fiable. En effet, l'étude parue voici quelques années et qui en a inspiré une autre le mois dernier comparait environ 5 000 patients traités en première ligne par les médecins privés et dans les maisons médicales. Quelle en fut la conclusion? Le coût par patient atteignait 200 euros dans le premier cas et 400 euros dans le second – mais seulement en première ligne. En deuxième ligne, cela a été compensé parce que les hospitalisations de gens en maison de repos sont moins nombreuses.

Après avoir étendu le panel, il faut quand même comprendre pourquoi moins de personnes se trouvent en maison médicale. Selon l'échantillon qui a été recueilli, elles sont plus jeunes. Évidemment, dans ce cas, ces gens ne se retrouvent pas en maison de repos. En tirer la conclusion que c'est moins cher repose sur un raisonnement qui n'est qu'un copier-coller complaisant de votre étude. En tout cas, vu que ces rapports viennent toujours du même bord, j'attends l'audit demandé à KPMG, qui observe toutes les règles requises. Nous discuterons sur cette base sans aucun problème.

Cela dit, il faut s'assurer du caractère efficient du rapport entre le coût des maisons médicales et leurs résultats. Het moet ook kostenefficiënt zijn.”

Ce n'est pas ce modèle qui est sur-financé, c'est la première ligne à l'acte qui est sous-financée. Le dernier rapport de l'OCDE sur les soins de santé montre que la Belgique est le pays qui investit la plus petite part de son budget dans le secteur ambulatoire (24%) et qui affiche la plus grande différence entre les revenus des spécialistes et celui des généralistes. Plutôt que de combattre le modèle des maisons médicales le cabinet ferait mieux de voir en quoi ce mode de fonctionnement pourrait améliorer la performance de notre système de soins de santé.

- Elle relève la **faible participation au rôle de garde et trop peu de patients par médecin** pour assurer une formation de qualité aux trop nombreux médecins en formation : Mais sur quels chiffres la ministre se base t-elle pour établir un tel constat? Sur la **participation des médecins au rôle de garde**, l'audit précise qu'au sein des 150 maisons médicales répondantes il n'y a que 35 médecins qui ne sont pas inscrits au rôle de garde.

35 sur combien ? L'audit ne le dit malheureusement pas mais nous savons qu'il y a environ 750 médecins dans ces 150 maisons médicales. Le taux de participation serait donc de 95% ! (Cette estimation aurait d'ailleurs été validée par un des auteurs de l'audit). Comment parler de faible participation avec un taux de 95% !

- Elle affirme qu'il y a un trop faible **nombre de patients par médecin pour assurer une formation de qualité aux stagiaires**. Elle se base sur l'hypothèse erronée qu'une maison médicale est la juxtaposition étanche de patientes individuelles. Ce n'est évidemment pas le cas et un médecin en formation est immergé dans l'ensemble des patients de la maison médicale. L'audit nous informe que 87% des structures ont plus de 1000 patients et 60% plus de 2000 patients. Nous pouvons aussi y lire qu'il y a en moyenne un médecin généraliste en formation pour 1300 à 1900 patients selon la région concernée. Comme en outre, les médecins en formation en maison médicale bénéficient du partage d'expérience non pas du seul maître de stage, mais de plusieurs médecins diplômés et expérimentés, on peut en conclure que la formation en maison médicale est qualitativement et quantitativement élevée, dans la grande majorité des cas; les très nombreux candidats assistants qui se pressent aux portes des maisons médicales l'ont d'ailleurs bien compris.

Donc si les réponses données par la ministre ne se trouvent pas dans l'audit, d'où proviennent-elles ? Serait-ce des communiqués de presse de l'ABSYM ou de ses a priori ?

- La ministre conclut de l'audit qu'il y aurait **un recours excessif, exagéré et problématique, aux médecins de garde par les patients inscrits en maison médicale**.

Il n'y a pourtant aucune information contenue dans l'audit susceptible d'alimenter cette inquiétude. L'étude de l'agence intermutualiste montre, quant à elle, que le recours aux urgences est équivalent dans la médecine à l'acte et forfaitaire. On ne peut donc que s'étonner d'une telle affirmation qui semble à nouveau sans fondement objectif.

- La ministre se dit **contrariée par le fait que des maisons médicales fassent des prêts sans intérêts**.

En quoi des structures qui sont majoritairement des ASBL ne pourraient pas prêter de l'argent sans intérêt à d'autres ASBL qui poursuivent les mêmes objectifs et ce faisant, permettre l'émergence de nouvelles maisons médicales ?

Compte tenu de la pénurie dramatique de médecins généralistes et les problématiques d'accès à des soins de qualité que rencontre une part de plus en plus importante de la population surtout précarisée, la ministre devrait se réjouir de ce type de démarche plutôt que de vouloir y mettre fin. La société dans son ensemble ne peut que remercier ces structures qui prennent des risques financiers pour tenter de résoudre un problème important.

- **Enfin, la ministre s'inquiète des liens financiers entre une maison médicale et un centre d'accueil pour phoques !**

Il faut admettre qu'elle n'est pas aidée par un rapport d'audit particulièrement opaque sur certains points et qui, au sujet des sources de financement des maisons médicales, mélange allégrement primes, subsides et factures adressées aux clients. Ainsi donc, une maison médicale ostendaise qui facture à un centre d'accueil pour phoques les soins procurés aux travailleurs saisonniers qui y séjournent, devient problème digne d'être évoqué au parlement... A nouveau où est le problème ?

5. Conclusions :

Le problème n'est-il pas une posture principalement idéologique doublée d'une totale méconnaissance du secteur ?

Comment expliquer autrement que les demandes de rencontre de la part des acteurs du secteur restent, nous disent-ils, sans réponse depuis octobre 2016 ?

Le problème n'est-il pas le refus du cabinet de prendre en considération les conclusions d'études sérieuses menées à la fois par le KCE en 2008 et l'agence intermutualiste en 2017 ?

Oser prétendre que les économies générées en seconde ligne par le modèle forfaitaire sont dues à l'âge des patients, alors qu'il s'agit d'études de cohortes appariées pour toute une série de variables dont bien évidemment l'âge, c'est faire preuve d'une intolérable mauvaise foi ou d'une inquiétante incompétence statistique.

Sur un sujet aussi important qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité pour plus de 300.000 patients et l'emploi de plus de 2000 travailleurs, il n'est pas tolérable que la ministre promette des mesures « correctrices » qui s'appuient sur des informations inexactes.

Comme il ne serait pas acceptable que le cabinet cherche à légitimer des décisions prises de longue date en instrumentalisant à la fois l'audit et le groupe travail qui lui fait suite.

Madame Deblock avait affirmé en début de mandat vouloir faire de l'Evidence Based Medicine, le fil conducteur de son action. Sur le sujet des maisons médicales, le fil conducteur est en tout cas plutôt l'Ideology Based Policy.