



MAISONS MÉDICALES AU FORFAIT :

COMMENT LES PATIENTS PERÇOIVENT-ILS CE MODE DE FINANCEMENT?

Analyse qualitative par groupes focalisés de patients au sein de Maisons Médicales de la Fédération des Maisons médicales.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Année 2019-2020

Barbara Delgrange
3e Master Complémentaire
Médecine Générale
Promoteur: Dr Hubert Jamart

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier mon promoteur, le Dr Hubert Jamart, pour ses conseils avisés, mais jamais directifs, et sa fiabilité, même en temps de crise. Ses relectures et ses commentaires ont toujours été précis et m'ont poussée à rechercher la rigueur et à approfondir ma réflexion.

Merci à mon compagnon, Sylvain Leclercq, d'avoir autant de constance dans sa générosité et sa patience. En tant que médecin travaillant vertueusement à l'acte, il m'incite à rester consensuelle. Sybille, je ne saurai jamais te remercier assez pour tes lectures joyeusement critiques et ton intelligence pratique qui n'a d'égale que celle de ton homme,

David à qui je dois l'apport d'une approche méthodique des tableaux et schémas. Merci aux maisons médicales pour leur participation, en particulier aux accueillantes avec qui j'ai été en contact, pour l'immense travail que consiste l'appel des patients.

Je remercie également Olivia Caller, Nicolas Pierre et Laura Darchambaud pour le contact précieux qu'ils représentent au sein des maisons médicales.

Merci à mon père, Xavier Delgrange, et à ma sœur, Pauline Delgrange, pour vos apports d'une vision sociologique et juridique de la problématique et pour votre sens exacerbé de la rédaction et de la recherche, quel qu'en soit le domaine.

Qui d'autre que ma mère, Pascale Dierckx, pour apporter tant d'enthousiasme et une aide toujours précieuse et disponible en orthographe ?

Il y a bien sûr aussi Catherine Catinus et Jeanne Scarmure, qui sont depuis toujours d'aussi parfaits et stimulants compagnons de travail.

Il me faut également remercier la Maison médicale La Brèche pour sa participation directe et indirecte à ce travail, m'ayant offert le temps, l'encre et le papier nécessaire à sa réalisation.

Merci à la Fédération des Maisons Médicales pour son apport de source et son travail remarquable qui participe à donner de si bons résultats à cette étude.

Je ne peux pas non plus oublier Noémie Favart dont les talents en communication graphique et les conseils couleurs ont permis de clarifier un peu mes images, ni tous mes autres relecteurs attentifs : Laura Darchambaud, Olivia Caller, Alizée Lhoest et Marie Marganne.

À la mémoire de mon grand-père, qui fut un interniste frustré par la rémunération à l'acte et qui a cherché à remédier à ses effets qu'il estimait délétères au sein de son service. Enfin et surtout, merci à tous d'être aussi nombreux à devoir être remerciés.

1 TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	r
2 Résumé	iii
3 Abréviations	iv
4 Introduction.....	1
5 Notions théoriques et recherche de littérature.....	2
5.1 Méthodologie de la recherche de littérature	2
5.2 Résultats de la recherche de littérature.....	2
5.2.1 Recherche 1 : Les différents modèles de financement dans le monde avec un accent particulier sur la Belgique.	2
5.2.2 Recherche 2 : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins.....	3
5.2.3 Recherche 3 : Impact du mode de financement du soignant et du TM sur le comportement du patient et l'accessibilités des soins.	3
5.3 Modèles de financement des soins, forfait ailleurs et en Belgique.....	4
5.3.1 Le financement à l'acte.....	4
5.3.2 Le salariat	4
5.3.3 Le forfait à la capitation	5
5.3.4 Le financement à la performance	5
5.3.5 Capitation dans le monde : préambule au fonctionnement sanitaire des pays où la capitation a été étudiée	6
5.3.6 Les particularités de la capitation en Belgique	7
6 Méthode : étude qualitative - Groupes focalisés.....	9
6.1 Comité d'éthique	9
6.2 Population cible et mode de sélection.....	9
6.2.1 Sélection des maisons médicales.....	9
6.2.2 Sélection des patients.....	10
6.3 Guide d'entretien.....	10
6.4 Caractéristiques analysées sur la population	11
6.5 Organisation des groupes focalisés et méthode d'analyse des données.....	11
7 Résultats	12
7.1 Echantillons et déroulement des groupes focalisés.....	12
7.1.1 Les Maisons Médicales.....	12
7.1.2 Les patients	12
7.2 Analyse des données qualitatives	13
7.2.1 Les craintes et appréhensions des patients face aux soins de santé [II]	14

7.2.2	Quelle est la réponse apportée par le forfait par rapport à ces craintes ?	15
7.2.3	Des attentes à la réalité : Une satisfaction générale avec quelques déceptions mais aussi des attentes pour l'avenir.....	23
8	Discussion.....	26
8.1	La satisfaction des patients	26
8.1.1	Les attentes des patients par rapport aux soins et la réponse que donne le forfait 26	
8.1.2	Un seul lieu et une continuité des soins : des éléments plutôt liés aux pratiques de groupe 27	
8.1.3	La question de la confiance.....	28
8.1.4	La question du contrat et les aspects pratiques du système	28
8.1.5	Des envies et perspectives	29
8.2	Impact de la rémunération sur le comportement des médecins et la qualité des soins 29	
8.2.1	Un apport de temps, la durée des consultations	31
8.2.2	L'implication et la motivation des soignants	31
8.2.3	Qualité des soins et interdisciplinarité	32
8.2.4	La question de la satisfaction des soignants	33
8.2.5	Le comportement des médecins : des influences multiples	34
8.3	Impact de la participation financière des patients sur leur comportement et l'accessibilité des soins	34
8.3.1	De la gratuité aux soins comme priorité	35
8.3.2	L'équité dans le soin.....	36
8.3.3	L'absence de TM et ses risques éventuels : la fréquence des consultations.....	37
9	Limites & perspectives	38
10	Conclusion.....	39
11	Bibliographie	I
12	Annexes	V

2 RÉSUMÉ

Introduction. Bien que des études aient permis de répondre aux critiques quant à la viabilité financière et la qualité des soins prodigués au forfait, des débats persistent à propos de la gratuité et la surconsommation de soins, l'effet sur le comportement des soignants et la liberté du patient de choisir son soignant. En outre, si on s'efforce de favoriser l'autonomisation du patient, l'avis de celui-ci sur le fonctionnement du système de santé n'est presque jamais sondé. Cette étude a donc tâché d'analyser la perception des patients du forfait.

Méthode. Une étude qualitative a été réalisée via des groupes focalisés de patients au sein de Maisons Médicales wallonnes et bruxelloises de la Fédération des Maisons Médicales.

Résultats. Les patients sont satisfaits de la prise en charge au forfait, cela avait déjà été démontré, mais ne différencient pas toujours les effets du forfait de ceux d'autres influences comme celle des pratiques de groupe et nous les avons donc distingués par la suite. Plusieurs craintes sont énoncées par les patients face aux soins de santé : l'inégalité d'accès, une certaine rentabilisation du soin se développant parfois à l'acte et la difficulté de trouver un bon médecin, pour le long terme, assurant la continuité des soins. Le forfait semble répondre à une partie de leurs craintes car les patients expriment les impressions suivantes : une meilleure écoute, grâce au temps octroyé en consultation, de la confiance en la maison médicale, de la bienveillance de la part des soignants et un lieu rassurant. Certaines réserves ressortent cependant, principalement par rapport à la limitation aux soignants de la maison médicale. Ils espèrent, enfin, voir le nombre de maisons médicales et de disciplines qui y sont intégrées augmenter à l'avenir.

Conclusion. La satisfaction des patients est en partie liée au financement forfaitaire, mais également à des facteurs communs aux pratiques de groupe et à l'éthique de travail des soignants. En effet, le temps plus long octroyé en consultation et la confiance accordée à son médecin seraient peu liés au financement forfaitaire. Toutefois, l'accès aux soins et la gratuité, rendant le système plus équitable et la relation de soin plus saine, seraient plus directement favorisés par le forfait, tout comme la prévention et le travail en équipe. De nouvelles études de ce type devraient s'axer sur les différentes disciplines et les autres types de structures forfaitaires afin de vérifier si ces résultats sont généralisables et de mieux comprendre ce qui fait la réussite du système actuel.

Mots-clés : satisfaction du patient, perception du patient, capitation, forfait, maison médicale, médecine générale, accessibilité

Indexation par Q-Codes (1) : satisfaction et autonomie du patient (QP-41, QP-43), accessibilité (QP-21), étude qualitative (QR-31), gestion de la pratique (QS-11), médecin de famille (QS-41).

3 ABREVIATIONS

AIM = Agence Inter-Mutualiste

ASBL = Association Sans But Lucratif

ASI = Association de Santé Intégrée

BIM = Bénéficiaire d'Intervention Majorée

DMG = Dossier Médicale Global

FMM = Fédération des Maisons Médicales

GF = Groupe Focalisé

HMO = Health Maintenance Organizations

INAMI = Institut national d'assurance maladie-invalidité

IWEPS = Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique

KPMG = Klynveld Peat Marwick Goedeler, réseau international de cabinets d'audit qui a été désigné par la ministre Maggie de Block pour réaliser l'audit des maisons médicales.

MCO = Managed Care Organizations

MeSH = Medical Subjects Headings)

MG = Médecin Généraliste ou médecine générale

MKI = Médecin Kiné Infirmier

MM = Maison médicale

PCMH = Patient-centred Medical Homes

PPO = Preferred Providers Organizations

TFE = Travail de Fin d'Etudes

TM = Ticket modérateur

4 INTRODUCTION

Après avoir travaillé comme stagiaire en milieu hospitalier et auprès de médecins généralistes (MG) à l'acte, voilà bientôt deux ans que je travaille en maison médicale (MM) au forfait. Ce changement de système a été pour moi une révélation. La disparition de tout aspect financier dans ma relation avec les patients la rend plus sereine. Par ailleurs, les objectifs déclarés du système sont davantage en adéquation avec mes valeurs : ils promeuvent l'accessibilité des soins, la prévention et la prise en charge globale du patient.

Dans ce contexte, j'ai souhaité me pencher sur les réticences et critiques dont ce système fait l'objet. Deux récentes études belges (2,3) ont permis de répondre aux critiques quant à la viabilité financière et à la qualité des soins prodigués au forfait. Cependant, on relève encore plusieurs points de débats : la question de la surconsommation de soins, corolaire de l'augmentation de leur accessibilité ; l'influence du mode de rémunération sur le comportement du soignant et les possibles dérives qui en découlent ; la liberté du patient de choisir son soignant, si importante dans le système de santé belge. Nous discuterons de ces trois aspects via une étude de la littérature belge et internationale. Elle sera enrichie par une enquête de terrain que j'ai menée auprès des patients au moyen de groupes focalisés (GF).

La médecine évoluant vers une autonomisation du patient, l'avis de celui-ci sur sa prise en charge devient essentiel ; le patient est acteur de sa santé et il faut pouvoir l'intégrer dans les discussions sur les politiques de santé. La Fondation Roi Baudouin publiait en 2008 une recherche d'ampleur sur l'importance de la participation des patients aux politiques de santé. Il en ressort que cette participation améliore l'adéquation entre les soins et les besoins du patient, améliore la relation de soins, accroît l'implication du patient, le responsabilise par rapport à sa santé et augmente sa capacité d'intervention (4). Il est pourtant regrettable de constater que lors de l'évaluation de systèmes de soins l'avis du principal concerné n'est jamais sondé.

Au vu du manque de littérature sur cet aspect précis, les études discutées dans ce travail porteront davantage sur le comportement des soignants et des patients selon les modèles de soins de santé. Notons qu'une étude a déjà analysé *quantitativement* la différence de satisfaction entre des patients en MM à l'acte et au forfait. Elle n'a pas montré de différence significative, de ce point de vue entre les deux types de pratiques (5). On sait donc que les patients sont satisfaits, mais une approche *qualitative* permettrait de prendre en compte leur avis sur les grandes questions que pose le forfait et d'explorer de nouvelles interrogations insoupçonnées. En effet, l'extension du système forfaitaire rend nécessaire une meilleure compréhension des raisons de son succès.

5 NOTIONS THÉORIQUES ET RECHERCHE DE LITTÉRATURE

5.1 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE

La littérature scientifique n'apporte pas directement de réponse à la question qui fait l'objet de cette étude, à savoir comment les patients fréquentant des MM au forfait perçoivent ce mode de financement. J'ai dès lors axé ma recherche sur trois points : 1/ Les différents modèles de financement dans le monde avec un accent particulier sur la Belgique. 2/ L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins. 3/ L'impact du mode de financement du soignant et du ticket modérateur (TM) sur le comportement du patient et l'accessibilités des soins.

Très peu de mots-clés étaient proposés par le MeSH et beaucoup ont dû être proposés spontanément. Les recherches ont été réalisées par association de ceux-ci en sélectionnant les articles publiés entre 1990 et 2020 et en privilégiant les revues de littératures, sur moteurs de recherche suivants : Pubmed, Le Cairn, CDLH, Cochrane Library et Google Scholar

Tableau 1 : Mots-clés recherchés (Equations de recherche en annexe 1 et 2).

Mots-clés	Synonymes	Traductions anglaises
Médecine générale	Première ligne, (médecin)	Primary care, general practice
Forfait	Mode de rémunération, mode de financement, système de santé, capitation	Payment method, financial mode, remuneration, system, capitation fee
Satisfaction des patients	Satisfaction malade, avis patient, perception du patient, comportement patient	Patient satisfaction, patient preference, comportement patient, patient behavior(u)r, influence patient
Renoncement aux soins	Report de soins	Postponent of care, renouncing care
Ticket modérateur		User fee, Co-payment, health care policy, financial participation

5.2 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE

5.2.1 Recherche 1 : Les différents modèles de financement dans le monde avec un accent particulier sur la Belgique.

Les sources concernant cette partie sont essentiellement issues de recherches ciblées en fonction des besoins, de publications bien connues dans le domaine ou de données fournies par la Fédération des Maisons Médicales (FMM).

5.2.2 Recherche 2 : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins.

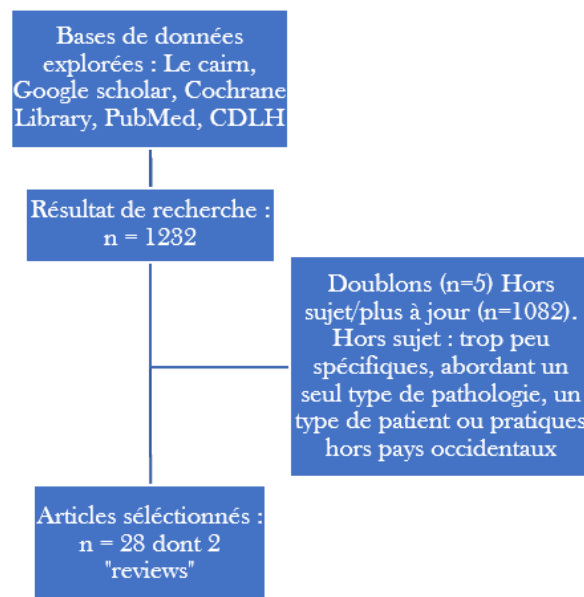


Figure 1 : Résultats de la recherche 2 (détails en annexe 4)

5.2.3 Recherche 3 : Impact du mode de financement du soignant et du TM sur le comportement du patient et l'accessibilité des soins.

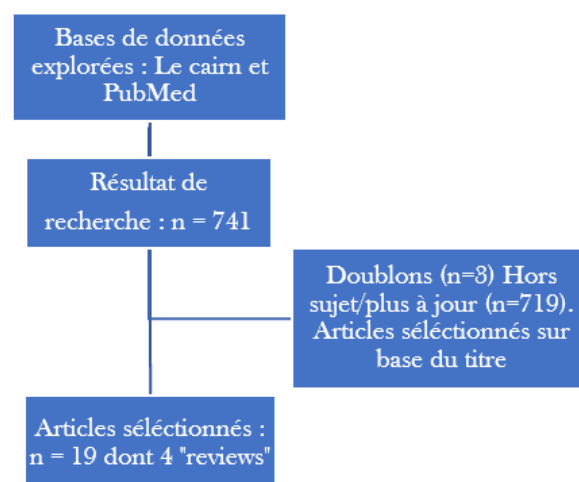


Figure 2 : Résultats de la recherche 3 (détails en annexe 5)

Les recherches concernant la satisfaction ou le comportement des patients en fonction du mode de financement n'ont donné que très peu de résultats (6 articles au total). Le TM et l'impact du paiement des patients sont bien plus étudiés. Énormément d'études récentes sur le « user fee » concernent les pays d'Afrique et d'Asie, à faibles revenus. Peu sont extrapolables au contexte belge, mais certaines ont cependant été retenues. Il ne s'agit pas d'une recherche exhaustive sur le sujet.

5.3 MODÈLES DE FINANCEMENT DES SOINS, FORFAIT AILLEURS ET EN BELGIQUE

Aujourd'hui, il existe essentiellement 4 modes de financement des soins de santé : l'acte, le salariat, la capitation et le financement à la performance. Beaucoup de pays ont mis en application un mélange de ceux-ci. Nous commencerons par les définir et mettre en avant les effets théoriques de chaque mode de financement et les particularités du système belge, alors que les comportements effectifs des médecins seront développés dans la discussion.

5.3.1 Le financement à l'acte

Lorsqu'il travaille à l'acte, le médecin perçoit une rémunération en fonction du nombre de consultations et d'actes qu'il effectue. Cette rémunération est définie par une nomenclature. Le médecin a donc intérêt, pour gagner plus, à voir le patient le plus souvent possible et à multiplier les actes quantifiables. D'un point de vue économique, l'un des aspects intéressants de ce système est qu'il augmente la productivité des médecins. Cet effet est surtout positif dans un contexte de pénurie du corps médical. On observe que les médecins travaillant à l'acte ont tendance à augmenter leur temps de travail (6). Hors contexte de pénurie, ce système recèle une tendance inflationniste, génératrice d'une surproduction de soins. En effet, on observe un corolaire entre le nombre de médecins sur une zone et le nombre d'actes générés par patient (7).

Par ailleurs, ce système favorise les actes ponctuels et non la continuité des soins. La nomenclature de l'acte actuellement établie par l'INAMI ne comprend que du curatif et n'encourage ni la prévention ni la prise en charge psychosociale (8). L'instauration de projets communautaires, de réunions de coordination et de campagnes de prévention est très compliquée dans une pratique à l'acte puisqu'on ne rémunère que le face à face entre le médecin et son patient. Notons qu'il existe malgré tout des initiatives telles les Consultations Oncologiques Multidisciplinaires (COM) ou des réunions de concertation au chevet du patient dans le cadre des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), mais cela reste très ponctuel.

5.3.2 Le salariat

Il s'agit d'un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité du travail et de l'activité pendant cette période. On retrouve notamment ce mode de financement dans les systèmes de santé de type Beveridgien, comme au Royaume-Uni et son « National Health System » (NHS). Ce modèle permet de déconnecter la rémunération de l'acte médical et donc de supprimer l'impact des décisions du médecin sur son revenu. On observe dans la plupart des études qu'il permet un allongement de la durée des consultations, probablement parce qu'il n'y a pas de pression de rentabilité (6,7,9). De ce fait, le salariat

favoriserait la qualité des soins d'après certains résultats (9). Il n'y a cependant pas d'incitation à l'effort et à la satisfaction du patient.

5.3.3 Le forfait à la capitation

Le forfait à la capitation est un mode de rémunération forfaitaire qui rémunère le médecin (ou les autres soignants) selon un montant fixe par patient inscrit à son cabinet pour une durée déterminée. Son revenu est donc indépendant du volume de soins fournis. Pour augmenter son profit, il a intérêt à voir ses patients le moins souvent possible. Ce système incite à soigner efficacement et à ne voir ses patients que lorsque cela est nécessaire (6). La littérature relève essentiellement quatre effets pervers possibles à la capitation :

- Lorsque le forfait ne comprend que les soins primaires, il peut inciter à un renvoi excessif en seconde ligne. Le médecin n'est en effet pas encouragé à traiter le plus possible par lui-même (6,10).

- La capitation peut engendrer des surprescriptions. Prescrire des examens et des médicaments permettrait de gagner du temps et de satisfaire son patient par peur qu'il ne se désinscrive (6).

- Il y a un risque de sélection de patients, c'est-à-dire que le médecin n'inscrive que les patients à faible risque afin de pouvoir élargir sa patientèle sans augmenter sa charge de travail. Ce risque est limité par l'existence d'un ajustement du forfait par rapport aux caractéristiques du patient (6).

- Il existe, enfin, un risque d'induire une sous-offre de soins, car le médecin aurait tendance à limiter le nombre de consultations. Ce risque peut être contrecarré par la gratuité des consultations qui augmente l'accessibilité et favorise donc la demande du patient (6,11).

La capitation introduit une concurrence absente dans le salariat. Le patient a le pouvoir de se désinscrire s'il n'est pas satisfait et cela a un impact sur le revenu du médecin. L'augmentation de rentabilité va donc se faire via une augmentation de l'efficacité (6). C'est, de plus, le système de soin qui incite le plus à la prévention. En effet, il favorise l'effet à long terme des soins (11). La capitation, contrairement à l'acte, favorise le travail en équipe, comme nous le développerons plus loin, l'autonomisation du patient et l'échelonnement des soins (ce qui permet des économies en deuxième ligne). Par ailleurs, elle encourage une meilleure tenue des dossiers centralisés et la continuité des soins (11,12).

5.3.4 Le financement à la performance

Souvent utilisé en plus d'un autre mode de financement, le paiement à la performance rémunère la poursuite de certains objectifs (par exemple l'utilisation du dossier informatisé en

Belgique). L'utilisation plus intensive de ce type de financement comporte le risque que le médecin ne donne des soins que dans le but d'atteindre des objectifs-cibles ou évite totalement de donner des soins s'il y a un risque de ne pas atteindre l'objectif. Nous ne développerons pas plus ce type de financement dans ce travail.

5.3.5 Capitation dans le monde : préambule au fonctionnement sanitaire des pays où la capitation a été étudiée

Au Royaume-Uni avant la réforme de 2012, la capitation était généralisée via les Primary Care Trusts (PCT) qui recevaient un budget global pour un certain nombre de patients et devaient, avec ce budget, financer les soins de première ligne (en général via un salariat), les médicaments, acheter les soins de seconde ligne auprès de prestataires locaux et se charger de la santé publique. Depuis la réforme Lansley, les PCT ont été remplacés par des clinical commission groups et la gestion se fait via un système plus libéral et moins centralisé (6,11,13).

Aux États-Unis il n'y a pas de sécurité sociale à proprement parler, c'est-à-dire organisée par l'État, les assurés le sont par des assurances privées contractées par les employeurs. Cependant, les personnes de plus de 65 ans ont accès à MEDICARE et les personnes en situation de précarité, à MEDICAID, qui offre des consultations gratuites. Afin de mieux maîtriser les coûts, les soins se sont organisés en Managed Care Organizations (MCO), qui permettent un contrôle sur l'accès aux soins secondaires, des incitations financières des soignants et un choix limité de praticiens. Les Health Maintenance Organizations (HMO) et les Preferred Providers Organizations (PPO) sont des modèles de MCO, ce sont des entreprises de santé organisant des soins de première ligne et réalisant des accords avec les hôpitaux et spécialistes. Les HMO sont initialement apparues dans le contexte de MEDICAID, au début des années septante, elles rémunèrent les médecins à la capitation, au salariat ou, plus rarement à l'acte. Dans le cadre des PPO, les patients ont plus de libertés, la rémunération des médecins est plus avantageuse et toujours à l'acte. Parmi les MCO, s'installent progressivement des centres de santé pluridisciplinaires favorisant une prise en charge intégrée et l'autonomisation des patients : les Patient-centred Medical Homes (PCMH) (12,14). L'ObamaCare a introduit un contrôle public sur ces assurances privées et a favorisé la couverture d'un plus grand nombre de patients.

Les Pays-Bas ont réformé leur système de santé en 2006. Avant, les MG bénéficiaient d'un paiement à la capitation pour les patients d'assurance publique et à l'acte pour les patients d'assurance privée. Depuis, un système combiné a été introduit pour les deux types d'assurance, supprimant cette différenciation et mélangeant de la capitation et de l'acte. Cette réforme a permis d'étudier l'influence du mode de financement sur le comportement des soignants (15).

5.3.6 Les particularités de la capitation en Belgique

5.3.6.1 Définition du forfait en Belgique

En Belgique, ce que l'on appelle « forfait » est en réalité un forfait à la capitation. Il est défini par le KPMG (2) comme suit : *par patient inscrit, les organismes assureurs versent aux dispensateurs de soins un montant mensuel fixe quel que soit le nombre de prestations de soins fournies. Le patient lui-même n'a plus de ticket modérateur (TM) à payer.* Le TM étant la part financière assumée par un assuré social, hors du remboursement de l'assurance maladie ; dans le cadre du forfait, les soins sont donc gratuits. Cependant, on peut juger qu'indirectement, le patient finance sa MM via sa mutuelle. Sont pris en charge dans le cadre du forfait tous les soins de première ligne dispensés par le MG, le kiné et l'infirmier. Si un patient inscrit consulte un dispensateur extérieur à la MM, ses honoraires sont pris en charge dans le cadre du forfait dans les cas suivants : s'ils sont dispensés en dehors d'un territoire géographique déterminé ou dans le cadre de la garde ; des soins de kiné ou infirmier qui sont prescrits et donc « sous-traités » par un médecin de la MM ou s'il y a accord de la MM pour que les soins soient dispensés par un autre prestataire. En dehors de ces cas, les frais sont entièrement à charge du patient. En Belgique, les médicaments, les consultations spécialisées et les actes techniques en première ligne ne font pas partie du forfait (2). Les différents soins qui sont « sous-traités » par la MM à d'autres soignants dépendent de chaque équipe et sont souvent proposés au cas par cas. La zone d'inscription permet à la MM d'être un acteur de soins de proximité, capable d'offrir des visites à domicile si nécessaire, mais cela participe également à la limitation des inscriptions.

5.3.6.2 D'où vient le forfait belge ?

Une grande singularité du système forfaitaire belge est qu'il n'est pas né d'un projet public, mais du tissu associatif qui a généré des centres de santé primaire. Par ailleurs il était multisectoriel depuis son introduction et de ce fait, il s'agit un système forfaitaire qui met l'accent sur la pluridisciplinarité. Ce sont des MM organisées en ASBL qui sont à l'initiative de l'instauration du système et leur but est de promouvoir le travail en équipe et l'accessibilité des soins. (11)

5.3.6.3 Particularités de la Fédération des Maisons Médicales

Ce TFE s'est concentré sur les patients inscrits dans des MM affiliées à la Fédération des Maisons Médicales. Il s'agit de la fédération regroupant le plus de MM, au forfait ou non, en Belgique francophone. Ce sont des ASBL qui fonctionnent en autogestion : la majorité de l'assemblée générale est composée des travailleurs de l'équipe de soins. Les soignants peuvent être indépendants ou salariés, mais ils sont toujours payés à l'heure et l'impact de la capitation est indirect puisqu'il constitue le revenu de l'ASBL. La fédération rassemble des soignants ayant une

certaine ambition commune de favoriser l'accessibilité des soins, l'autonomie du patient, la prise en charge interdisciplinaire, globale et équitable. Ceci, entre autres, avec des outils tels que la santé communautaire, la prévention et la promotion de la santé (16).

5.3.6.4 Qu'en est-il des critères de qualité objectifs ?

En 2017 l'Agence inter-mutualiste (AIM) réalisait une étude qui comparait le coût et la qualité des soins entre les deux systèmes de financement belges. Celle-ci a pu démontrer que si le système forfaitaire coûte deux fois plus cher en première ligne, l'intégralité de ce surcoût est largement compensée par des économies en deuxième ligne : le coût moyen total par patient et par an est identique quel que soit le mode de rémunération en première ligne. Ces économies se font essentiellement sur des hospitalisations, l'institutionnalisation des personnes âgées, la prescription de médicaments et la revalidation. Il semblerait donc que l'approche globale et intégrée à laquelle prétendent les pratiques forfaitaires porte ses fruits. Elle permet effectivement un meilleur échelonnement des soins, une prévention tertiaire (prévention des complications d'une pathologie) et quaternaire (prévention de la surmédicalisation). Ce sont là les enjeux de la prise en charge des maladies chroniques (3).

Les résultats dégagés par l'AIM tendent également à montrer une meilleure qualité des soins dans les pratiques forfaitaires, notamment en ce qui concerne la couverture vaccinale, la prescription raisonnable d'antibiotique et la prescription de médicaments génériques, meilleur marché. Les résultats sont aussi meilleurs en ce qui concerne le suivi des dépistages, des patients diabétiques et les prescriptions en santé mentale (3).

Une étude récente de l'IWEPS (mai 2019) s'est axée sur l'accessibilité des soins pour les personnes précaires en MM à l'acte et au forfait, ayant bénéficié d'un soutien qu'offre la région Wallonne aux Associations de Santé Intégrée (ASI). Cette étude montre d'abord que les MM au forfait drainent une patientèle particulièrement précarisée. Les MM à l'acte ont également une patientèle plus précaire que les structures à l'acte classique, mais dans une moindre mesure. Par ailleurs, les patients n'étant pas BIM sont significativement plus nombreux à avoir au moins un contact par an s'ils sont inscrits au forfait plutôt qu'à l'acte, et s'ils consultent, le nombre de contacts moyens par an est majoré. Cela pourrait indiquer que les patients non-BIM ont des difficultés d'accès aux soins à l'acte ou que les patients inscrits au forfait sont en moins bonne santé qu'à l'acte. Cette étude a démontré que l'augmentation d'accessibilité aux soins des ASI est due à de nombreux mécanismes développés par ces structures qui vont bien au-delà de la seule instauration d'un forfait, mais celui-ci pourrait toutefois favoriser leur mise en place. L'accès aux soins dépend en effet de nombreux éléments complexes que nous ne développerons pas ici (17).

6 MÉTHODE : ÉTUDE QUALITATIVE - GROUPES FOCALISÉS

L'objectif étant d'aller à la rencontre des patients et de comprendre au mieux leur perception d'un système de santé, le modèle du GF est apparu comme le plus approprié. Le but du GF est de faire ressortir les croyances et les attitudes qui sous-tendent les comportements des participants. Dans le cadre de ce travail, il nous a semblé particulièrement intéressant d'utiliser la dynamique de groupe afin que les patients puissent interagir et confronter leurs idées.

6.1 COMITÉ D'ÉTHIQUE

Un formulaire de consentement éclairé (en annexe 6), expliquant le contexte et les conditions de l'étude, a été signé par tous les patients. Une assurance responsabilité "même sans faute" a été contractée auprès de l'assureur de l'UCL, conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. L'expérimentation a été soumise à l'approbation du « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain », qui a émis un avis favorable le 4/12/2019 (enregistrement belge : B403201942292)

6.2 POPULATION CIBLE ET MODE DE SÉLECTION

6.2.1 Sélection des maisons médicales

L'ampleur de ce travail n'a pas permis de comparer les différents types de structures forfaitaires existant en Belgique, c'est pourquoi seules celles d'une fédération ont été prises en compte. L'observation des pratiques forfaitaires de la FMM suggère d'importantes différences de fonctionnement entre la Région bruxelloise et la Wallonie, notamment en termes d'utilisation des secteurs kiné et infirmier (2). Nous avons donc décidé de sélectionner des MM à Charleroi ainsi qu'à Bruxelles. Les MM de Médecine Pour Le Peuple sont partiellement intégrées dans la FMM mais ont un mode de fonctionnement à part, ce pourquoi elles ont également été exclues de l'étude. Par ailleurs, n'ayant pas participé à l'audit du KPMG, plusieurs notions tirées de cet audit ne peuvent être utilisées pour celle-ci.

Puisqu'il s'agissait d'entretiens abordant entre autres la satisfaction des patients, il nous a semblé préférable de ne pas contacter les MM dans lesquelles la modératrice avait travaillé afin de pouvoir interroger les patients en tant qu'intervenant extérieur et non comme soignante. Les MM ont donc été sélectionnées sur le site officiel de la FMM en respectant les critères suivants.

Tableau 2 : Critères de sélection des MM

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Financement au forfait	MM où la modératrice a travaillé /fait ses stages
Affiliation à la FMM	MM de Médecine Pour le Peuple
Localisation à Charleroi ou à Bruxelles	
Offre les 3 disciplines du forfait (MKI)	

6.2.2 Sélection des patients

Pour constituer les GF, les patients ont été sélectionnés de façon aléatoire afin d'obtenir une répartition la plus homogène possible entre anciens et nouveaux patients. La liste informatique des patients de chaque MM est organisée par numéro de dossier, correspondant à l'ordre d'inscription. La sélection d'une centaine de patients s'est opérée comme suit :

Nombre total de patients inscrits / 100 = X (arrondi vers le bas à un multiple de 5)

En suivant l'ordre donné par la liste, un patient sur X a été sélectionné, si ce patient ne répond pas aux critères d'inclusion, le patient suivant est sélectionné à sa place.

Tableau 3 : Critères de sélection de patients

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patients effectivement inscrits au forfait MKI	< 18 ans et > 80 ans
	AMU, Fedasil (hors forfait)
	Inscrits depuis < 1 an
	Pas de numéro de téléphone dans le dossier

Les sujets sélectionnés ont été ensuite contactés par téléphone via l'accueil de la MM.

6.3 GUIDE D'ENTRETIEN

Durant un GF d'environ 2 heures, différentes questions ont été posées aux patients afin d'alimenter le débat et d'aborder les différentes thématiques relevées par la recherche de littérature. En fonction des réponses, les sujets de débats ont été précisés, expliqués et la discussion réorientée par le modérateur. Les données relevées comprennent les informations suivantes (questionnaire complet en annexe 7) :

- Avantages et inconvénients du forfait perçus par les patients
- Notion de report de consultation liée au prix de celle-ci
- Notion de la liberté de choix du prestataire de soin
- Notion d'une influence sur la qualité ou le type de relation avec le soignant
- D'autres apports libres à la discussion de la part des patients

6.4 CARACTÉRISTIQUES ANALYSÉES SUR LA POPULATION

Tableau 4 : Caractéristiques relevées sur les patients et sur les MM

Caractéristiques relevées sur les patients (par écrit, de façon anonyme)	Caractéristiques retenues par rapport aux MM
Age	Localisation
Sexe	Taille de la patientèle
Durée d'inscription au forfait	Taille de l'équipe (MKI)
Assurabilité (BIM ou assuré ordinaire)	Délai d'instauration du forfait
Médecin référent ou non	Durée des consultations
Souvenir du contrat signé lors de leur inscription	Type de consultation
	Pratique du « médecin référent »

6.5 ORGANISATION DES GROUPE FOCALISÉS ET MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

La tenue des GF s'est effectuée en dehors des heures de travail afin d'être accessible à tous. Une durée de maximum 2 heures a été annoncée. Les entretiens se sont déroulés dans les locaux de la MM concernée afin d'être également accessibles géographiquement. La réponse à chaque question commence par un tour de parole puis le modérateur veille à ce que chacun puisse intervenir et exprime son expérience personnelle sans être interrompu ou jugé par les autres participants.

Les données ont été enregistrées et ensuite retranscrites avec l'aide du programme HappyScribe® (Happy Scribe Ltd., mise à jour du 3/5/19, Irlande). Chaque patient a été lié à un numéro, les informations récoltées à son sujet ainsi que son discours ont été liés à celui-ci. Les informations permettant leur identification ont été stockées sur un support séparé et indépendant avant d'être supprimées.

Après une retranscription mot-à-mot du GF, les discours des patients ont été analysés par la méthode de théorisation ancrée. Cette méthode permet, à partir de données brutes récoltées sur le terrain, d'identifier des patterns de sens pouvant donner une réponse à la question de recherche. Chaque intervention de patient, chaque phrase est codifiée par des étiquettes ; l'ensemble des étiquettes sont regroupées en catégories qui elles-mêmes, associées, permettent de construire des thèmes ou concepts. Cette méthode a la particularité de tirer toutes ses informations directement des données qualitatives récoltées et d'en déduire des hypothèses. Il ne s'agit donc pas de vérifier ou d'infirmer des hypothèses émises par le chercheur (18).

7 RÉSULTATS

7.1 ECHANTILLONS ET DÉROULEMENT DES GROUPES FOCALISÉS

Les groupes focalisés se sont déroulés entre le 29/02 et le 05/03/2020, dans les locaux des différentes MM. Ceux-ci ont duré respectivement 70, 45 et 90 minutes pour les MM A, B et C.

7.1.1 Les Maisons Médicales

La recherche effectuée sur le site officiel de la FMM a permis d'identifier 14 MM (5 à Charleroi, 9 à Bruxelles) correspondant aux critères de cette étude. Elles ont été contactées par mail, puis par téléphone. 3 ont pu participer dans les temps mais 6 étaient intéressées.

Tableau 4 : Caractéristiques MM

	A	B	C
Ville	Charleroi	Charleroi	Bruxelles
Nombre de patients	+/- 4000	+/- 2000	+/- 2000
MKI	7M 3 à 5K 4I	4M 2K 1.5I	5M 2K 1I
Au forfait depuis	+/- 30 ans	< 10 ans	< 10 ans
Durée des consultations M	15' ou 20'	20'	20'
Libre / sur rdv	Libre et rdv	Rdv	Rdv
Médecin référent	Autant que possible	Autant que possible	Autant que possible

7.1.2 Les patients

Tableau 5 : Sélection des patients (Détails des échantillons en annexe 8)

Nombre total de dossiers par MM		
A	B	C
4000	2000	2000
↓		
Nombre de dossiers retenus (proportion du total)		
159 (4.1%)	88 (4.2%)	120 (6.2%)
↓		
Patients ayant accepté de participer		
15	8 (+4)	10
↓		
Patients qui sont effectivement venus		
8	3	4

De la MM B, en plus des 8 sélectionnés aléatoirement, 4 patients ont entendu parler des GF et souhaité s'ajouter. Les échantillons de patients se caractérisent par un âge moyen de 59 ans (48-80 ans), dont 60% d'hommes. Leur inscription au forfait date de 14 ans en moyenne (de 2 à 30 ans), la plupart sont assurés ordinaires (2/15 sont BIM). Tous déclarent avoir un médecin référent. Un seul n'a pas souvenir d'avoir signé un contrat à l'inscription.

7.2 ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

Après avoir été intégralement retranscrits (GF A en annexe 9), les GF ont été analysés par la méthode de « théorisation ancrée » (18). Suite à une série de relectures permettant une familiarisation avec le discours des patients, chaque information émise a été codifiée par des étiquettes, phrase par phrase. En moyenne, 108 étiquettes ont été associées à chaque groupe (pour les MM A, B et C, respectivement 173, 88 et 152). Ces étiquettes sont regroupées en catégories pour mettre en évidence différents aspects du phénomène étudié, en respectant le sens strict de chacune. L'interprétation se fait dans les étapes suivantes. Une catégorie regroupe donc parfois plusieurs étiquettes, parfois une seule. 64 catégories ont été identifiées dans le premier GF, 12 et 27 supplémentaires ont pu être ajoutées par l'analyse des deux suivants. Ensuite, la mise en relation des catégories s'est faite de façon schématique et a permis de mettre en évidence des thèmes relatifs à une idée générale exprimée par les patients. 18 thèmes sont donc ressortis, ayant entre eux des relations complexes que nous expliquerons sous forme schématique. Les différents thèmes seront désignés par une numérotation entre crochets de [I] à [XVIII]. Ils ressortaient déjà tous du premier GF, ce qui suggère une quasi-saturation des données.

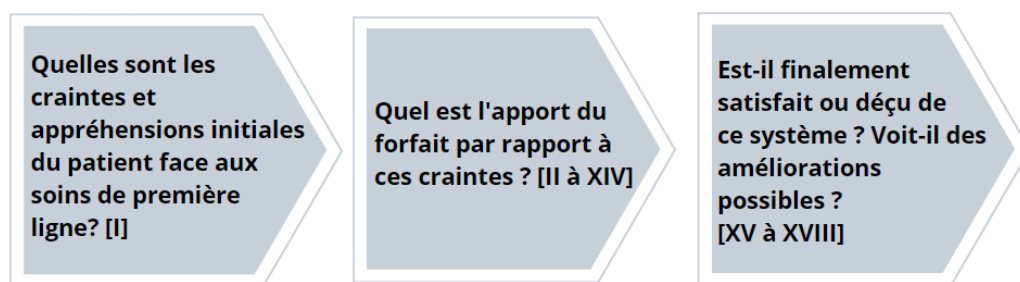


Figure 3 : Evolution de la réflexion du patient quant à sa prise en charge en première ligne

Tableau 6 : les 18 thèmes mis en évidence lors de l'analyse par théorisation ancrée

I	Craintes et appréhensions des patients	X	Une équipe de qualité
II	Un système qui offre le temps d'entrer en relation	XI	Tout est simplifié
III	Une confiance qui s'établit	XII	La disponibilité et la continuité des soins
IV	Un lieu rassurant, un ancrage fiable	XIII	Le respect du patient et des soins équitables
V	De la bienveillance et de la gentillesse	XIV	La priorité sur le soin et l'accessibilité
VI	Une grande implication des soignants	XV	La satisfaction générale du patient
VII	Des soins de qualité basés sur une prise en charge globale et interdisciplinaire	XVI	Un contrat contraignant mais flexible et clair
VIII	L'importance du médecin référent	XVII	Quelques déceptions mais non des moindres
IX	L'interdisciplinarité	XVIII	Envies et perspectives d'avenir.

7.2.1 Les craintes et appréhensions des patients face aux soins de santé [I]

Les patients interrogés expriment une grande difficulté à trouver un médecin de qualité. Ils insistent sur l'importance du temps qu'on leur accorde et la peur de ne pas se sentir écoutés. Le manque d'accueil pour recevoir correctement le patient attire également leur attention.

B3 : On n'était pas encore rentré [...] qu'il faisait déjà les papiers de remboursement !

A2 : Mon mari n'est pas inscrit ici, il trouve que ça va plus vite [chez son médecin]. Le médecin n'est pas assez à l'écoute parce que la salle d'attente est remplie

C2 : Il y avait un médecin, un expéditif. [...] On rentrait et « oui je suis pressé ». Il veut faire en 5 minutes, vous examiner, prescrire etc. [...] Vous lui dites quelque chose, il parle d'autre chose. [...] Ça c'était un centre médical. Là c'était payant hein !

B3 : Les patients attendent à la porte ! [...] Il n'y a pas de salle d'attente !

De nombreuses expériences mettent en exergue l'importance de la disponibilité du MG et de la continuité des soins.

A7 : Il fallait téléphoner, savoir qui était le médecin remplaçant, et parfois ce n'était pas la porte à côté. A3 : [...] ma fille, il faut qu'elle envoie un SMS pour avoir un rendez-vous. Et quand elle a un enfant qui est malade, [...] c'est deux jours après qu'elle reçoit.

Le changement de médecin traitant met le patient à l'épreuve, surtout dans le cadre du suivi psychologique. Changer de médecin c'est repartir de zéro, devoir raconter à nouveau toute son histoire et surtout, c'est une relation de confiance qui se brise.

B2 : Quand (mon ancien docteur) est parti et que (mon docteur actuel) est arrivé j'ai dû raconter mon histoire encore une fois. [...] J'ai dit « docteur ne partez pas ».

C2 : J'ai été déçu [...] j'ai été suivi par un médecin ici, j'étais très satisfait. Et puis au bout d'un an, il quitte la MM [...] J'ai été traumatisé par ce changement de médecin [...] c'est difficile un patient il doit toujours raconter la même chose. On a cassé mes traitements.

Un sentiment de méfiance se manifeste concernant certaines pratiques à l'acte où, pour eux, une forme de rentabilisation du soin se développe. A l'hôpital, beaucoup disent avoir été très bien soignés, mais certains ont le sentiment de passer beaucoup d'examens parfois inutiles.

C3 : Une sorte de clientélisme qui s'installe et qui fait que pour un MG, c'est plus intéressant d'avoir des clients qui reviennent régulièrement et qui lui rapportent de l'argent.

C1 : Une pression de rentabilité des médecins qui « je dois payer ma pratique, mon cabinet et donc je dois avoir autant de patients par mois, construire ma clientèle... ».

A7 : Les hôpitaux [...] c'est devenu des usines à fric. On vous donne des cachets pour rien, on passe des examens pour rien. En définitive ils n'ont pas cerné le problème.

A3 : *J'ai passé six heures aux urgences pour faire [...] des prises de sang, des radios, tout le bataclan [...] Pour me dire « prenez un Dafalgan et voyez avec votre médecin. »*

Les patients se disent ignorants pour juger le comportement de leurs médecins et suivent donc scrupuleusement leurs indications. Peu suspectent les médecins à l'acte de multiplier les consultations pour gagner plus. Certaines expériences avec des médecins spécialistes génèrent toutefois cette suspicion.

A5 : *Si je vais à l'examen et qu'il donne des résultats et que je fais un autre examen, je me dis voilà... Il sait ce qu'il fait. Vous vous posez peut-être des questions plus tard.*

B1 : *Moi j'ai la blague pour le moment je crois qu'il me tire [...] j'y vais encore le début du mois prochain et après... Et en plus quand je vais à la visite, tout ce qu'il fait c'est... « tic tic, ordinateur » ! Il ne parle pas ! On lui pose une question, il ne répond pas.*

A3 : *Je dis au docteur, « je peux vous demander un renseignement ? ». [...] Et puis je lui demande « qu'est-ce que je vous dois ? » « Bah 800 francs et 500 francs pour le renseignement ». J'ai trouvé ça aberrant quoi, de se faire payer pour un renseignement.*

Enfin, les patients témoins pointent des inégalités en santé et se disent parfois jugés en fonction de leur niveau ou de leur aspect physique. En milieu hospitalier, les soins seraient parfois de qualité variable selon le revenu.

A7 : *Vous voyez Maggie De Block qui débarque dans un hôpital, elle a 7 ou 8 qui déroule le tapis rouge, elle a 7 médecins, 14 infirmières au cas où [...] Vous vous arrivez... si malheureusement [...] je suis tombé il pleuvait il faisait tout boueux. Mais dans quel état je suis arrivé dans l'hôpital, c'est à peine si on ne m'a pas pris pour un clochard.*

C2 : *Il y avait des gens qui venaient avec la carte du CPAS, à l'accueil ils les refusaient. Combien de fois j'ai dit « madame [l'accueillante], écoutez, votre mari [le docteur] il a fait un serment, alors même si c'est gratuit, qu'il n'a pas d'agent, vous devez le faire passer. Il ne peut pas refuser un patient... ».*

7.2.2 Quelle est la réponse apportée par le forfait par rapport à ces craintes ?

S'agissant de leur prise en charge au forfait, les patients expriment les impressions suivantes : ils se sentent écoutés, pris en considération par le temps que les soignants leur consacrent [III], expriment de la confiance par rapport à la MM [III], ils sont rassurés par ce lieu [IV] et ressentent une grande bienveillance [V] de la part des soignants qui y travaillent. Chacune de ces impressions est liée à l'autre comme le démontre le schéma suivant. Tous ces éléments participent à favoriser leur satisfaction [XV].

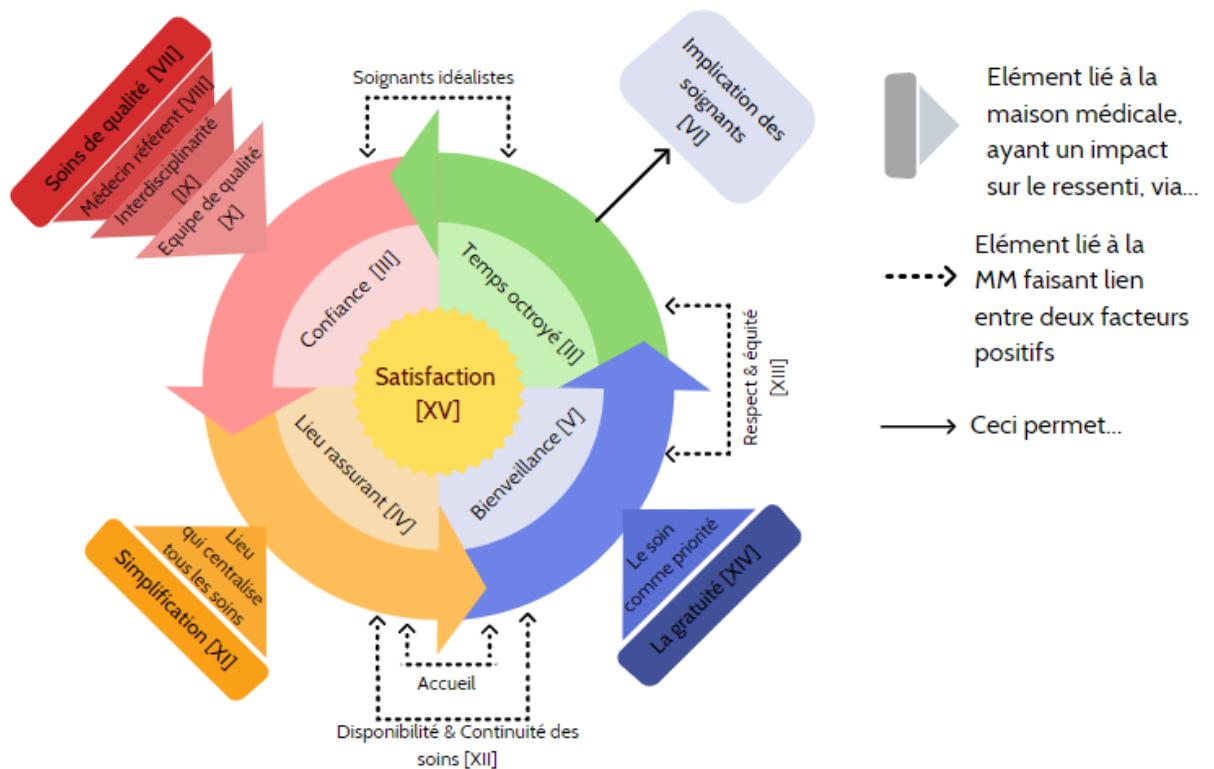


Figure 4 : Satisfaction des patients au forfait

7.2.2.1 Un système qui offre le temps d'entrer en relation

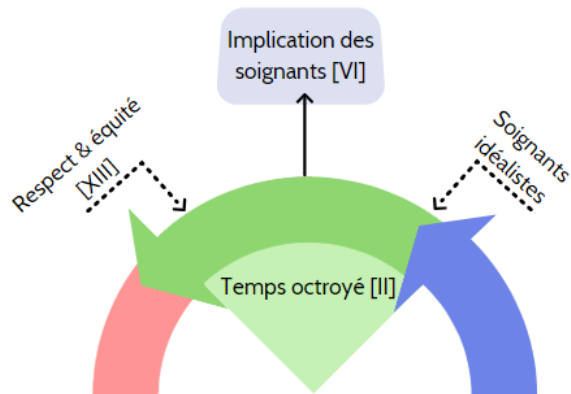


Figure 5 : Un système qui offre le temps d'entrer en relation

Les patients constatent que le forfait influe sur les intérêts du soignant. Il favorise l'écoute, le temps de consultation, le suivi en dehors de celles-ci et les discussions entre collègues [III]

C1 : *Le grand avantage, je pense, c'est que le médecin ne sera pas plus payé s'il prend 20 patients sur une journée que quand il en prend 15... Il peut respecter la durée de ses rendez-vous et [...] avoir non seulement l'entretien mécanique mais aussi être en relation avec le patient. [...]. Pour le patient, c'est agréable parce qu'il a l'impression que son médecin a du temps pour lui et ne doit pas vite, vite, encore voir...*

B3 : *A [notre ancienne MM] c'était le même aussi, ils prenaient leur temps.*

C3 : *Dans une MM ils ont beaucoup moins intérêt à ce que les gens se représentent régulièrement, ils vont faire plus d'efforts pour que la personne soit réellement soignée.*

Les patients décrivent des soignants particulièrement impliqués [VI] dans leur travail. Le fait qu'ils se concertent serait gage d'ouverture d'esprit et permettrait plus de remise en question. Limiter le nombre d'inscriptions à la MM, favoriserait également une prise en charge de qualité.

A2 : *Ici je trouve qu'on prend le temps, même quand la salle d'attente est remplie.*

A7 : *Il y a des médecins qui ont le feu sacré et font le métier par passion, et [...] il y a des fils à papa qui eux, sont devenus médecins [...] parce qu'ils peuvent se faire du pognon et ça, à la MM, je n'ai pas encore trouvé. [...] Plutôt que d'aller aux urgences [...] maintenant je viens ici, je vois d'abord un médecin, en urgence. Et ils le font sans problème.*

C1 : *Je pense que pour travailler dans une MM, comme médecin, comme infirmière ou comme kiné, on doit être un peu idéaliste quand même [...] moi ça m'inspire confiance, qu'il choisisse plutôt la qualité des soins que la quantité de soins. [...]*

A5 : *Elle était à l'hôpital et elle [la docteure] est venue la voir. Mais vraiment pour la voir, pas qu'elle passait [...]. Fin c'est bien je trouve d'aller voir ses patients [...] c'est rare...*

C3 : *Ils ont un certain nombre limité.* C2 : *oui, pour mieux gérer, pour mieux soigner...*

7.2.2.2 Des soins de qualité basés sur une prise en charge globale et interdisciplinaire

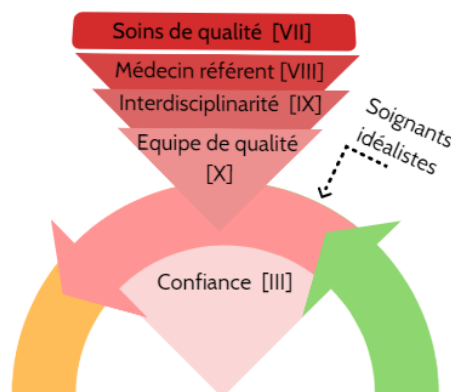


Figure 6 : Une confiance qui s'établit

Les patients trouvent la prise en charge plus holistique [VII], ils ont le sentiment que les médecins vont plus loin, se mettent à jour et confrontent leurs réflexions diagnostiques grâce à l'interactivité qui existe entre eux. Par exemple, les prescriptions seraient très réfléchies en ce qui concerne le prix, les effets secondaires et la compatibilité.

C1 : *Comme je travaille à l'hôpital j'ai une petite idée de ce que pourrait être la médecine purement libérale. Et je trouve qu'ici, c'est bien, c'est holistique. Je suis content.*

B3 : *Quand ils font une recherche pour un médicament, c'est plus approfondi, il me semble. Ils regardent s'il n'y a pas quelque chose de plus compatible ou [...] moins cher.*

C3 : *J'ai trouvé et je crois que c'est grâce au fait qu'ils sont plusieurs médecins [...] qu'il y a une concertation. [...] les médecins sont moins avec leur fonctionnement sur lequel ils se tiennent depuis des années. [...] la doctoresse que je consulte est vraiment très ouverte.*

Ils relèvent de la part de la MM une grande proactivité par rapport à la prévention.

A7 : *Ils vous devancent au niveau de la prévention. Au niveau des vaccins, des trucs pour le cancer du côlon.*

C3 : *Ils font plein d'efforts pour la prévention. [...]. Ils donnent des numéros de téléphone pour arrêter de fumer. Ils mettent des affiches pour des cours d'activité physique.*

C1 : *J'ai trouvé ça chouette, le médecin m'a questionné sur ma consommation d'alcool. Il n'y a jamais eu de médecin qui avait fait ça avant.*

Par ailleurs, les trois composantes suivantes semblent avoir un impact sur la qualité des soins : Le médecin référent [VIII], l'interdisciplinarité [IX] et une équipe de qualité [X]

7.2.2.2.1 Le médecin référent

Le médecin référent leur paraît essentiel. Il permet une meilleure prise en charge du patient, plus efficace, car il connaît ses problèmes [VIII]. Cela permet un suivi psychologique, des prescriptions plus adéquates et peut-être une prise en charge plus approfondie.

A7 : *Tout simplement parce que si vous voyez le même médecin, il a l'habitude de lire votre dossier, à force, il connaît vos défauts, il connaît vos problèmes.*

B2 : *Avec [mon docteur] je peux parler de tout, il ne me jugera jamais [...] il va me voir, il va savoir que ça ne va pas [...]. J'ai déjà eu un autre docteur, qui est très sympathique, il y a des choses que je ne vais pas lui dire [...]. Il [mon médecin référent] va faire tout son possible ; un médecin qui ne me connaît pas va dire « non je vous envoie à l'hôpital ».*

A2 : *[Mes enfants] elle sait comment les aborder. J'ai un grand qui a eu quelques problèmes [...] elle lui a parlé et ça m'a rassurée [...] je ne sais pas si je trouverais ça ailleurs.*

7.2.2.2.2 L'interdisciplinarité

Les réunions et discussions entre soignants paraissent favorisées par le forfait [IX].

A5 : *Et puis ils parlent entre eux [...] ça vous rassure aussi, vous savez que s'il n'est pas là [...] l'autre vous connaît aussi [...]. Et d'avoir ce dossier de vous avec toutes vos infos.*

A5 : *Le médecin qui est tout seul dans son cabinet, je ne suis pas sûr qu'il va revoir parfois les cas difficiles ou quoi. Il a ses patients et il pense au patient quand il vient [...] Ici, parfois ils me disent « on en a parlé ». Ils ne vous voient pas, ils parlent quand même de vous.*

La présence d'une équipe améliore la prise en charge, mais en situation de conflit la communication entre les soignants peut parfois mettre le patient dans un sentiment de persécution.

C2 : *C'est un avantage de se consulter, mais il y a certaines choses où c'est un désavantage pour le patient [...]. J'ai eu un accrochage avec un kiné, ça a été rapporté au médecin [...] finalement, j'ai laissé tomber mes 15 séances*

C1 : *Je pense que travailler en équipe peut être un désavantage si l'équipe devient persécutrice [...]. Ce n'est pas simple de former une équipe [...] garder tout le monde avec un focus sur ce patient [...]. Il y a un risque de vivre les conflits comme quelque chose de personnel [...]. Je me demande les outils qu'ont les équipes...*

7.2.2.2.3 Une équipe de qualité

Beaucoup de patients disent avoir confiance en tous les soignants de la MM [X]. Ils préfèrent aller à la MM plutôt qu'à l'hôpital, surtout parce que la prise en charge y est plus globale.

B1 : *On n'a jamais eu de problèmes, que ce soit avec une ou avec l'autre.*

A2 : *J'ai fait tous les hôpitaux [...] je vois le rhumatologue, il me dit « va chez un tel » [...] mais ça n'a pas été [...]. Ici j'ai été prise en charge mieux pour mon problème.*

B3 : *Oui mais le problème c'est qu'ici ils soignent tout. [...] à l'extérieur où ils ont une spécialité pour le bras ou [...] la jambe. Et ils ne savent pas faire la jambe et le bras !*

7.2.2.2.4 Une confiance qui s'établit

Ces trois indicateurs de qualité consolident chez les patients un sentiment de confiance qui s'est établi envers la MM et pas seulement vis-à-vis de leur médecin. [III]

A5 : *Il y a une certaine confiance qui s'établit [...] quand on fait appel aux médecins de garde [...] on revient 3 ou 4 jours après et on vient demander l'avis ici.* A6 : *On sait que les médecins ils nous connaissent et ils savent déjà [...]. « On va regarder, on va faire une prise de sang ou non », dans 99% des cas c'est correct. C'est pour ça qu'on a confiance.*

B2 : *On s'est inscrits pour une question de confiance entre le patient et le médecin.*

C4 : *Je fais confiance à la MM.*

7.2.2.3 Un lieu rassurant, un ancrage fiable

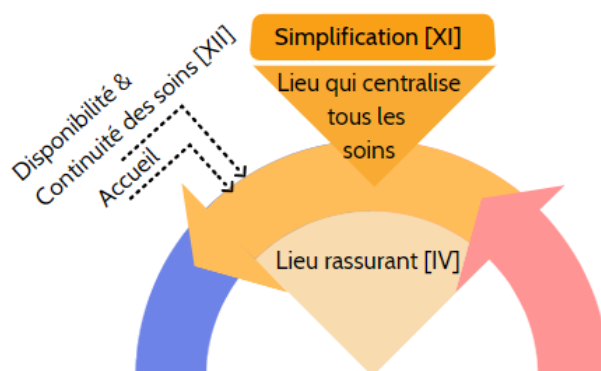


Figure 7 : Un lieu rassurant, un ancrage fiable

La MM est un lieu qui centralise tous les soins, ce qui rend les démarches plus simples. Elle offre des soins de qualité et une grande disponibilité pour les patients [IV]. Les soignants y sont bienveillants, l'accueil et la salle d'attente soignés, les enfants s'y sentent à l'aise.

A5 : *Tout était bien regroupé quoi. Tout était là. C'était facile.* A3 : *Ça viendrait à fermer, je ne sais pas comment je ferais. [...] Il y a des infirmières, des kinés.*

C1 : *Ça fait partie aussi de ma commune. [...] C'est un truc bien inséré.*

B1 : *Il y a le café papote tous les vendredis, [...] il y a plein d'activités hein...*

Le système du forfait est considéré comme pratique, facile [XI] alors que l'accès aux soins en dehors de la MM semble plus compliqué. La MM est le plus souvent proche du domicile des patients. Ils apprécient le fait de ne plus avoir à se soucier des aspects financiers de la consultation.

A5 : *La première chose qui m'est venue à l'esprit ce n'est pas une question d'argent, mais une question de facilité.* A8 : *Une fois qu'on est inscrits, il n'y a plus de problèmes.*

C1 : *Le forfait [...] en le vivant je trouve ça très facile et très bien.*

B1 : *Je n'ai que le chemin à traverser et voilà, je suis chez le médecin.*

A7 : *Un enfant malade, vous ne devez pas vous embêter à savoir si vous avez votre carte de banque [...] de l'argent, vous venez directement avec et [...] vous n'avez aucun souci.*

A2 : *C'est plus facile pour les ordonnances. Quand on a besoin d'un médicament qu'on a l'habitude de prendre, on téléphone et on l'a.* A1 : *Le système est vraiment bien fait, si on doit [...] appeler un médecin de garde. Tu payes et il suffit de leur donner la souche du médecin avec notre numéro de compte. Deux jours après on est remboursé.*

La MM permet une grande disponibilité, elle propose des horaires larges, des rendez-vous rapides, des urgences intercalées. Si le médecin habituel est absent, un autre le remplace. Le partage de dossier et la communication entre soignants assurent la continuité des soins [XII].

C1 : *[...] ce qui était bien c'était la continuité des soins parce qu'il y a une équipe. [...] Vraiment du lundi matin au vendredi soir, toutes les semaines de l'année, il y a des soins.*

C2 : *On est suivi par un médecin et toujours le même, mais évidemment, des fois... Il y a une urgence, on doit voir un médecin et il y a toujours quelqu'un sur place.*

B3 : *Si vous venez et que vous allez chez un collègue, il va en référer quand il revient.*

C3 : *Elle fait le compte rendu détaillé de tout ce qu'elle a fait [...]. Et quand j'ai vu l'autre médecin [...] elle savait déjà un tas de choses par rapport à mon dossier.*

7.2.2.4 De la bienveillance et de la gentillesse

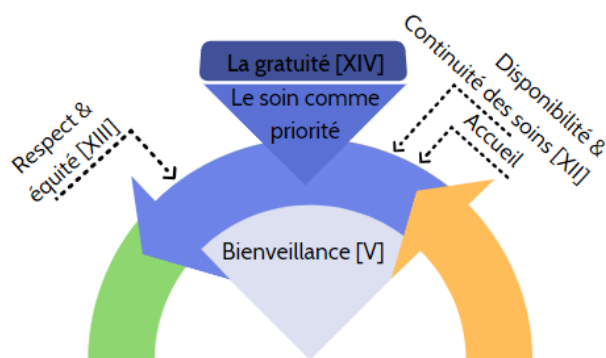


Figure 8 : De la bienveillance et de la gentillesse

Mis à part ceux de la MM C, les patients parlent d'accueillants disponibles, compréhensifs, qui libèrent du temps pour les soignants, et d'une équipe accueillante et bienveillante [V].

A6 : *Et quand même quelqu'un d'agréable. Je suis désolée mais quand on n'est pas bien et qu'on voit quelqu'un qui est déjà souriant, ça fait plaisir.*

B1 : *[Je suis là] pour la gentillesse. Aussi bien des médecins que des accueillantes...*

A5 : *Il y a des personnes qui font l'accueil, qui répondent au téléphone, tout ça, ça libère le médecin. [...] vous êtes plus écoutés mais justement, ils ont plus de temps pour ça.*

A1 : *Et à l'accueil ils sont chouettes aussi. Ils sont compréhensifs du patient.*

7.2.2.4.1 Le respect du patient et l'équité dans les soins

Les patients de la MM A décrivent la prise en charge comme égalitaire [XIII], ils s'y sentent à l'aise, non jugés. Cette notion ressort de façon plus indirecte des autres MM. S'ils entendent dire que les MM sont dédiées aux personnes démunies, que les soins sont de moins bonne qualité, ils le démentent catégoriquement. Beaucoup ne se sont pas inscrits pour des raisons financières et disent avoir les moyens de payer des consultations. Ils n'ont ressenti aucune sélection à l'inscription, si ce n'est sur base de la zone géographique. Enfin, sachant qu'ils payent indirectement, ils sont heureux que ces moyens bénéficient à d'autres si eux ne sont pas malades.

A7 : *Il n'y avait jamais le terme argent qui est... Que vous soyez pauvre, que vous soyez riche, tout le monde est au même niveau. Ce qui n'est pas le cas chez un médecin traditionnel ou [...] dans un Hôpital. [...] Ici il peut m'arriver n'importe quoi... Même si je suis plein de peinture parce que j'ai mis en couleur à la maison, ils s'en foutent royalement.*

A5 : *Quand je me suis inscrit, ils ne m'ont pas demandé si je travaillais ou pas [...]. Que je ne viens pas et qu'ils reçoivent mon forfait, eh bien si c'est pour l'accueil et que d'autres peuvent en profiter. Je préfère payer toute ma vie et ne pas venir une seule fois !*

A4 : *Il y a beaucoup de personnes qui disent « MM, médecin pas bon ». - A6 : oui parfois ils disent que c'est pour les gens démunis. - A3 : Ben franchement non.*

7.2.2.4.2 De la gratuité à un accès universel : la priorité est le soin

D'après certains, il serait fréquent que des patients aient du mal à s'acquitter du montant des consultations à l'acte si bien que l'accès aux soins aurait pour eux tendance à diminuer dernièrement. Le forfait leur paraît encourager les gens à se soigner, il évite à ceux ayant peu de moyens de devoir choisir entre une consultation médicale et d'autres dépenses de première nécessité. Enfin, la gratuité permettrait de ne pas cibler ceux qui sont dans le besoin, car, d'après l'un d'eux, ceux qui ont vraiment besoin d'aide n'en font pas la demande. Dans toutes les MM, on parle beaucoup de la gratuité [XIV].

A2 : Je suis accueillante d'enfants et je sais que c'est très difficile pour le moment pour les parents d'aller chez le médecin [...]. Malgré qu'ils soient remboursés après, il faut trouver l'argent et on sait que dans la région les gens ont de moins en moins l'accès aux soins [...]. La MM ça aide aussi à se dire : voilà mon enfant est malade, je vais vite chez le médecin. Quand on sait qu'on va payer ça retarde quand même les choses [...]. De plus en plus je vois des mamans qui trainent un petit peu avec les petits parce quand ils iront chez le médecin, il va dire « il faut attendre trois jours et revenir » donc ils disent « autant attendre les trois jours avant d'aller ». Et ça parfois ça craint [...] ils ne veulent pas payer deux fois. A la MM on ne pense pas à ça, on se dit « je vais aller chez le médecin », s'il n'a rien de grave, il va dire « revenez dans trois jours » et je reviendrai dans trois jours.

C4 : Moi ça va parce que bon, mes finances ne sont pas très... Hein ? [...] parce qu'aller chez un autre médecin tout ça.. Ici [...] tout s'arrange avec la mutuelle et je suis tranquille.

B3 : Même quand ils vont au pharmacien on voit bien que ces gens-là n'ont pas facile...

A5 : L'idée de ne pas payer [...] j'ai heureusement la chance de me dire « ok » [...] Pour ceux qui ont la chance de pouvoir venir sans se poser la question [...], c'est génial quoi !

C2 : Il y a des gens qui tombent malades, mais ils sont à court, c'est la fin du mois, il y a des chômeurs et des sans-abri, des gens qui vivent au jour le jour. À la MM ils ne pensent pas à l'argent. C'est un souci qui s'élimine [...]. Le forfait encourage les gens à se soigner.

B3 : On peut rembourser ceux qui le disent et qui n'y sont pas, mais ceux qui sont vraiment dans le besoin, on ne les verra pas, parce qu'il ne le dira pas...

Les patients remarquent avec étonnement que le prix des consultations n'est absolument pas corrélé à la qualité ressentie (leurs critères : durée, écoute, explications...) et pensent qu'ils préféreraient la MM même s'ils devaient payer.

A4 : On a tellement l'habitude de ne pas payer... Alors quand on voit un médecin qui sort le truc ça fait bizarre, mais c'est normal [...]. Après quand il demande 60 euros... ça fait encore plus bizarre, pour 10 minutes, 60 euros... »

A2 : *On a déjà eu des spécialistes qu'on a payés très cher et ce n'est pas pour ça que la consultation s'est passée comme on le voulait... Il n'y a pas eu d'écoute, il n'y a pas eu cette relation de confiance, limite on se dit qu'on va aller voir quelqu'un d'autre.*

B3 : *Mais des fois là ils ne nous écoutent pas, même payants !*

D'après un patient, le fait de ne pas payer le mettrait plus à l'aise dans sa relation de soins. Séparer la consultation du paiement leur paraît être plutôt une bonne chose.

C3 : *Si la mutuelle paye à la MM ou pas, on n'en sait rien. [...] Je ne crois pas que j'aurais eu ce feeling-là avec un médecin chez qui je devais à chaque fois sortir de l'argent...*

7.2.2.4.3 Une fréquence de consultations parfois majorée en faveur d'un meilleur suivi

Même si ce n'est pas le cas de ceux ayant largement les moyens, certains patients, pour qui le prix des consultations est un frein relatif, reconnaissent consulter un peu plus souvent la MM du fait de sa gratuité. Ils voient un avantage à consulter plus vite, pour établir un diagnostic et être soignés plus rapidement. Retarder la consultation impliquerait un risque d'aggravation.

A5 : *Quand je viens c'est parce que je sens que je dois venir. Après, derrière, qu'il faut payer ou pas encore une fois c'est parce que j'ai la chance de travailler, mais voilà.*

C3 : *Si je dis, je vais attendre un peu [...] ça va peut-être s'aggraver. Et donc, [...] il y aura même plus à payer, faudra peut-être plus de médicaments [...]. Il doit certainement y avoir des cas où on se dit « bon j'irai demain ». Et en fait [...] il fallait se soigner directement*

C4 : *[III] m'a dit donc que c'était gratuit. Et du fait que je n'ai pas des sous [...] et que j'ai des problèmes alors j'ai dit « bon, je vais aller voir » [...]. Je crois qu'il y en a qui abusent du système [...]. Il y en a certains qui vont presque toutes les semaines.*

B3 : *Même s'ils doivent payer [...] il y en a, pour un rien ils vont courir au médecin.*

7.2.3 Des attentes à la réalité : une satisfaction générale avec quelques déceptions, mais aussi des attentes pour l'avenir

Le forfait paraît répondre à une partie des craintes exprimées par les patients lors des GF. Ils s'y trouvent plus en accord avec leurs objectifs, la prise en charge serait meilleure [XV].

B2 : *Ils auraient dû instaurer les MM beaucoup plus tôt.*

B3 : *La seule chose à faire c'est qu'ils ne changent pas l'organisation !*

C3 : *Et bon, de toute façon, c'est mieux que n'importe où ailleurs.*

7.2.3.1 Un contrat contraignant mais pourtant flexible et clair

Certains se souviennent très bien du contrat signé à l'inscription, d'autres ne s'en souviennent pas précisément, mais estiment avoir eu des explications très claires à l'inscription [XVI].

B2 : *Dans le contrat il était stipulé qu'on s'engageait envers la MM à venir d'abord à la MM, de ne pas aller chez un autre MG. Donc c'est un forfait où on a des avantages mais ils demandent à ce qu'on soit honnête envers la MM.*

C3 : *Ce dont je me souviens c'est qu'on ne peut pas aller chez un autre médecin.*

L'obligation de choisir parmi les soignants de la MM a déjà posé problème à certains patients. Ce souci apparaît essentiellement quand le patient a besoin de soins spécialisés ou s'il connaît un kiné avant son inscription. L'un d'eux, suite à un désaccord avec l'un des soignants, disait s'être senti « coincé » par son contrat avec la MM. Mais la probabilité d'avoir une mésentente avec un soignant et qu'il n'y en ait pas d'autres disponibles semble assez faible en général.

A2 : *Elle n'était pas très contente à la MM qu'on lui ait imposé un kiné ici, alors qu'il y a un kiné spécialiste dans ce genre de problèmes.* A1 : *Avant on pouvait choisir son kiné. Je trouvais ça bien parce que [...] on sait quel kiné correspond mieux à quel truc.*

C2 : *Le forfait c'est quelque chose de très bien. À part évidemment, quand on va chez un infirmier et qu'il n'est pas à la hauteur, ou parce qu'on n'est pas content [...] Je ne peux pas aller ailleurs parce que je suis lié à un contrat. [...]. Quand il y a un petit souci, un désaccord [...]. C'est difficile, est-ce qu'on dit non, ou bien vous changez de MM, ou bien qu'est-ce que vous allez changer ? Qu'est-ce qu'il reste comme choix pour le patient ?*

C3 : *Si je devais retourner chez le kiné, que le kiné ne me plaît pas et que j'ai le choix qu'avec ce kiné-là, évidemment ça pourrait poser problème et je devrais changer de MM. Mais bon, a priori... C'est vraiment extrême quoi, c'est tiré par les cheveux.*

Certains, à l'inverse, estiment que la MM offre une grande flexibilité en ce qui concerne les soins extérieurs, dans les cas où ceux-ci sont spécialisés ou justifiés. Une hypothèse émise par une patiente est que la souplesse serait très variable d'un médecin à l'autre. Par ailleurs, puisque le contrat est résiliable à tout moment, le problème peut sembler relatif.

A1 : *Il faut insister, s'il y a un problème, ils préfèrent renvoyer. Je vais chez un kiné extérieur [...] c'est le docteur qui me l'a conseillé [...]. Tout dépend peut-être du médecin.*

A2 : *Mon fils étudie sur Louvain-la-Neuve et le docteur qui le suit lui a dit qu'il pouvait être remboursé parce qu'il n'a pas la possibilité de venir.*

C2 : *On peut aller ailleurs, mais avec leur accord. Il faut vraiment des raisons valables.*

C3 : *Et puis c'est aussi relatif. On peut sortir à peu près quand on veut.*

Le contrat atteste d'un payement indirect du patient envers la MM. Indirectement, il permet peut-être d'éviter certains effets néfastes de la gratuité (manque de respect, d'implication).

C1 : *Est-ce que ce n'est pas comme si je dois payer mon billet de la STIB, je prends la STIB plus au sérieux... Ce n'est pas tellement le fait de payer 20 ou 25 euros, mais le fait*

de devoir quelque chose qui fait que je me prends au jeu, je prends ma santé au sérieux et donc je fais plus attention à ce que je fais... Du coup c'est intéressant de voir le souvenir d'avoir signé le contrat parce que dans notre sub- ou inconscient dans qu'elle mesure c'est encore présent ? Cette idée que [...] je paye quand même, mais indirectement.

7.2.3.2 Quelques déceptions, mais non des moindres [XVII]

Les difficultés rencontrées, relevées dans la MM C, sont parfois liées au fonctionnement interne de la MM plutôt qu'au système (par exemple, la gestion des conflits). Alors que, comme on l'a vu, il est très compliqué pour un patient d'en changer, ils remarquent que les médecins de MM bougent beaucoup ou qu'il y a beaucoup de « débutants » qui utiliseraient le système pour se former. Enfin certains pensent que, bien qu'il y ait un progrès par rapport à ce qu'ils ont connu, le patient n'est pas encore assez considéré comme l'acteur principal de sa prise en charge

C2 : Dans une MM j'ai remarqué qu'il y a toujours des médecins débutants dans le domaine. Et évidemment ils sont très stricts [...]. Ce n'est pas normal qu'un médecin vienne passer son stage ici et puis parte après. C'est parce qu'on lui a offert un meilleur poste ?

C3 : Ça manque encore un peu de flexibilité [...]. Si le patient dit « je voudrais tel médicament » [...] le médecin il ne va jamais aller dans ce sens-là parce qu'il aura toujours le sentiment de se faire manipuler [...] j'ai cherché, j'ai trouvé et quelque part je devrais être pris plus au sérieux, dans le sens où c'est de moi qu'il s'agit [...]. C'est nous notre premier médecin [...] parce qu'on ne sait pas toujours mettre un mot ou définir ce qu'on ressent.

C2 : C'est l'attitude du médecin... il doit être aussi psychologue que généraliste... ça participe aussi à mieux soigner un patient, laisser le patient être acteur de ses soins. On peut toujours convaincre le patient [...] lui dire « voilà ça c'est mieux », ça c'est la psychologie.

7.2.3.3 Perspectives [XVIII]

Les patients interrogés verraient bien un élargissement des disciplines intégrées dans les MM et trouvent que le nombre de MM devrait continuer à augmenter afin que tous y aient accès.

A1 : Ce serait bien d'avoir aussi de l'acupuncture [...] ce n'est pas évident à trouver.

A5 : Ce ne sont pas vraiment des ostéopathes [...] pourquoi ne pas l'intégrer.

A3 : Il devait y avoir plus de MM. Des fois [...] le rayon est un peu limité...

C3 : Il y a de plus en plus de MM. C'est vrai qu'il n'y a pas assez, chaque fois, c'est saturé.

C3 : Très peu de temps avant de venir, je ne savais pas que ça existait.

Une question se pose : la rémunération des médecins au forfait est-elle assez motivante ?

C1 : Le désavantage, bien sûr, c'est quand on est médecin et qu'on veut devenir riche, il ne faut pas travailler en MM [...] si on a un cabinet privé, on peut devenir très riche...

8 DISCUSSION

Cette étude qualitative a permis d'analyser la perception que les patients ont du forfait par la réalisation de GF. De manière générale, on constate qu'à plusieurs niveaux, les patients sont satisfaits du système et l'approche qualitative permet d'en identifier les principales raisons. Notons que les patients interrogés ne distinguent pas toujours les avantages d'une pratique de groupe de ceux du forfait. Lors de la lecture de nos résultats, nous avons décidé d'accepter cette absence de distinction comme telle, puisqu'il s'agissait de décrire strictement leur perception. Nous tenterons cependant de discerner ces éléments non relatifs au forfait dans la discussion qui suit.

Une étude menée dans plusieurs pays européens a cherché à évaluer l'efficacité du système de soin du point de vue des patients. Il en ressort que l'évaluation de performance d'un système de soin basée sur la structure et le processus n'est pas corrélée à celle basée sur la perception des patients (19). Plusieurs publications aux États-Unis révèlent qu'énormément de patients ignorent comment sont rémunérés leurs soignants et la plupart voudraient en savoir plus (20,21). En voyant la participation des patients ici, et ce malgré le contexte lié aux circonstances d'épidémie de coronavirus, il nous semble que le sujet intéresse également nos patients belges.

8.1 LA SATISFACTION DES PATIENTS

Très peu d'articles abordent l'impact du coût des consultations sur la satisfaction des patients. Pourtant, la question de la qualité ressentie dans un contexte de gratuité ou de capitation peut faire débat. À titre d'illustration, une étude aux États-Unis en 1998 a montré que parmi les patients assurés par MEDICARE, les plus malades choisissaient préférentiellement un système à l'acte plutôt qu'à la capitation, probablement parce que la qualité ressentie y est meilleure (6,22). Cependant, cette observation ne semble pas extrapolable au contexte belge actuel, notamment au vu de l'analyse quantitative de la satisfaction des patients au forfait citée en introduction (5).

8.1.1 Les attentes des patients par rapport aux soins et la réponse que donne le forfait

Selon les patients interrogés, les critères d'évaluation d'un soignant se basent essentiellement sur la longueur de la consultation, l'écoute et les explications qu'il donne. Ils estiment difficile de trouver un « bon médecin » répondant à leurs attentes. L'étude européenne déjà citée qui se penchait sur l'adéquation du système de soins aux attentes des patients se basait effectivement sur ce type de notion : la capacité à assurer l'autonomie, le choix, une communication claire, la confidentialité, la dignité, la prise en charge efficace, la qualité des équipements de base et l'accès à un soutien familial et communautaire. Le temps consacré au patient semblait fortement améliorer la notion de « prise en charge efficace ». À noter que d'après cette étude, la Belgique fait

partie des seuls neuf pays (sur 32 pays inclus) qui ont un système de soins jugé « adéquat » (19).

Le paiement à la capitation et le salariat semblent, dans cette même étude, améliorer l'adéquation du système de soins aux attentes des patients en termes de communication, de prise en charge rapide et de respect de la dignité. De manière générale, des investissements plus importants dans les soins de santé sont corrélés à une meilleure réponse aux attentes. Par ailleurs, les auteurs recommandent la réalisation d'analyses qualitatives afin de se rendre compte de la manière dont différentes structures répondent aux attentes des patients, ce qui est justement l'objectif du présent travail (19).

Nos patients dénoncent un certain clientélisme ou une rentabilisation des soins qui se développeraient dans le système à l'acte. Se sentant incapables d'évaluer eux-mêmes si des soins sont réellement nécessaires, ils n'ont d'autre choix que de se fier à l'avis du médecin qui ressentirait possiblement, selon eux, une pression le poussant à se dépêcher et à prester. La prise en charge au forfait, au contraire, donnerait la possibilité au soignant de prendre le temps, d'être plus à l'écoute. L'impact de la supériorité de connaissance sur les relations sociales appelé « relation d'agence » permettrait à un expert de faire dépenser de l'argent à une personne ignorante. Elle a été abondamment étudiée, mais son existence en santé reste complexe à démontrer. Toutefois, nous avons vu plus haut que les pratiques à l'acte ont une tendance inflationniste (7,22).

8.1.2 Un seul lieu et une continuité des soins : des éléments plutôt liés aux pratiques de groupe

Comme nous l'avons vu, les patients souhaitent avoir un médecin qui les connaisse et construire avec lui une relation sur le long terme. Dans le même temps, ils aspirent à une disponibilité et une continuité quasi totale des soins. Cela est incompatible avec la transformation actuelle de la profession qui voit de nombreux médecins vouloir diminuer leur temps de travail. Une solution serait de transformer cette continuité unipersonnelle en une continuité "en équipe" dans le cadre d'une pratique de groupe en général et d'une MM en particulier (11). Notre étude tend à démontrer que la pratique de groupe a un impact positif sur la satisfaction des patients.

Durant les GF, de nombreuses interventions pointent le côté pratique de la MM : tous les soins sont centralisés dans un lieu unique, les horaires sont larges, les rendez-vous rapides et il y a toujours un médecin disponible pour assurer la continuité des soins. Ce sont là des avantages importants pour les patients, mais ils ne seront pas davantage développés ici puisqu'ils interfèrent avec ceux liés aux pratiques de groupe en général. Précisons que dans le contexte de pratiques de groupe, tout tend à montrer l'importance du médecin référent sur la satisfaction des patients, aussi bien dans la littérature que dans cette analyse-ci (5,23).

8.1.3 La question de la confiance

Parmi les principaux sentiments influençant la satisfaction révélés par les GF figure la confiance. Les patients de notre étude déclarent tous avoir confiance en leur médecin, en leur MM, en la qualité des soins dispensés et en toute l'équipe qui les suit.

D'après une étude américaine (en Géorgie, 1998) les patients accordent énormément de confiance à leur médecin traitant, surtout s'ils peuvent le choisir ou s'ils ont le même depuis longtemps. Les $\frac{3}{4}$ des patients interrogés se fiaient totalement à leur médecin et au fait qu'ils mettraient leurs besoins médicaux avant d'autres considérations. Le mode de rémunération ne semble pas avoir d'influence sur la confiance des patients dans cette étude. Notons que le système américain est difficilement comparable à celui de la Belgique puisque les médecins sont, dans le cadre des HMO, pris entre les intérêts des patients et ceux des assureurs avec qui ils ont un contrat. Bien que les patients soient inquiets à propos de certaines stratégies de paiement et des conflits d'intérêts, la perception qu'ils avaient du mode de rémunération de leur médecin n'avait pas d'impact sur la confiance qu'ils leur accordaient ; les effets du mode de financement sont minimes par rapport aux autres facteurs influençant leur confiance (21). Une autre étude dans le New England parvient pratiquement aux mêmes conclusions. La moitié des patients suivis à la capitation se disaient mal à l'aise par rapport à ce mode de financement, mais n'exprimaient pas pour autant moins de confiance en leur médecin traitant que les patients suivis à l'acte (20).

Les patients de notre étude n'expriment aucune crainte quant au mode de rémunération de leur soignant, mais il se peut que leur confiance dépende de facteurs indépendants des incitations financières, comme la durée de la relation qui s'est développée ou l'éthique du médecin.

8.1.4 La question du contrat et les aspects pratiques du système

À l'inscription au forfait, tout patient doit signer un contrat le liant à sa mutuelle et à sa MM. Cela l'engage à un suivi régulier au même endroit. C'est par ailleurs également l'objectif du DMG qui permet une fidélisation du patient auprès d'un MG particulier. Dans le cadre des GF, les patients ne rapportent aucune difficulté à s'adapter au système ni à en comprendre les règles. Ils apprécient la proximité de la MM par rapport à leur domicile. Ne plus devoir faire de transfert d'argent facilite leurs démarches. Qu'ils se souviennent ou non du contenu du contrat, ils estiment que les conditions leur ont été très clairement expliquées.

Conformément à l'article 6 de la loi relative aux droits des patients, « le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi ». Dans le contexte du forfait, certains s'inquiètent du respect de cette loi. En effet, une fois le patient inscrit (et il peut se désinscrire à tout moment), il est contraint à se contenter des soignants travaillant dans la MM. On peut cependant considérer,

d'une part, que le patient choisit l'ensemble de l'équipe lorsqu'il s'inscrit en MM, et d'autre part qu'il garde, le plus souvent, un choix parmi les différents soignants qui la composent. Ce type de choix trouve son équivalent, par exemple, dans un contexte opératoire : si le patient décide qui sera son chirurgien, il ne désigne ni son anesthésiste ni l'équipe infirmière de la salle d'opération.

Pour les patients interrogés, l'obligation de choisir parmi les soignants de la MM n'a que très rarement représenté un problème. Les patients ayant besoin de soins spécialisés se sont parfois vu proposer des soins extérieurs de façon très flexible, d'autres beaucoup moins. Il se peut que d'un soignant à l'autre ou d'une MM à l'autre, la flexibilité par rapport à cette éventualité varie. En cas de mésentente avec un soignant, la probabilité que le patient ne puisse pas être reçu par quelqu'un d'autre est faible, mais elle augmente dans les structures de plus petites tailles.

Pour conclure, il semblerait que les patients se sentent libres de résilier facilement le contrat et ne se trouvent donc pas privés de leur liberté de consulter. Par ailleurs, leur signature, geste symbolique de financement indirect et d'engagement envers la MM, permettrait d'éviter les effets néfastes de la gratuité (manque de respect, d'implication du patient dans sa prise en charge).

8.1.5 Des envies et perspectives

Les patients aimeraient pouvoir consulter des soignants de davantage de disciplines, comme l'acupuncture ou l'ostéopathie, dans leur MM. En outre, ils trouvent que le nombre de MM devrait continuer à croître afin d'augmenter leur accessibilité générale.

8.2 IMPACT DE LA RÉMUNÉRATION SUR LE COMPORTEMENT DES MÉDECINS ET LA QUALITÉ DES SOINS

Plusieurs études démontrent que le mode de rémunération du médecin influence son comportement. Ce comportement ayant un impact sur les dépenses de santé globales, cela fait de lui un acteur économique. Un des objectifs des décisions en politique de santé est donc de l'influencer pour diminuer le coût global, augmenter son efficacité, sa réactivité et la qualité de sa prise en charge (6,24). Une revue de la littérature de 2011 révèle que l'efficacité des incitants financiers n'est toujours pas clarifiée et que les études sont très difficiles à réaliser. Tant l'acte que le forfait à la capitation semblent être des modes de financement globalement efficaces (25).

Dans plusieurs pays, certains effets pervers théoriques de la capitation se vérifient dans la pratique : on y observe une tendance à l'augmentation des références en seconde ligne, aux surprescriptions ou sous-offres de soins. En revanche, la sélection de patients n'a pas été observée, probablement parce qu'elle est contrecarrée par l'introduction dans le montant du forfait d'une variable en fonction du risque du patient (6,9,10,26).

Il est très intéressant de voir que, en Belgique, les études sur les pratiques forfaitaires ont infirmé les effets pervers théoriques décrits dans la littérature. D'abord, le risque *de renvoi excessif* de patients vers la seconde ligne ne se vérifie pas. Au contraire, l'étude de l'AIM a permis de mettre en évidence que les MM au forfait permettent de faire des économies en seconde ligne. Ensuite, bien que la capitation introduise un risque de *sur-prescription* de facilité, on observe que les médecins travaillant dans ces MM prescrivent moins et mieux (plus de génériques, moins d'antibiotiques, etc.) et réalisent ainsi des économies sur les médicaments. De plus, les pratiques forfaitaires actuelles prennent en charge des patients en moyenne plus précaires que les pratiques à l'acte, car elles se sont délibérément installées dans des zones de précarité afin d'y favoriser l'accessibilité des soins. L'impact négatif de la précarité sur la santé n'étant plus à démontrer, la *sélection de patients* semble suivre une tendance inverse à celle anticipée par la théorie. Les patients interrogés dans notre étude n'ont d'ailleurs pas ressenti de sélection lors de leur inscription, si ce n'est sur la base de la zone d'inscription de la MM. Enfin, l'évaluation de la qualité objective des soins prodigués en MM que nous avons déjà abordée semble aller à l'encontre également du concept de *sous-offre de soins* (3,17).

Pourquoi les effets pervers de la capitation ne se retrouvent-ils pas en Belgique ? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. La capitation en Belgique, au sein de la FMM, se différencie de celle des autres pays par le fait que les médecins ne sont pas directement payés par ce système. En effet, qu'ils soient indépendants ou salariés, ils sont payés à l'heure et l'impact de la capitation est indirect. Cela pourrait influencer, notamment, la durée des consultations (1.2.1). Par ailleurs, on observe que les soignants travaillant dans les MM au forfait de la FMM ont une certaine éthique de travail, comme nous l'avons décrit dans le chapitre qui lui est consacré (4.3.6.3). Cela pourrait expliquer une différence d'impact des incitants financiers sur leur comportement. Nous l'aborderons au point 1.2.2 relatif à l'implication des soignants. Quant à la référence vers la seconde ligne, la littérature internationale observe qu'elle pourrait être limitée grâce à l'introduction d'une part de financement à l'acte dans le forfait, ce qui est le cas par exemple pour les actes techniques. De plus, elle est moindre dans le contexte d'un forfait interdisciplinaire par rapport à un forfait unidisciplinaire (10,26). Ces deux garanties sont présentes dans le système forfaitaire belge. Notons par ailleurs que le travail en équipe interdisciplinaire semble à lui seul limiter les recours à la seconde ligne, comme le montre l'expérience des PCMH (12). Les enjeux de l'interdisciplinarité seront également discutés ci-dessous (1.2.3). Signalons enfin que beaucoup de pratiques forfaitaires en Région wallonne s'inscrivent dans le concept d'ASI. Ces structures doivent répondre à certains critères afin de favoriser l'accessibilité des soins. Le choix du

gouvernement wallon de promouvoir l'implantation de ces ASI pourrait également avoir un impact sur la sélection d'objectifs particuliers des pratiques forfaitaires (17).

8.2.1 Un apport de temps, la durée des consultations

D'après nos patients, le système des MM au forfait modifie les intérêts du soignant, favorise ainsi l'écoute et augmente la durée des consultations. Il favoriserait aussi le suivi du patient hors des consultations, via des discussions entre collègues par exemple. Il semblerait que les intérêts du patient et ceux du soignant convergent : le but serait de réellement soigner les gens et non pas de les faire revenir. Selon les données transmises par les MM étudiées, la durée des consultations est en moyenne fixée à 20 minutes, alors qu'elle était de 15 minutes en moyenne en Belgique en 2002 (27). Le dispensaire infirmier qui réalise les vaccins, les injections et parfois les prises de sang, peut avoir un impact sur cette durée en remplaçant des consultations rapides.

La littérature montre un allongement des consultations lié au salariat plus qu'à la capitation, même si tous les résultats à ce propos ne convergent pas (9,15). Le contexte national et sanitaire de chaque pays dans lequel ces études sont réalisées rend leur comparaison complexe. Une étude hollandaise réalisée lors du changement de système de soins n'a pas réussi à démontrer un impact de la capitation sur la durée des consultations. Les chercheurs en concluent que les MG hollandais sont plus influencés par leur éthique et la conception qu'ils se font de leur rôle que par leur mode de financement (15).

On peut déduire de ces constats deux hypothèses. Premièrement, il est possible que le modèle forfaitaire belge, où le financement des médecins se situe entre le salariat et la capitation, favorise une augmentation de la durée des consultations. Cela devrait dès lors être plus étudié. La deuxième possibilité est que d'autres caractéristiques qui lient les médecins de la FMM, indépendamment du mode de financement, comme leur éthique de travail, favorisent l'écoute et le temps pris en consultation.

8.2.2 L'implication et la motivation des soignants

Les soignants des MM étudiées sont décrits par les patients interrogés comme idéalistes et particulièrement impliqués dans leur travail. Cette prise en charge poussée serait, selon eux, due au fait que le forfait laisserait plus de temps pour s'occuper des patients en dehors des consultations. Le fait de limiter le nombre d'inscrits dans une MM favorise également une prise en charge de qualité. Tous les membres de l'équipe seraient accueillants et souriants, ce qui leur semble très important dans un contexte de soins de santé.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer ce ressenti. Il semblerait d'abord que l'un des effets prévus de la capitation, à savoir l'augmentation de l'efficacité, se traduit ici par une grande

implication des soignants. Par ailleurs, la FMM suit certaines ambitions sociales et éthiques et sensibilise particulièrement ses membres à l'accessibilité des soins, la promotion de soins globaux et de qualité. Une étude française a démontré qu'il existe différents types de médecins et de pratiques et qu'ils ne sont pas influencés par le mode de rémunération de la même façon (28). De plus, avoir le choix de son mode de financement modifie certainement l'impact de celui-ci sur son comportement. Il est évident, de plus, que limiter le nombre d'inscriptions de patients en fonction du nombre de soignants a un impact sur la qualité, la disponibilité et donc la satisfaction des patients. Une étude au Royaume-Uni de 1995 montrait en effet que la satisfaction des patients diminuait avec l'augmentation de la taille de la liste des patients d'un MG (en particulier la satisfaction par rapport à l'accessibilité, la continuité personnelle et la qualité des soins) (23).

8.2.3 Qualité des soins et interdisciplinarité

D'après nos patients, les réunions et discussions entre soignants seraient plus faciles à mettre en place au forfait et favoriseraient une meilleure qualité des soins. Ils ont le sentiment que la prise en charge est plus holistique que dans une pratique libérale pure. D'après l'expérience des PCMH, la capitation favoriserait le travail en équipe et la proactivité du soignant. Des PCMH ont modifié leur fonctionnement vers une rémunération partielle à la capitation car l'acte ne leur semblait pas favoriser suffisamment le travail en équipe (12).

Par ailleurs, nos patients relèvent, de la part de la MM en général, une grande proactivité par rapport à la prévention, ce qui fait partie des effets théoriques attendus de la capitation (29). Elle passe notamment par des envois de rappels de vaccins, des discussions de prévention à chaque consultation, des activités organisées, ainsi qu'une revue contenant des conseils. Dans le contexte de transition épidémiologique actuel qui voit augmenter la part des affections chroniques, la prise en charge interdisciplinaire et la proactivité du soignant sont cruciales. Il ne s'agit plus seulement de prendre en charge les plaintes du patient mais de détecter des facteurs de risque, proposer des dépistages, etc. Cela implique de mobiliser des ressources « communautaires », des incitations à la qualité et d'aider les patients à modifier leurs comportements. Pour ce faire, les soins doivent s'organiser en équipe et il faut donc rémunérer le temps de coordination et inciter à l'utilisation de moyens d'information et de communication. (12). Au-delà de la prévention, une étude aux États-Unis a permis de démontrer une plus grande intégration de l'éducation du patient dans les consultations à la capitation que celles pratiquées à l'acte. Cela entre dans le cadre d'une attention sur l'effet à long terme des soins à la capitation (30).

Les patients ont le sentiment que les prescriptions sont particulièrement réfléchies en termes de prix, d'effets secondaires et de compatibilité. L'interactivité entre médecins favoriserait

également une meilleure mise à jour de leurs connaissances et une confrontation de leurs réflexions diagnostiques. Nous l'avons vu, les pratiques forfaitaires révèlent effectivement de meilleurs résultats en termes d'utilisation de la seconde ligne et de prescription, notamment (3).

La réforme des soins aux Pays-Bas a également permis d'étudier l'évolution de la qualité des soins en analysant l'adhésion des praticiens aux *guidelines*. Cette étude n'a montré que peu d'influence de l'acte ou de la capitation sur cette adhésion. L'éthique du médecin aurait, une fois de plus, davantage d'impact sur son fonctionnement que son mode de rémunération. Cependant, les *guidelines* qui impliquaient un investissement du médecin sur le long terme étaient plus respectés à l'acte qu'à la capitation. A l'inverse, les *guidelines* impliquant plus de travail durant la consultation étaient mieux suivis à la capitation (31).

Bien que les patients accordent beaucoup d'importance et toute leur confiance à l'équipe, ils soulignent les difficultés que celle-ci peut soulever. En situation de conflit avec le patient par exemple, la circulation de l'information et la cohésion de l'équipe peuvent favoriser la mauvaise gestion de celui-ci. Le partage d'information devrait donc toujours se faire dans l'intérêt du patient et la gestion des conflits doit être bien réfléchi. Enfin, certains patients estiment que, même si les MM font des progrès sur cet aspect, le patient n'est pas encore assez mis au centre et considéré comme l'acteur principal de sa prise en charge.

8.2.4 La question de la satisfaction des soignants

La satisfaction du patient en médecine générale croît avec la durée de sa relation avec son MG (23). Alors qu'il est si difficile pour un patient de changer de médecin, certains déplorent qu'il y ait beaucoup de roulement au sein des MG de leur MM. L'audit de KPMG relève cependant un roulement relativement faible du personnel. Les soignants quittant le système forfaitaire le feraient pour une question de salaire relativement limité au forfait ou pour élargir leurs expériences professionnelles et non pas en raison d'incompatibilité avec le système (2).

Une étude qualitative dans les centres de santé (CDS) en France a cherché à comprendre la motivation des MG à travailler dans ce type de structure. Les conditions de travail y sont attractives (réduction de tâches administratives, réduction du temps de travail) et le salariat est vécu comme un statut privilégié (par ses avantages sociaux, ses congés payés) et permet un meilleur équilibre entre vie familiale et professionnelle. La rémunération à l'acte est une source d'insatisfaction pour 40% des MG français et ils sont de plus en plus nombreux à s'orienter vers le salariat et le travail en équipe. Par ailleurs les médecins travaillant en CDS se sentent valorisés par un travail qui promeut l'accessibilité pour tous les patients. La pratique du tiers payant améliorerait la relation avec leur patient. (28,32)

Il apparaît donc que les MG valorisent de plus en plus le travail en équipe et le confort de bonnes conditions de travail. Toutefois, un métier peut-être moins bien rémunéré apporte d'autres avantages en termes d'accomplissement personnel. Cela favoriserait une installation à long terme dans des structures comme les MM. Les financements alternatifs attirent les nouvelles générations de médecins et dans le contexte actuel de pénurie, il est essentiel d'augmenter le confort et la satisfaction de ceux-ci (33).

8.2.5 Le comportement des médecins : des influences multiples

Finalement, l'impact du mode de financement sur le comportement des soignants n'est pas constant et ne respecte pas systématiquement la théorie économique du médecin travaillant pour maximiser son profit. Les médecins respectent également une éthique de travail qui leur est propre. Nous l'avons abordé, il existe différents types de médecins et ils ne sont pas influencés de la même façon par les incitants financiers. De multiples caractéristiques semblent jouer un rôle dans le comportement du médecin. Par exemple, les hommes ont davantage que les femmes tendance à augmenter leur taux de contacts lorsqu'ils passent à une rémunération partiellement à l'acte (34). Un changement de rémunération peut donc avoir des effets tout à fait différents selon le système de soin et selon le médecin concerné. C'est pourquoi il est essentiel de continuer à étudier et évaluer l'efficacité et la qualité du système de santé belge afin de s'assurer que ce qui semble satisfaire les patients aujourd'hui continue à le faire demain.

8.3 IMPACT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PATIENTS SUR LEUR COM- PORTEMENT ET L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS

Une autre réticence que l'on peut entendre par rapport au forfait est l'absence de TM. Cette préoccupation se base sur la croyance que la gratuité est source de gaspillage et de moindre qualité (35). Les pays européens ont de plus en plus favorisé l'utilisation du TM pour deux motifs : le partage des coûts des soins de santé avec le patient et la régulation de leur utilisation. Si ce système semble dans un premier temps permettre des économies pour la sécurité sociale, il est en revanche très difficile de définir si les consultations abandonnées étaient ou non inutiles. En effet, les avis restent partagés sur l'impact financier à long terme de cette politique. (35-39)

Bien que beaucoup d'entre eux n'aient pas de difficultés financières et se disent capables de payer les consultations, nos patients interrogés parlent énormément de la gratuité durant les GF. Elle semble être importante pour eux pour plusieurs raisons : 1/ Ils ont le sentiment d'une mise à l'avantplan de la santé et du soin par la disparition de la question financière et cela améliore la relation perçue avec le soignant. 2/ Ils sont heureux de faire partie d'un système qui leur paraît

équitable et permet à tous les patients d'avoir accès à des soins de qualité. 3/ Cette gratuité peut avoir un impact sur la fréquence des consultations et permettrait de mieux se soigner.

8.3.1 De la gratuité aux soins comme priorité

Les patients interrogés ont le sentiment que le forfait et sa gratuité encouragent les gens à se soigner. Une étude a effectivement permis de démontrer que la suppression du TM incite les patients à avoir recours aux soins de première ligne. En 2008, MEDICAID a été instauré en Oregon sur une base aléatoire entre les personnes à faibles revenus, permettant une étude comparative intéressante. L'absence de TM a bien mené à une augmentation de l'utilisation des soins, y compris de prévention, avec 70% de patient en plus déclarant avoir un lieu de suivi habituel en première ligne. Une diminution des coûts à long terme n'a pas pu être démontrée, mais l'étude s'est faite sur un trop court terme (un an). En outre, on observe une nette diminution du taux de dépression et du sentiment d'avoir des difficultés à payer ses factures. Enfin, il y a eu une augmentation de 25% du sentiment de bonne santé et de 30% du bien-être général (36).

La théorie de l'aléa moral (Adam Smith, introduite en santé par Mark Pauly 1968), en économie, a historiquement soutenu le concept de TM. En effet, cette théorie stipule que si un assuré est protégé contre tous les risques, il va changer son comportement dans le sens d'une plus grande prise de risques. Dans le cadre de la santé, le patient omettrait des prises en charges préventives car il n'aurait pas de surcoût s'il devient malade. Un grand défaut de cette théorie est l'oubli de toutes les autres conséquences de la maladie : la souffrance, la perte de revenus, etc. Par ailleurs, comme on l'a vu, il est démontré que les personnes mieux assurées ont plus recours à la prévention (35). On sait déjà que le forfait encourage le soignant à pratiquer des soins de prévention. L'accessibilité des soins, elle, permet d'encourager le patient à un suivi préventif.

La gratuité, d'après la littérature, introduirait un risque de détérioration de la qualité des soins. Les patients y font d'ailleurs allusions lors des GF, tout en niant catégoriquement cet effet dans leur MM. La suppression du TM a effectivement montré une certaine baisse de motivation des soignants en Afrique sub-saharienne, pays évidemment bien plus pauvres en matière de services publics. Les études sur le TM dans ces pays ont surtout permis de montrer l'importance d'un refinancement des soins de santé en général. (37,38).

Dans le contexte de la capitation, la couverture totale pourrait permettre de réguler le risque de sous-offre intrinsèque au système. Par ailleurs, le pouvoir de désinscription du patient permet de maintenir la motivation du soignant à satisfaire son patient. En cela, il diffère du système de salariat sans TM, qui couperait tout lien entre le revenu du soignant et la satisfaction du patient. Il semblerait que le TM soit un régulateur nécessaire dans un fonctionnement à l'acte,

où, si le patient risque une surconsommation, le soignant aurait également tendance à tirer vers une suroffre de soins (40). Il est intéressant de constater dans cette étude-ci, que les patients insistent sur le fait que le prix des consultations n'est absolument pas corrélé à la qualité ressentie.

Pour des patients interrogés le fait de ne pas payer les mettraient plus à l'aise dans la relation de soins et séparer le patient du paiement serait positif. Cette notion ne ressort pas de la littérature et devrait être étudiée dans un contexte où la gratuité n'induit pas une baisse de qualité.

8.3.2 L'équité dans le soin

Plusieurs patients abordent le sujet des inégalités en santé et accordent beaucoup d'importance au fait que la MM offre des soins équitables et sans jugement. En milieu hospitalier, les soins ne seraient pas toujours au même niveau selon le revenu et ils s'y sentent parfois jugés quant à leur aspect ou leur milieu social. D'après eux, l'accès aux soins serait une problématique de plus en plus importante dans la population qui les entoure et le prix des consultations à l'acte serait un frein parfois important pour des patients précaires. Ils sont bien conscients de payer la MM de façon indirecte, mais se félicitent de la solidarité que cela induit s'ils ne sont pas malades.

Ces patients sont loin d'avoir tort. Bien qu'il soit d'une tout autre ampleur dans les pays à faibles revenus, le renoncement aux soins n'est pas du tout exceptionnel dans nos pays. Or, le renoncement, le retard ou le report de soins peuvent mener, *in fine*, à un surcoût général qui incombera à la collectivité. Des soins prodigués à un stade plus avancé d'une maladie impliquent souvent un traitement plus coûteux, plus long et souvent en contexte hospitalier. On sait d'ailleurs que l'assurance sociale diminue bien plus la mortalité que les avancées scientifiques (41).

Par ailleurs, en 2016 une revue de la littérature a analysé les impacts des systèmes de remboursement sur les inégalités socio-économiques et raciales en termes d'accessibilité, d'utilisation et de qualité des soins. Parmi les patients appartenant à des minorités et bénéficiant de MEDICAID, la satisfaction était plus faible chez ceux qui étaient assurés à la capitation, mais elle était surtout influencée par les capacités de compréhension linguistique. En revanche, il y aurait moins de différence d'accès aux soins sur la base raciale à la capitation qu'à l'acte (42).

Une étude du "Commonwealth Fund" en 2010 montre une proportion très importante de patients ayant des difficultés à payer les soins de santé dans de nombreux pays : aux USA 20% de la population déclare avoir de sérieux problèmes à payer ses dépenses de santé, en France 9% et au Royaume-Unis, où la couverture sociale est totale, 2% (43). En Belgique la situation n'est pas meilleure qu'en France. Une publication datant d'avant l'extension du tiers payant pour les faibles revenus, montrait un report de soins de 14% et une proportion de frais médicaux à charge des patients supérieure à la moyenne européenne (19,4%) (40). En 2019, Solidaris publiait un

baromètre montrant que 4 personnes sur 10 déclaraient être en situation de report de soins pour raisons financières. Depuis 2015, cette notion de report de soins a fortement augmenté y compris dans le cadre des consultations chez le MG (le pourcentage de patients en situation de renoncement à une prestation de MG est passé de 11 à 15,5% entre 2015 et 2018) (44).

L'un des patients interrogés estime que la gratuité permettrait de ne pas devoir cibler les personnes à qui fournir une aide financière car les plus nécessiteux n'en feraient pas la demande. Oser parler de ses problèmes financiers semble en effet, d'après une étude faite dans le Gard, être l'un des freins à l'accessibilité des soins. Le baromètre de renoncement aux soins qui y a été instauré a permis de mettre en évidence qu'il ne s'agit pas que d'un problème d'accessibilité financière pure, ni même seulement d'un manque d'aide de l'assurance maladie, mais qu'il s'agit parfois d'une méconnaissance ou d'un mésusage de leurs droits en tant que patients (45).

8.3.3 L'absence de TM et ses risques éventuels : la fréquence des consultations

Si les patients qui ont les moyens disent n'avoir rien changé à la fréquence de leur consultation, d'autres reconnaissent qu'ils consultent un peu plus du fait de la gratuité de la MM. Ils ont dans l'idée que consulter plus vite permettrait d'améliorer leur prise en charge au niveau du diagnostic et de la pathologie. L'un des patients soupçonne, sans pouvoir en identifier les raisons, qu'il y ait des cas d'abus du système. Par ailleurs, d'après un autre patient, des personnes consultant « pour un rien », le feraient aussi à l'acte, même si elles doivent payer.

Nous l'avons bien compris, l'instauration d'un TM limite l'utilisation des soins de santé et réduit les coûts dans l'immédiat. Mais son effet à long terme est plus incertain, puisqu'un retard de soins peut s'avérer finalement plus coûteux. Par ailleurs, le fait de responsabiliser le patient sur sa consommation de soins via l'instauration d'un TM suscite deux difficultés. Premièrement, ce faisant, on transfère la responsabilité du médecin de prescrire sans gaspillage vers le patient. Ensuite, cette attitude place le patient en consommateur qui régulerait sa consommation de soins en fonction de leur utilité et de son budget (35). Ce principe se base sur l'hypothèse que le patient a la connaissance suffisante pour juger de l'importance de soins auxquels il aurait recours et prendre la décision éclairée de ne pas consulter. Il est permis d'en douter.

De l'observation de notre pratique de MG au forfait, il nous semble que les cas qui pourraient être rapidement jugés de "sur-consommateurs" sont en général liés à des problèmes de santé mentale, de décrochage scolaire ou de carences éducatives voire intellectuelles. Ces problématiques soulèvent toute une série de questions qui doivent certainement être étudiées pour une prise en charge de meilleure qualité et efficacité. Néanmoins, l'introduction d'un TM semble être une solution trop simpliste pour les régler.

9 LIMITES ET PERSPECTIVES

Tout d'abord, il est important de souligner qu'une certaine subjectivité est inhérente à la méthode qualitative et que ce travail étant réalisé par des professionnels convaincus au sein du système forfaitaire, il faut le reconnaître engagé et influencé en ce sens. Par ailleurs, les patients ne discernent pas bien l'impact du forfait par rapport à d'autres influences et la littérature n'étudie pas directement notre sujet. Ce n'est donc que dans la discussion que nous avons cherché à différencier les influences du forfait de celles d'autres facteurs sur la perception des patients.

La mise en pratique de GF de patients est compliquée, ceux-ci étant souvent difficiles à motiver. Dans cette étude, l'implication des MM devait être importante. Ni le patient, ni la MM ne tiraient de bénéfices directs de leur participation, ce qui évite certains biais mais représente un frein à la participation. De plus, le contexte de fin d'épidémie de grippe, lourd pour les MM et de début de l'anxiété liée au coronavirus, n'a pas favorisé les rassemblements de patients. Les échantillons sont donc restés restreints ce qui limite les possibilités d'expériences négatives rapportées. Les caractéristiques des échantillons montrent des patients d'un certain âge, inscrits au forfait depuis longtemps, avec une faible proportion de BIM. Dans ce contexte, on imagine que leur perception de l'acte est surtout liée à des spécialistes et des pratiques de MG à l'ancienne. Cependant, la satisfaction ou la perception des patients d'un système de soin ne nécessite pas de comparaison à un autre système. L'intérêt de cette étude est en effet qu'elle apporte une connaissance sur ce qui fait que les patients sont satisfaits de leur prise en charge au forfait. Elle ne prétend pas évaluer ni encore moins juger le fonctionnement des pratiques à l'acte.

On remarque que les participants sont des patients très satisfaits. Pour avoir des avis plus partagés, il aurait fallu recruter des patients désinscrits. Cependant, le respect du RGPD freine l'identification de ceux-ci et surtout les possibilités de les contacter. Par ailleurs, bien que l'interdisciplinarité soit un élément crucial dans le fonctionnement des MM, les patients interrogés et la littérature analysée se prononcent essentiellement sur le comportement des médecins et non des autres soignants. De prochaines études se devront donc d'investiguer ces autres paramètres.

Enfin, nous avons choisi de n'évaluer ici qu'un seul mode de fonctionnement des pratiques forfaitaires, les résultats se limitent donc à ce type de structures. Des études de plus grande ampleur devraient être réalisées afin de vérifier si ces résultats sont généralisables à toutes les pratiques forfaitaires belges. Par ailleurs, ce contexte de soins de santé gratuits et de bonne qualité devrait permettre d'étudier l'impact de la gratuité sur la relation de soins. La notion d'abus d'un système gratuit devrait par ailleurs être clarifiée, les patients concernés identifiés, les causes analysées et des solutions n'ayant pas d'incidence sur l'accès aux soins devraient être mises en place.

10 CONCLUSION

L'évolution de la médecine actuelle rend nécessaire la recherche d'une plus grande adéquation entre le système de santé et les attentes des patients. La satisfaction des patients au forfait en Belgique avait déjà été attestée par une étude quantitative (5). L'objectif de la présente étude était de comprendre les facteurs favorables et défavorables à la satisfaction des patients dans le fonctionnement des MM forfaitaires. De plus, elle cherchait à identifier l'image que se font les patients de ce mode de rémunération et de la façon de travailler de leurs soignants.

On retient surtout quatre éléments qui jouent en faveur de la satisfaction des patients. Ils sont représentés dans le schéma ci-dessous : la confiance, le lieu rassurant, la bienveillance et le temps consacré. Ces éléments interagissent les uns avec les autres et sont favorisés par des principes inhérents au financement forfaitaire, mais également par des facteurs communs aux pratiques de groupe et probablement par la politique de travail prônée par la FMM.



A la lecture des GF, il apparaît de façon incontestable que les patients se sentent écoutés et estiment que les soignants sont très impliqués dans leur prise en charge. Cela, grâce au facteur « *temps* » qu'apporte, d'après eux, le système du forfait à la capitation. Nous avons vu que, d'après la littérature, la capitation favoriserait effectivement l'efficacité et la prévention mais, a priori, n'aurait pas tellement d'impact sur la longueur des consultations. Il se peut que la composante de salaire à la rémunération des soignants dans les MM concernées ou la déontologie commune qui lie ses soignants soit responsable de ce « temps octroyé ».

Ce facteur temps, associé à la qualité des soins qu'ils reçoivent inspire *confiance* aux patients interrogés. Les études sur la confiance des patients avaient tendance à exclure l'impact du mode de rémunération sur ce sentiment, souvent très important, que les patients ressentent envers leur médecin traitant. En effet les deux composantes que sont la qualité des soins et le « temps octroyé » n'ont pas été, dans la littérature, particulièrement liés à la capitation. Elles le sont pourtant en Belgique et nous avons cherché à l'expliquer mais de plus amples investigations seront nécessaires afin de clarifier ce point.

Les patients décrivent la MM comme un *lieu rassurant*. Cela découle, entre autres, de la confiance qu'ils ont envers les soignants et des éléments mis en place à la MM afin de tout faciliter,

y compris l'accès aux soins. Le forfait fait bien entendu partie de cette démarche de simplification. En outre, comme dans d'autres pratiques de groupe, hors forfait, le lieu unique permet de rassembler les différentes disciplines et d'assurer une bonne continuité des soins.

Enfin, les patients interrogés attirent l'attention sur l'apport de la gratuité, qui pour eux favorise la relation de soins, participe à un système équitable et respectueux. La *bienveillance* d'une équipe, c'est un accueil chaleureux mais aussi le respect de la dignité et l'absence de discrimination entre les patients. Par ailleurs l'accès aux soins est un problème de plus en plus important en Belgique et la gratuité fait partie des éléments mis en place par les MM pour aller à l'encontre des barrières à cet accès (17,44). L'impact de la gratuité sur la relation de soin en elle-même semble avantageux d'après cette étude, alors que ce n'est pas forcément le cas dans la littérature. Cette différence est peut-être favorisée par la signature du contrat d'inscription, attestant d'un paiement indirect à la MM. Le contexte belge devrait donc permettre d'approfondir cette question de gratuité.

Les patients interrogés sont indéniablement des patients satisfaits et ils n'ont dès lors évoqué que peu de points négatifs au système. Ressortent cependant certaines difficultés par rapport au fait d'être limités aux soignants de la MM, surtout dans les petites équipes. Dans certains cas, les patients peuvent être amenés à devoir changer régulièrement de médecin et cela est ressenti comme extrêmement pénible. La durée de la relation avec son médecin est effectivement un élément majeur de la satisfaction du patient, il semblerait néanmoins que le système permette généralement une installation à long terme des soignants. Enfin, bien qu'ils pensent que le patient soit mis plus au centre dans le contexte de leur MM qu'ailleurs, cette notion pourrait encore être améliorée à leurs yeux. Même si un échantillon plus large aurait probablement permis de mettre en évidence plus d'éléments négatifs et d'améliorations à mettre en place, cette étude paraît suffisante pour comprendre ce qui plaît aux patients dans le système des MM.

Finalement, ces résultats confirment différentes études belges qui démontrent que bien que la capitation présente un risque d'effets pervers selon la littérature internationale (envoi excessif en seconde ligne, surprescription, sélection de patients et sous-offre de soins), aucun de ceux-ci ne se vérifie dans le système belge. Des études qualitatives comme celle-ci permettent d'avancer dans la compréhension des éléments qui contribuent à ce bon fonctionnement et cela paraît essentiel si on veut maintenir les résultats favorables du système forfaitaire belge actuel.

L'interdisciplinarité étant l'un des piliers du fonctionnement des MM, il est essentiel que d'autres études s'attardent sur l'influence du mode de fonctionnement et de rémunération sur les autres soignants que les médecins. De plus, ces résultats ne concernent que les MM de la FMM et il faudra vérifier s'ils peuvent s'appliquer aux autres pratiques forfaitaires belges.

11 BIBLIOGRAPHIE

1. Jamoulle M, Ouvrard P, Schuers M. Chapitre 9. In: **Terminologie multilingue de médecine générale et de famille** - Version française. Charleroi: Care Editions. Jumet. Belgique; 2016.
2. KPMG. **Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales**. Belgique: Cellule strategique de l'INAMI; 2018.
3. Boutsen M, Camilotti G, Zinno TD, Pirson A-F, Cutsem PV, Vervoort K. **Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique: une mise à jour**. Belgique: IMA-AIM; 2017 déc.
4. Kim Becher, Philippe Vandernbroeck, Alain Wouters. **Les patients, partie prenante de la politique des soins de santé: Faire entendre d'autres voix**. Fondation Roi Baudouin; 2008.
5. Weber L, Lagasse R, Moureaux C, Heymans I. **Acte ou forfait ? La parole aux patients : Enquête à propos de la satisfaction des patients en maisons médicales de la Région de Bruxelles-Capitale** [Mémoire de master en santé Publique]. Université Libre de Bruxelles; 2010.
6. Albouy V, Déprez M: **[Mode de rémunération des médecins]**. Économie Prévision. 2009;n° 188(2):131.
7. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T et al. **[Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ?]** Exercer. 2015;119:52-61.
8. Bras P-L. **[Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée]**. Trib Santé. 2017;57(4):71.
9. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. **[Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England]**. Health Policy. 2003;64(3):415-23.
10. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA et al. **[Changing remuneration systems: effects on activity in general practice]**. BMJ. 1990;300(6741):1698-701.
11. Roland M. **[Le forfait à la capitation pour les soins primaires : une revue de la littérature internationale]**. Santé Conjug. 1998;(n°3):71-83.
12. Bras P. **[Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis]**. Prat Organ Soins. 2011;42(1):27.
13. Fleming DM. **[The case for differential capitation fees based on age in British general practice]**. BMJ. 15 oct 1988;297(6654):966-8.
14. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. **[Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation]**. Rev Fr Aff Soc. 2002;1(1):11.

15. van Dijk CE, Verheij RA, te Brake H, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. **[Changes in the remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length]**. Eur J Health Econ. janv 2014;15(1):83-91.
16. Mouvement des Maisons Médicales: **La charte des Maisons Médicales**. Isabelle Heymans, 25 blv du Midi 1000 Bruxelles: Fédération des maisons médicales; 2013.
17. Van Tichelent C. **Maisons médicales: quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?** Route de Louvain-La-Neuve, 2 5001 BELGRADE - NAMUR: IWEPS; 2019. Report No.: 32.
18. Paillé P. **[L'analyse par théorisation ancrée]**. Cah Rech Sociol. 2011;(23):147-81.
19. Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, Schäfer WLA. **[Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors]**. Soc Sci Med. août 2017;186:139-47.
20. Pereira AG, Pearson SD. **[Patient Attitudes Toward Physician Financial Incentives]**. Arch Intern Med. 2001;161(10):1313.
21. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. **[Patients' trust in their physicians: Effects of choice, continuity, and payment method]**. J Gen Intern Med. 1998;13(10):681-6.
22. Grignon M, Paris V, Polton D. **[L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins]**. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
23. Baker R, Streatfield J. **[What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction]**. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 1995;45(401):654-9.
24. Siita S, Cox SE, Hanson K. **[Does capitation affect patient satisfaction and prevalence of out-of-pocket payments in the insured? A propensity score analysis of Ghana's demographic and health survey data]**. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):732.
25. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. **An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes**. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 2011;
26. Liddy C, Singh J, Kelly R, Dahrouge S, Taljaard M, Younger J. **[What is the impact of primary care model type on specialist referral rates? A cross-sectional study]**. BMC Fam Pract. déc 2014;15(1):22.
27. Deveugele M. **[Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries]**. BMJ. 2002;325(7362):472-472.
28. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. **[Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?]** Rev Fr Aff Soc. 2011;1(2):123.

29. Franc C, Lesur R. **[Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention]**. Rev Économique. 2004;55(5):901.
30. Pearson WS, King DE, Richards C. **[Capitated payments to primary care providers and the delivery of patient education]**. J Am Board Fam Med. 2013;26(4):350-5.
31. van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P et al. **[Impact of remuneration on guideline adherence: Empirical evidence in general practice]**. Scand J Prim Health Care. mars 2013;31(1):56-63.
32. Ridard E, Somme D. **[Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens]**. Santé Publique. 2018;30(3):361.
33. Drielsma P. **[Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable ?]** Santé Publique. 2009;21(hs1):49.
34. Krasnik A, Gottschau A. **[Doctor and patient characteristics as modifiers of the effect of a changing remuneration system in general practice]**. Dan Med Bull. 1993;40(3):380-2.
35. Batifoulrier P. **[Faire payer le patient : une politique absurde]**. Rev MAUSS. 2013;41(1):77.
36. Baicker K, Finkelstein A. **[The effects of Medicaid coverage : learning from the Oregon experiment]**. N Engl J Med. 2011;365(8):683-5.
37. Hatt LE, Makinen M, Madhavan S, Conlon CM. **[Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: a review of literature]**. J Health Popul Nutr. 2013;31(4):14.
38. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. **[What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?]** Soc Sci Med. 2006;62(4):858-65.
39. Chambaretaud S, Hartmann L. **[Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe]**. Prat Organ Soins. 2009;40(1):31.
40. Schokkaert E, Van de Voorde C. **[Équité du système de santé belge]**. Rev Fr Déconome. 2014;XXIX(4):129.
41. Batifoulrier P. 5. **On responsabilise le malade en lui demandant de régler ses soins.** In: 30 idées reçues en santé mondiale. Valéry Ridde éd. Rennes, France: Presses de l'EHESP; 2015. p. 31-4.
42. Tao W, Agerholm J, Burström B. **[The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review]**. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):542.
43. **2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries.** Commonwealth Fund 2010.

44. **Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières.** Bruxelles: INMS - Institut Solidaris - Service Etudes Solidaris; 2015.
45. Fatoux C. **[Le renoncement aux soins, un enjeu pour l'assurance maladie. Eléments de réflexion issus d'une étude menée par la CPAM du Gard]**. Regards. 2014;46(2):107-13.

Articles de la recherche de littérature non cités dans le texte :

46. Bras P-L. **[Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ?]** Trib Santé. 2011;30(1):113.
47. Gourieux B, Duvernoy T, Tissier F, Garassus P. **[Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions]**. J Gest Déconomie Médicales. 2017;35(6):287.
48. Mason A, Smith PC. **[Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs]**. Rev Fr Aff Soc. 2006;1(2):265.
49. Messein N. **Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative.** Université de lorraine. 2012;400.
50. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. **[Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review]** J Health Serv Res Policy. janv 2001;6(1):44-55.
51. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N. **[Primary Health Care in Canada: Systems in Motion: Primary Health Care in Canada: Systems in Motion]**. Milbank Q. juin 2011;89(2):256-88.
52. Lee S, Cowie S, Slobodian P. **[Payment by salary or fee-for-service. Effect on health care resource use in the last year of life]**. Can Fam Physician Med Fam Can. sept 1999;45:2091-6.
53. Rhys G, Beerstecher HJ, Morgan CL. **[Primary care capitation payments in the UK. An observational study]**. BMC Health Serv Res. déc 2010;10(1):156.
54. Dong H. **[Health financing policies: patient care-seeking behavior in rural China]**. Int J Technol Assess Health Care. août 2003;19(03):526-32.
55. Ridde V, Robert E, Meessen B. **[A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems]**. BMC Public Health. 2012;12(1):289.
56. McPake B, Brikci N, Cometto G, Schmidt A, Araujo E. **[Removing user fees: learning from international experience to support the process]**. Health Policy Plan. 1 nov 2011;26(Suppl. 2):ii104-17.
57. Gwatkin DR. **[Paying for health care: moving beyond the user-fee debate]**. The Lancet. juill 2012;380(9837):88-90.

12 ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Littérature – Recherche 2 : Equation de recherche : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins.....	V
ANNEXE 2 : Littérature – Recherche 3 : Equations de recherche : Impact du mode de financement du soignant et du TM sur le comportement du patient et l'accessibilités des soins...	VI
ANNEXE 3 : Littérature - Recherche 1 : Les différents modèles de financement dans le monde avec un accent particulier sur la Belgique.....	VI
ANNEXE 4 : Littérature – Recherche 2 : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins.....	VII
ANNEXE 5 : Littérature – Recherche 3 : L'impact du mode de financement du soignant et du ticket modérateur sur le comportement du patient et l'accessibilités des soins.....	VIII
ANNEXE 6 : Formulaire de consentement à destination des patients participants aux focus groups.....	IX
ANNEXE 7 : Questionnaire utilisé lors des groupes focalisés	XII
ANNEXE 8 : Détails des échantillons de patients.....	XIII
ANNEXE 9 : Retranscription complète d'un des groupes focalisés.....	XIV

ANNEXE 1 : Littérature – Recherche 2 : Equation de recherche : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins

<i>Moteur de recherche</i>	<i>Equation de recherche</i>
<i>Sur le Cairn</i>	Dans le résumé : (Forfait OU Mode de rémunération OU Capitation OU Mode de financement) ET (Médecine générale OU General practice OU Première ligne OU Médecin) Date de parution : 1990-2020
<i>Sur Google Scholar</i>	(Capitation OU Remuneration OU System OU Payment method OU Mode de financement) ET (Primary care OU General practice OU Médecine générale OU Medecin OU Première ligne) Date de parution : 1990 - 2020
<i>Sur la Cochrane Library</i>	Dans l'abstract : (Forfait OR capitation OR Financial mode OR Remuneration mode OR Payment method) AND (General practice OR Primary care) Date de parution : 1990-2020
<i>Sur la CDLH</i>	(Capitation OU Remuneration OU System OU Payment method OU mode de financement) ET (Primary care OU General practice OU Médecine générale OU Médecin OU Première ligne) Date de parution : 1990 - 2020
<i>Sur Pubmed</i>	((((General practice[Title]) OR (Primary care[Title]) OR (Primary health care[Title]))) AND ((capitation[Title/Abstract]) OR (payment method[Title/Abstract]) OR (systems[Title]))) Date de parution : 1985-2020

ANNEXE 2 : Littérature – Recherche 3 : Equations de recherche : Impact du mode de financement du soignant et du TM sur le comportement du patient et l’accessibilité des soins

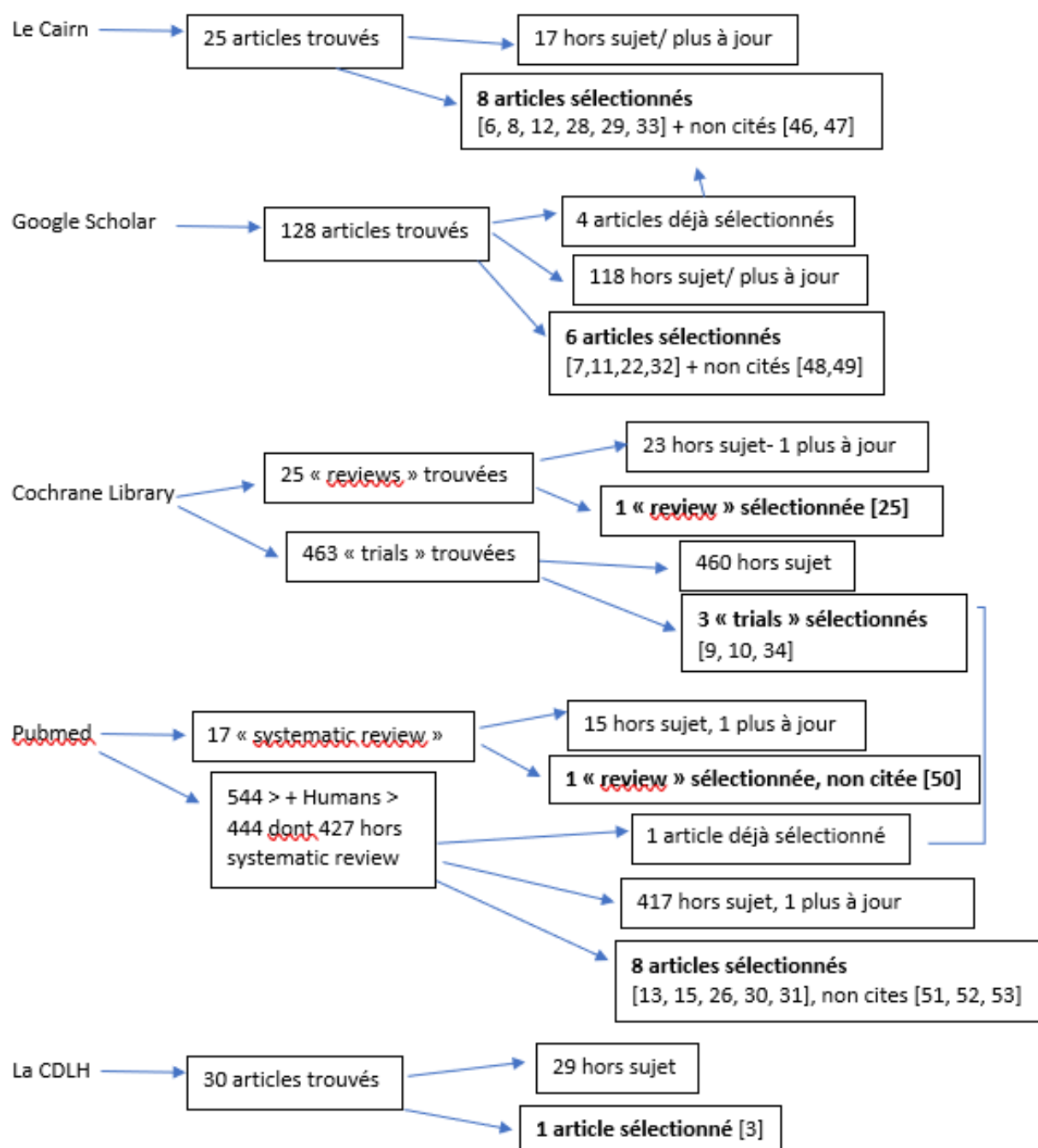
<i>Moteur de recherche</i>	<i>Equation de recherche</i>
<i>Sur le Cairn</i>	Cairn 1 - Dans le résumé : (Forfait OU Mode de rémunération OU Capitation OU Mode de financement OU Système de santé OU Ticket modérateur OU Co-payment) ET (Comportement patient OU Satisfaction patient OU Preference patient OU Influence patient OU Avis patient OU Perception patient OU Patient behavior) Date de parution : 1990-2020
	Cairn 2 - Dans le résumé : « ticket modérateur » Date de parution : 1990-2020
	Cairn 3 - Dans le résumé : « report de soins » Date de parution : 1990-2020
<i>Sur Pubmed</i>	Pubmed 1 - Dans titre/abstract : (capitation OR remuneration OR Payment method OR mode de financement) AND (satisfaction patient OR comportement patient OR patient preference OR patient behavior) Date de parution : 1990-2020
	Pubmed 2 - Dans le titre/abstract : (patient satisfaction OR patient comportement OR patient behavior OR patient preference) AND (payment OR co-paiement OR financial participation) Date de parution: 1990-2020
	Pubmed 3 - Dans le titre/abstract : « user fee »

ANNEXE 3 : Littérature - Recherche 1 : Les différents modèles de financement dans le monde avec un accent particulier sur la Belgique

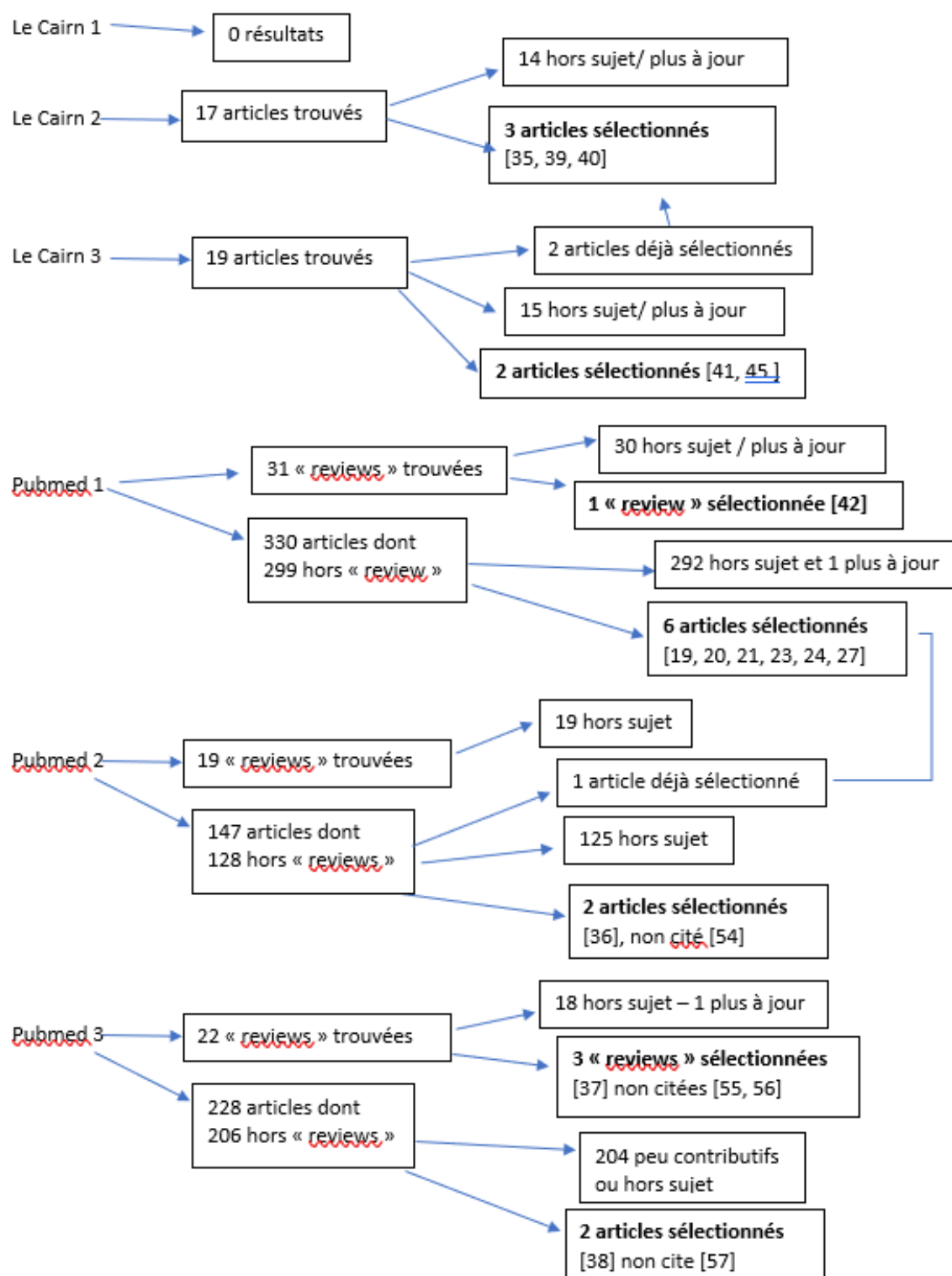
Les résultats de cette recherche concernent les articles suivants :

[1, 2, 3, 4, 14, 16, 17, 18, 43, 44]

ANNEXE 4 : Littérature - Recherche 2 : L'impact du mode de rémunération sur le comportement des soignants et la qualité des soins



ANNEXE 5 : Littérature – Recherche 3 : L’impact du mode de financement du soignant et du ticket modérateur sur le comportement du patient et l’accessibilité des soins



ANNEXE 6 : Formulaire de consentement à destination des patients participant aux groupes focalisés

INFORMATION AU PARTICIPANT

Comment des patients inscrits en maison médicale perçoivent-il le forfait? - Partie 1

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête sous forme de groupes focalisés de patients qui devrait inclure environ quatre groupes d'une dizaine de patients.

L'objectif de cette enquête consiste à mieux comprendre comment les patients perçoivent leur prise en charge dans un système de soins au forfait, quels sont pour eux les avantages et inconvénients

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de prendre part à une discussion de groupe durant environ 2 heures. Cette discussion aura lieu dans un lieu proche de votre domicile (à priori dans les locaux de la maison médicale à laquelle vous êtes inscrits).

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'université catholique de Louvain (CAMG - centre académique de médecine générale)

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision. Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'enquête si vous le désirez.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une amélioration des connaissances des problèmes liés aux pratiques au forfait en première ligne et éventuellement améliorer la prise en charge en maison médicale.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers 24, 4000 Liège

Numéro de police : 45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Les données seront analysées par groupes et par catégorie de patients et toute information permettant de vous

identifier sera supprimée. Une fois les informations retranscrites, celles qui vous sont spécifiques seront reliées à un numéro. Il y aura deux documents stockés sur des mémoires différentes, l'un avec les informations d'identification liés aux numéros, l'autre avec les informations que vous nous aurez données sur le sujet, liées aux numéros. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be.

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 04/12/2019

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Dr Delgrange Barbara

Téléphone : 0478/738554

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU *PATIENT/PARTICIPANT*

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude "comment des patients inscrits en maison médicale perçoivent-il le forfait? "

1. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

2. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

3. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.

4. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

5. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de

6. la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;

7. la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;

8. la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;

9. les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

10. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête

11. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

Signature du (de la) patient(e)
(jour/mois/année)

Date

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information
(née)

Date (jour/mois/année)

ANNEXE 7 : Questionnaire utilisé lors des groupes focalisés

Questionnaire individuel à remplir par écrit

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps êtes-vous inscrit en maison médicale au forfait (additionner si vous en avez fait plusieurs) ?

Êtes-vous BIM/VIPO ou assuré ordinaire ?

Quelles sont les disciplines au forfait dans votre MM (M,K et I ou M,I ou autre?)

Avez-vous un médecin référent au sein de la maison médicale?

Vous souvenez-vous avoir signé un contrat par rapport au forfait au moment de votre inscription?

Questions posées oralement lors de GF

Question 1 : Qu'est-ce qui vous a incité à vous inscrire dans votre maison médicale? Qu'est-ce qui a fait que vous y êtes restés?

Question 2 : Quels sont pour vous les avantages et inconvénients du forfait?

Question 3 : Vos soignants ne sont pas payés par vous directement et ils ne sont pas payés par consultation mais la MM reçoit un forfait par mois et par patient qu'ils prennent en charge. Avez-vous observé une différence/ pensez-vous qu'il y a un impact dans votre relation avec eux par rapport à des soignants travaillant à l'acte?

Question 4 : Vous êtes obligé de choisir parmi les soignants de la maison médicale pour vous soigner, est-ce que cela a déjà représenté un problème pour vous? Pourquoi?

Question 5 : Avez-vous déjà consulté en sachant que la consultation serait gratuite alors que vous auriez attendu plus longtemps si vous aviez dû la payer?

Question 6 : Avez-vous d'autres éléments intéressants à ajouter par rapport au forfait ?

Question 7 : Avez-vous un médecin référent au sein de la maison médicale? Pensez-vous que cela a un impact sur la qualité de votre prise en charge?

Question 8 : Vous avez signé un contrat lors de votre inscription dans la maison médicale, vous souvenez-vous de ce qu'il contenait?

ANNEXE 8 : Détails des échantillons de patients

	Age	Sexe	Durée inscription	BIM/AO	Médecin référent	Souvenir du contrat
A1	48	F	18 ans	AO	oui	non
A2	49	F	29 ans	AO	oui	oui
A3	58	F	5 ans	AO	oui	oui
A4	59	M	5 ans	AO	oui	oui
A5	56	M	30 ans	AO	oui	oui
A6	55	F	30 ans	AO	oui	oui
A7	56	M	8 ans	AO	oui	oui
A8	80	M	30 ans	AO	oui	oui
C1	54	M	4 ans	AO	oui	oui
C2	56	M	5 ans	BIM	oui	oui
C3	48	M	3 ans	AO	oui	oui
C4	70	M	2 ans	BIM	oui	oui
D1	69	F	6 ans	AO	oui	oui

ANNEXE 9 : Retranscription complète d'un des groupes focalisés

Les trois groupes focalisés ont été entièrement retranscrits, cependant, seul le premier, en guise d'exemple, sera joint ici. Les interventions citées dans les résultats y sont mises en évidence en gras.

La retranscription complète des deux autres focus groups a également été réalisée. Elle est disponible sur demande à l'adresse suivante : barbara.delgrange@student.uclouvain.be

FOCUS GROUPE 1 - 29/2/20 - 8 participants

Chercheuse : Je vous présente P1 qui va prendre note. Première chose, je vais vous rappeler peut-être ce que c'est le forfait. Si jamais ce n'est pas très clair, ce sera clair pour tout le monde. C'est un système de financement... En fait, la plupart des médecins en Belgique sont payés à l'acte. Ça veut dire qu'à chaque fois qu'ils font une consultation... c'est la même chose pour les kinés, les infirmières... À chaque fois qu'ils font une consultation, qu'ils font un acte, ils sont payés. Si les patients ne sont pas malades, qu'ils ne viennent pas chez eux, ils ne sont pas payés. Le système du forfait, c'est un petit peu le contraire. C'est-à-dire que les patients ont signé un contrat avec la maison médicale et avec la mutuelle, et la mutuelle verse tous les mois de l'argent à la maison médicale pour vous soigner.

Ça veut dire que les soignants ... (Donc on vous enregistre hein, mais voilà, après, tout ce qui se passe ici, ça va être rendu anonyme).

Et donc, ça veut dire que si vous n'êtes pas malade, ben vos soignants, ils sont quand même payés. Si vous êtes très malade et que vous venez tout le temps, mais eh bien ils sont la même chose que si vous n'êtes pas malade. En vrai, il y a un petit facteur en fonction de l'âge, etc., mais bon, bref. C'est un système qui est tout à fait différent parce que chaque fois que vous allez voir votre soignant, il n'est pas spécialement plus payé que si vous n'y allez pas. Il y a eu pas mal de débats sur le forfait ces derniers temps, on a essayé de voir si ça ne coûtait pas trop cher à la société, etc. Mais moi, ce que je me suis dit, c'est qu'il n'y a pas vraiment eu d'études pour savoir ce que les patients, eux, ils en pensent de ce système. Est-ce qu'ils sont satisfaits? Est-ce qu'ils trouvent ça embêtant? Donc l'idée ici, c'est surtout essayer de savoir, vous, comment est-ce que vous vivez le fait de venir ici à la maison médicale? La façon dont vous êtes soignés, etc. Ça va? Je vais vous poser des questions hein ne vous inquiétez pas. Je ne sais pas si vous avez des questions ou des choses qui ne sont pas claires.

A3 00:02:35.870

Pour l'instant, c'est très clair.

Chercheuse 00:02:39.310

Il y a deux choses que je vais faire. Comme on utilise un petit peu vos données personnelles, mais après, on va les anonymiser tout à fait. Je suis obligée de demander l'avis d'un comité d'éthique pour savoir si mon étude est éthique et respecte les lois de protection de la vie privée, etc. Et donc, vous devez signer un papier de consentement ou j'explique que vous êtes d'accord que: on va parler ensemble, on va vous enregistrer et que je vais utiliser certaines informations comme votre âge, sexe, etc. C'est important. Je vais lier ce que vous dites à votre âge, sexe, etc. Mais pas à votre nom. Je vais tout anonymiser. J'ai deux choses que je vais vous distribuer. Vous avez le temps pour les regarder...

Ça c'est pour moi ça, c'est le papier qui dit que vous êtes d'accord que je vous enregistre. Vous pouvez ne pas dire d'accord, mais alors il va falloir que vous sortiez parce que vous je vous enregistre déjà... Mais je n'ai pas encore votre nom! (haha) et ici c'est pour savoir depuis combien de temps vous êtes à la maison médicale, ça vous n'êtes pas obligés de répondre, ici si vous avez un médecin référent.

A8 00:04:50.070

Depuis 35 ans

Chercheuse 00:04:50.150

Depuis 35 ans?! Mais voilà, ça m'intéresse beaucoup alors!

A8 00:04:53.610

J'étais ici pour l'ouverture de la maison médicale

Chercheuse 00:04:58.050

Eh bien, super! On a de la chance de vous avoir alors! Est-ce qu'il y a des gens ici qui trouvent que... enfin qui ont un petit peu du mal avec le français? Ou ça va? Si jamais il y a des choses qui sont plus compliquées. Si on parle un peu vite et n'hésitez pas à le dire... votre avis à tous m'intéresse. Donc, s'il y en a qui ont l'impression d'avoir un avis un peu moins tranché que les autres, c'est pas grave, il faut quand même

le dire. Moi, j'ai envie que tout le monde puisse parler ici parce que c'est ça qui est intéressant. Et donc, c'est important de laisser le temps à tout le monde de parler.

Ça va? A priori, fin ce sera d'office fini à midi hein. Mais je ne sais pas combien de temps ça va durer, ça dépend de ce que vous allez me dire (haha).

A6 00:08:04.020

Ici on demande depuis combien de temps on est inscrit sous contrat avec la maison médicale. Mais franchement, je l'ignore. Depuis plus de trente ans, mais avec le système du forfait. Mais donc ce que j'ai mis c'est "depuis le début du forfait".

Chercheuse

C'est très bien. C'est juste pour avoir une idée.

A3 00:08:30.180

Et le forfait c'est ce comme quoi que c'est avec la mutuelle?

Chercheuse 00:08:33.660

Que c'est la mutuelle qui paye la maison médicale par mois, mais non pas par consultation ...

On va peut être commencer par faire un petit tour de présentation, chacun dit comment il s'appelle, peut être depuis combien de temps il est à la maison médicale et si vous avez autre chose d'intéressant à dire pour vous présenter, n'hésitez pas. Donc moi, c'est Barbara.

A1 00:11:18.610

Moi c'est A1, je suis ici depuis, je pense être ici depuis plus ou moins 18 ans.

A2 00:11:37.670

Moi c'est A2, donc je suis ici heu... depuis 29 ans.

A3 00:11:54.330

Moi c'est A3 heu, et je suis la plus ou moins depuis 5 ans.

A4 00:11:54.400

Moi c'est A4 et je suis ici depuis 5 ans aussi.

A5 00:11:54.430

A5 et je suis ici depuis le début du système et j'étais même déjà là avant le système

A6 00:11:59.300

Deux fois pareil, moi c'est A6 et je suis ici depuis la naissance de la maison médicale

A7 00:12:08.020

Moi c'est A7 et je suis là à peu près depuis 12 ans

A8 00:12:14.940

Je sais pas, à l'ouverture de la maison médicale.

Chercheuse 00:12:14.980

Et votre nom?

A8 00:12:20.070

A8.

Chercheuse 00:12:24.590

Depuis l'ouverture, très bien, ça va. Alors je vais vous poser une première question, donc, c'est pour savoir ce qui vous a incité à vous inscrire ici à la maison médicale. Et après, qu'est-ce qui a fait que vous y êtes resté?

A6 00:12:38.910

Ben moi c'était la facilité. Ben j'habite heu pas très loin. Donc, avoir un médecin à proximité. Le système est arrivé après, du forfait. On a trouvé ça très bien. C'est vrai qu'on ne doit pas toujours se trimballer avec de l'argent ou quoi donc heu... quelque part... Ça nous allait très bien. Et on a toujours été satisfaits.

A5 00:13:07.890

Pour moi, c'est pareil, bien sûr, puisqu'on est mariés. Donc on a vu le système quand ils ont pu le mettre, et c'était bien pratique, en fait. Et puis aussi, le fait qu'il y ait toujours quelqu'un de disponible. Il y a eu à un moment donné un passage où je trouvais que pour les déplacements c'était compliqué. Il fallait toujours essayer de se débrouiller pour venir, alors que parfois, on était un peu fiévreux et tout ça, il fallait l'expliquer, parfois.... C'était vraiment le seul bémol, mais depuis un certain temps maintenant, ça va un peu mieux. Il y a un plus jeune comme ça, qui fait souvent, je crois, des visites à domicile. Donc ça a l'air d'aller beaucoup mieux. Mais sinon heu.. Après, ce qui était bien aussi c'est qu'il y avait un pédiatre, on y allait avec les enfants, donc... **tout était bien regroupé quoi. Tout était là. C'était facile.** Et puis ils commencent à vous connaître aussi. Donc c'est bien, **il y a une certaine confiance qui s'établit.**

Chercheuse 00:14:01.660

Et quand vous parlez de ces visites à domicile où c'était compliqué. Vous avez l'impression que c'est apparu au moment où ça a changé vers le forfait ou pas?

A5 00:14:09.210

Oh non

Chercheuse 00:14:09.230

Ce n'était pas lié à ça.

A5 00:14:09.880

Je ne saurais plus dire comme ça mais non, c'est un peu.... J'avais l'impression à un moment donné, mais ça a peut-être été très court. Ça m'a quand même un peu... J'avais l'impression qu'on nous demandait vraiment toujours de se déplacer après, je comprends qu'ils avaient plus facile ici. Mais bon, si vous avez de la fièvre, si vous toussiez, vous ne savez pas trop ce que vous avez, que vous n'avez pas envie de prendre froid. Je trouve qu'il fallait parfois s'expliquer un peu, beaucoup, mais ça n'a pas duré. Et puis, ici avec le jeune, là, qui prend son sac à dos tourne un peu... à l'aventure. Voilà, je trouve que ça aussi, ça fait aussi partie...

A6 00:14:45.330

Je pense aussi que c'est le fait que... On ne demandait jamais souvent qu'on vienne à domicile hein.

A5 00:14:47.050

Non... mais justement...

A6 00:14:47.130

C'est surtout pour les filles quand elles avaient de la fièvre

A5 00:14:48.750

Ah "mettez-la dans une couverture" des choses comme ça... Je trouvais que c'était un peu heu... Voilà.

Chercheuse 00:14:54.680

D'autres avis?

A1 00:15:04.710

Moi c'est parce que ma maman, fin mes parents, étaient à la maison médicale. Et puis, ben heu, depuis j'y suis restée. Donc oui il y avait un peu ça, un peu ce côté où il fallait un peu se débrouiller, mais ça n'a pas duré longtemps. Et... fin voilà, que le système est bien parce que si notre médecin traitant, entre guillemets, n'est pas là, on sait qu'on a un autre médecin qui est disponible. Ça, c'est vraiment chouette. Parce que si on va dans le traditionnel, si notre médecin n'est pas là ben il faut attendre des fois deux ou trois jours, quoi. Le fait que tout soit regroupé, infirmières, kiné heu, c'est vraiment chouette. Comme ça il y a vraiment une interactivité entre tous.

Chercheuse 00:15:54.680

Très bien

A2 00:15:55.800

Pour moi, c'était mon premier médecin ici en Belgique. C'était ici à la maison médicale. Voilà, j'ai connu la maison médicale par quelqu'un de ma famille. Je suis venue pour ma première visite ici et je trouve que c'était pratique ici au niveau des soins, et voilà il y avait plusieurs médecins. Et puis j'ai eu mon premier enfant. Il y avait un pédiatre ici qui travaillait en même temps à Notre-Dame de grâce. J'avais le même pédiatre ici et à Notre-Dame de grâce. Et donc à chaque fois que je suis malade ou un de mes enfants, he bien... les enfants sont inscrits ici aussi... Donc je sais que, s'il n'y a pas mon médecin traitant, il y a un autre médecin qui va me prendre en charge. Et ce qu'on voyait aussi c'est que la consultation dure quand même un peu plus longtemps. C'est vrai que quand on est dans la salle d'attente on trouve ça long, mais quand on est à l'intérieur, on est bien écouté.

Chercheuse 00:16:42.550

Plus longtemps que où?

A2 00:16:45.050

Par exemple, on va chez un médecin, parce que c'est arrivé hein... Mais parfois, le médecin, quand il a plusieurs personnes il fait vite! **Mon mari n'est pas inscrit ici.** Lui va chez un autre médecin. Mais ce n'est pas la même chose.

Chercheuse 00:17:00.060

Vous trouvez que ça va plus vite?

A2 00:17:00.860

Lui trouve que ça va plus vite. Le médecin n'est pas assez à l'écoute parce que la salle d'attente est remplie, il est obligé d'aller plus vite. Parce qu'il y a beaucoup de monde. **Ici je trouve qu'on prend quand même le temps, même quand la salle d'attente est remplie.** On est dans la salle d'attente... un petit peu... on se dit que c'est long, mais c'est vrai que quand on est à l'intérieur, le médecin prend le temps d'écouter. Je trouve que c'est bien. Et puis moi, je suis chez le même médecin, donc depuis qu'il a commencé ici. Et j'essaie toujours d'être chez elle, parce que je trouve qu'elle me connaît plus. Maintenant quand elle n'est pas là, je vais chez un autre. Mais préfère toujours la voir elle. Quand mes enfants ils ont des soucis, je discute avec elle, puis on trouve... Mes enfants viennent parce que les enfants sont grands donc ils viennent. **Elle sait comment les aborder. J'ai eu un grand qui a eu quelques problèmes** parce qu'il a fait disons une petite dépression par rapport à ses études. Et je sais qu'elle m'a aidé beaucoup. Parce qu'elle lui a parlé après de ce dont je lui parlais après, de voir ce qui se passe. Mais ça m'a rassurée. Donc ça, je ne sais pas si je trouverai ailleurs. Je ne sais pas. Mais donc je suis contente.

A3 00:18:06.610

Ben disons que moi, au départ je ne savais pas que ça existait la maison médicale. Parce que j'avais le médecin traitant, de famille de mes parents. Je continuais à aller là-bas. Et puis bon, comme elle a arrêté de travailler. Elle m'a parlé de la maison médicale d'ici puisqu'elle-même venait ici. Alors c'est comme ça qu'on s'est inscrits. Je suis très contente. Je vais toujours aussi, comme madame, voir toujours le même médecin. Mme P2. Et comment... sinon je prends un autre. Mais sinon j'aime vraiment bien le fonctionnement, je trouve que c'est vraiment très pratique.

A4 00:18:52.920

Moi c'est le même que ma femme. Je suis très content du service. Que ça soit médecin, kiné, infirmier.

A3 00:19:03.050

Ouais franchement... le système, j'apprécie beaucoup quoi.

A4 00:19:05.960

Au commencement, j'ai eu des difficultés, les premiers jours que je suis arrivé, le temps de s'adapter, trouver le bon médecin. Que le courant passe entre nous.

Chercheuse 00:19:21.300

Vous avez eu d'autres difficultés au début?

A4 00:19:23.320

Oui. Au début, j'ai eu un jeune médecin, il m'a posé des questions que je n'ai pas appréciées. Par exemple si j'acceptais des certificats, alors que je travaillais, fin si je suis malade et que je viens vous voir c'est que y a quelque chose... Mais le courant n'est vraiment pas passé. Donc à ce moment-là, j'ai eu envie de changer. Et puis je me suis dit non. Essaye encore un peu.

Chercheuse 00:19:51.320

Mais donc c'est par rapport au médecin en soi, mais par rapport au système en lui-même de la maison médicale, vous n'avez pas eu de difficulté à vous adapter quoi?

A4 00:20:08.130

Non non, pas du tout.

A3 00:20:10.850

Au contraire, ça viendrait à fermer. Je ne sais pas comment je ferais. Franchement, parce qu'on s'est habitués à ce système. Il y a tout sur place. Il y a des infirmières, il y a des kinés. Il y a tout le monde quoi.

A1 00:20:25.960

Et même à l'accueil ils sont chouettes aussi.

A3 00:20:26.200

Oui!.

A1 00:20:26.980

Ils sont compréhensifs, du patient heu. Même au téléphone. Ils essayent à chaque fois de trouver des solutions. Si on a un petit souci, si le médecin n'est pas là ...

A7 00:20:40.860

Moi je suis arrivé ici parce que mon médecin de famille a pris sa pension, il a déménagé. J'ai cherché un autre médecin et j'ai entendu parler de la Maison médicale. Je trouve que c'est très bien. Si vous avez un enfant malade ou quoi, vous ne devez pas vous embêter à savoir si vous avez votre carte de banque, si vous avez de l'argent, vous venez directement avec et c'est tranquille. Vous n'avez aucun souci. Moi dans mes renouvellements d'ordonnance, ben je ne suis pas obligé de retourner voir le médecin qui va de

nouveau nous faire payer, etc., etc. Il suffit de le demander. Le médecin référent vous fait votre ordonnance puisqu'il vous connaît et tout est simplifié. Tout est simplifié pour nous faciliter la vie.

Chercheuse 00:21:36.940

Et vous, vous avez un avis?

A8 00:21:37.700

Oui, moi, je connais les médecins avant qu'ils soient médecins, genre encore à l'école. C'est vrai! Je les connais d'avant. Ils ont fait la même chose. Alors je suis venu près d'eux, c'est tout! Voilà. Depuis le commencement.

Chercheuse 00:21:52.630

Et après, une fois que vous y étiez?

A8 00:22:01.510

Très bien. Ben, je suis toujours là.

Chercheuse 00:22:03.200

Et pourquoi?

A8 00:22:05.430

Parce que je suis habitué ici, parce que ça va, ça va bien. Comme monsieur a expliqué, on n'a pas besoin... il n'y a pas de complications. Y'a rien. **Une fois que vous êtes inscrits ici ben... Il y a plus de problèmes quoi.** Sauf si vous avez un autre médecin qu'on ne fait pas ici. Alors là, c'est autre chose.

A1 00:22:28.790

Oui les spécialistes...

A8 00:22:30.290

Le Médecin généraliste, c'est ici.

A7 00:22:35.050

Même pour les vacances hein. Les médecins peuvent prendre leurs vacances. Ils ont toujours un collègue qui les remplace. Donc eux ils ont facile pour prendre leurs vacances. Et nous, on n'a pas de problème non plus puisque s'ils sont pas là c'est quelqu'un d'autre qui les remplace. Ça change rien.

A2 00:22:51.070

Oui et on est toujours dans le même lieu, on n'est pas obligé d'aller chercher ailleurs.

A7 00:22:54.990

Voilà, ce qui n'était pas le cas avant, **il fallait téléphoner, savoir qui était le médecin remplaçant et parfois c'était pas la porte à côté quoi...**

A2 00:23:03.540

Et puis, ils nous connaissent un peu puisqu'à un moment donné on passe toujours chez un autre médecin qui n'est pas le nôtre.

A3 00:23:12.440

Dernièrement, j'ai recommandé à des personnes de s'inscrire ici, j'ai recommandé aussi à une amie, qui est venue s'inscrire.

A1 00:23:20.320

Le système est vraiment bien fait, si on doit, par exemple, appeler un médecin de garde. Là on doit payer évidemment. Mais tu payes, et il suffit de leur donner la souche du médecin avec notre numéro de compte.

Deux jours après on est remboursé quoi. Tout est vraiment... rien à dire quoi.

A4 00:23:43.550

C'est pas facile de trouver un autre médecin, une fois que le médecin arrête ses fonctions. Nous on a eu la blague. On a voulu donner notre dossier à un autre médecin. Tout ce qu'il nous a dit. Il faut attendre voir si le courant passe entre nous. Ça venant d'un médecin....

A3 00:24:00.050

Il a dit avant de vous prendre comme patients, il faudra voir si le courant passe entre nous. Et alors on a pris après la décision de venir s'inscrire ici et voilà.

A2 00:24:21.270

Voilà l'année dernière. Heu il y a 2 ans, je suis partie en vacances avec mon mari et mon fils avait une deuxième session donc il était obligé de rester ici. Et il s'est coupé et il était tout seul. Il est allé à l'hôpital on l'a soigné, mais il devait continuer les soins. Et heureusement ici, il y a l'infirmerie, il a été soigné. Donc ça, ça aide aussi de se dire voilà, il va chez l'infirmière, il va se faire soigner. Donc, on n'est pas obligé de penser à l'argent. Donc ça, c'était important. Parce que quand on a aussi 3 enfants, 4 enfants. **Moi je suis accueillante, c'est mon métier et je sais que c'est très difficile pour le moment pour les parents d'aller chez**

le médecin traitant. Pour un rhume, pour ci, pour ça. Ça coûte. **Malgré qu'ils soient remboursés après, ben faut trouver l'argent et on sait que dans la région, les gens ont de moins en moins l'accès aux soins.** Donc je trouve que la maison médicale, ça aide aussi à se dire : voilà mon enfant est malade je vais vite chez le médecin. Par contre, quand on sait qu'on va payer ça retarde quand même les choses, surtout pour les petits.

Chercheuse 00:25:27.130

Et quand vous dites que les gens de moins en moins l'accès aux soins. Vous pensez que c'est à cause de quoi?

A2 00:25:33.600

C'est les moyens... moi je trouve... J'ai commencé il y a 10 ans et **de plus en plus, je vois des mamans qui traînent un petit peu avec les petits parce que ça quand ils iront chez le médecin, il va dire il faut attendre trois jours et revenir, donc ils disent autant attendre les trois jours avant d'aller. Et parfois, ça, ça craint. Parce qu'ils veulent pas payer deux fois. Ça aussi à la maison médicale ben on pense pas à ça, on se dit "ben je vais aller chez le médecin, s'il a rien de grave il va dire revenez dans trois jours et je reviendrai dans 3 jours.** Alors quand on paye ça devient compliqué pour les gens.

Chercheuse 00:26:11.410

Je passe à la question suivante. On va revenir sur les mêmes sujets hein de toute façon... Parce que vous dites déjà des choses qui répondent à mes questions suivantes hein... Si vous avez d'autres choses à rajouter sur ce qui est pour vous les avantages et les inconvénients, éventuellement, d'être dans un système au forfait. Vous avez déjà un petit...

A3 00:26:32.200

Ben les inconvénients on n'en voit pas beaucoup

A6 00:26:33.550

Ben non.

Chercheuse 00:26:33.980

Vous ne voyez pas d'inconvénient?

A5 00:26:35.590

Je ne vois pas.

A2 00:26:41.200

La seule chose, mais ça ne m'est pas arrivé à moi, mais à quelqu'un de ma famille. Elle a fait un cancer du sein, donc on lui a retiré, tout ça. Et puis elle devait continuer de faire de la kiné pour ses douleurs. Et c'est vrai qu'elle **n'était pas très contente à la maison médicale, qu'on lui a imposé un kiné ici, alors qu'il y a un kiné spécialiste dans ce genre de problèmes.** Et elle n'a pas compris le fait qu'elle dit que c'est le kiné chez qui je vais aller elle est spécialiste que dans ça, ce problème-là. Ici à la maison médicale ils sont pas spécialistes. Là, je trouve ça..., ça c'est un inconvénient.

A6 00:27:19.190

Ils ont imposé?

A2 00:27:21.260

Oui sinon, il n'est pas remboursé.

A1 00:27:23.260

Il faut insister. **Il faut insister parce que s'il y a un problème. Ils préfèrent renvoyer.** Moi pour mon épaule on ne sait rien faire ici. Donc, **je vais chez un kiné extérieur et c'est le docteur qui me l'a conseillé** quoi...

Il faut vraiment demander...

A2 00:27:41.060

Je dis juste ce que j'ai entendu. Elle a dû aller quand même chez la kiné à l'hôpital qui est spécialisée. Elle a payé, ça.

A1 00:27:49.360

Mais il faut insister...

Chercheuse 00:27:56.810

Si je me permets d'intervenir pour clarifier, les choses... Donc effectivement les kinés, quand on est au forfait, on est limité aux kinés qu'il y a. Or, c'est un domaine où il y a pas mal de spécialisations pour les vertiges, par exemple, les choses comme ça, ou la kiné uro-gynécologique, post-partum. Il y a plusieurs spécialités et donc ça peut être un petit peu compliqué d'être limité aux kinés qu'il y a dans la maison médicale. Maintenant à un moment donné, vous pouvez établir un accord avec la maison médicale et ça arrive souvent pour les kinés. Maintenant, ça dépend peut-être d'une maison médicale à l'autre parce que

chacune fonctionne différemment. Mais si vous êtes d'accord avec la maison médicale, ils peuvent, eux, rembourser des séances de kiné à l'extérieur. Si c'est un kiné spécialisé et que la maison médicale estime que c'est mieux un kiné extérieur que le kiné de la maison médicale. Maintenant, ça dépend peut-être d'une maison médicale à l'autre. Mais du coup, vous êtes quand même remboursé, c'est pas la mutuelle qui rembourse c'est la maison médicale, qui décide qu'elle accepte de payer pour des soins à l'extérieur.

A1 00:28:57.260

C'est ça, **tout dépend peut-être du médecin hein.**

A2 00:28:59.430

Je ne connais pas les détails, mais je ne fais que rapporter ce que j'ai entendu... Moi-même j'ai eu un problème à l'épaule, alors qu'avant, on n'imposait pas ici le kiné. Il y avait des kinés, mais si vous voulez vous allez ailleurs. Et j'ai eu des problèmes d'épaule, **j'ai fait tous les hôpitaux** et ça n'a pas aidé. Et je reviens à la maison médicale. Je vois un médecin qui n'était même pas le mien parce qu'il n'était pas là. Il me dit ben il y a un kiné ici. Et je vais chez elle et ça marche avec elle. C'est pas.. c'est juste moi, je vais à l'hôpital, et à l'hôpital **je vois le rhumatologue, il me dit "vous allez chez un tel".** L'hôpital c'est comme ça. Vous faites ça ça ça. Et j'ai suivi **et ça n'a pas été.** Tandis qu'ici **j'ai été prise en charge mieux pour mon problème.**

Chercheuse 00:29:44.450

D'autres inconvénients, éventuellement?

A6 00:29:46.900

Les gardes... J'ai l'impression qu'ils ne sont pas souvent de garde... À un moment donné, ils ont dit chez si vous voulez quelqu'un de garde de chez nous, vous appelez d'abord chez nous, et puis vous appelez le médecin de garde.

Chercheuse 00:30:01.290

Donc, si vous appelez d'abord ici?

A6 00:30:06.240

Oui à un moment donné ils ont expliqué ça, mais je n'ai jamais eu quelqu'un de garde d'ici.

A1 00:30:21.030

Je ne sais pas s'ils font des gardes ici.

Chercheuse 00:30:21.930

C'est des gardes centralisées à Charleroi hein. Il n'y a plus de gardes de médecins qui s'organisent par elles-mêmes. C'est un système de garde pour tout Charleroi et les médecins d'ici sont probablement régulièrement de garde dans la zone pour la journée du week-end. La nuit, c'est centralisé, vraiment dans le Grand Charleroi, il y a moins de médecins. Donc la journée du week-end, peut-être que si c'est un médecin d'ici qui est de garde, ils ont dévié la ligne de la maison médicale sur leur téléphone. Ça, c'est possible.

A6 00:30:59.080

Oui c'est pas non plus heu... De toute façon, on le sait...

A3 00:31:00.310

Moi j'ai déjà été au système de garde là, à Charleroi au 33, là derrière. Et franchement c'est bien hein, il y a plusieurs médecins...

A6 00:31:08.230

Heu moi j'ai fait la grippe fin janvier, je peux vous dire que j'étais pas prêt de me déplacer

A3 00:31:16.410

Ah oui oui, mais à ce moment-là alors ils se déplacent ! C'est arrivé une fois en pleine nuit qu'on a dû appeler un médecin. Ça venait du système de gardes là et on m'en a envoyé un de Monceau et elle est venue avec quelqu'un. Il était presque minuit donc...

A5 00:31:29.790

Ce qui est bizarre, c'est que **quand on fait appel aux médecins de garde**, je ne sais pas si vous c'est le cas. Nous généralement, si, après que ça va pas on revient ici. **On revient 3-4 jours après et on vient demander l'avis ici.** Comme si on a un petit peu...

A3 00:31:43.230

On a l'habitude.

A6 00:31:46.240

Ben **on sait que les médecins ils nous connaissent**, ils ne connaissent vraiment bien. **Et ils savent déjà d'office si on pose une question, « ouii. on va regarder, on va faire une prise de sang ou non... »** En général, **99%, c'est toujours correct. C'est pour ça qu'on a confiance.**

A7 00:32:04.150

Oui c'est une question de confiance. Parfois, il m'arrive d'avoir des malaises. Je peux tomber dans dix secondes hein, c'est pas un problème. **Plutôt que d'aller aux urgences** comme je le faisais avant **maintenant je viens ici, je vois d'abord un médecin, en urgence. Et ils le font sans problème.**

Chercheuse 00:32:24.890

Vous pensez que vous venez d'abord ici plutôt qu'aux urgences pourquoi? Parce que vous ne devez pas payer? Pour une autre raison? Parce que vous avez confiance?

A7 00:32:32.620

Parce que vous savez les urgences... **les hôpitaux maintenant c'est devenu des usines à fric. On vous donne des cachets pour rien. On peut passer des examens pour rien. Et en définitive ils n'ont pas cerné le problème.** Depuis que je viens ici le médecin en dix minutes il a cerné le problème, il donne les médocs qu'il faut et puis c'est terminé

Chercheuse 00:32:55.770

Ok, mais vous pensez pas que vous allez plus venir ici? Est-ce que le fait de ne pas devoir payer fait que vous avez plus venir ici avant d'aller aux urgences?

A1 00:33:05.380

Non non. Les urgences en plus... Si on va avec ma maman, je suis allée dernièrement. On est arrivées à 8 heures du matin et sorties à 13 heures pour en définitive faire un examen, puis patienter quoi.. Ici comme monsieur dit, ça va plus vite et puis, ils connaissent aussi le patient et ça c'est plus simple.

A3 00:33:33.840

Moi je dois dire aussi avec les urgences. **J'ai passé six heures aux urgences pour faire des scanners, pour faire prises de sang, des radios, tout le Bataclan.** Je ne savais presque pas respirer. J'étais vraiment très, très mal. **Pour me dire, "Mme prenez un dafalgan et voyez avec votre médecin".** Le lendemain j'ai téléphoné au pneumologue. Oui, vous avez une pneumonie et deux jours après, j'avais une pleurésie, j'étais hospitalisée. En fait, ils m'ont vraiment remballée à la maison et c'est comme ça qu'on a même appelé une fois un médecin de garde parce que je ne savais plus parler! Tellement j'avais du mal à respirer.

A6 00:34:11.720

C'était quel hôpital?

A3 00:34:11.730

À ///

A6 00:34:11.760

Moi, j'y étais début janvier et moi aussi, j'ai dû appeler un médecin de garde parce que c'était dimanche.

A3 00:34:24.270

Il y a presque six ans de ça hein.

A6 00:34:25.070

Elle m'a confirmé. Enfin elle m'a dit je pense que vous avez une pneumonie. Je ne sais rien faire faut aller aux urgences. J'ai été aux urgences et heu ben ils ont voulu me garder! Ils ont fait les prises de sang et tout, en fin de compte c'était pas pneumonie, c'était bronchiolite ! Ce qui n'est pas non plus ... fin soit, j'ai été prise en charge super quoi.

A3 00:34:55.290

J'ai eu un problème ainsi aussi j'avais une pneumonie. Fin j'ai eu une bronchite. Et puis ça a tourné en pneumonie. Je allée à Notre-Dame et ils m'ont hospitalisée et je suis partie à Saint-Joseph, il m'a dit c'est plus à Saint-Joseph, parce que bon disons que j'ai eu un gros problème de santé il y a six ans d'ici. Mon dossier est à Notre-Dame donc j'ai plus vite tendance à aller là-bas parce que bon, ils ont tous les trucs. Je sais bien que maintenant, il y a le réseau Wallon euhh..

A4 00:35:30.430

Mais passer six heures aux urgences et après on va vous dire prenez un Dafalgan et voyez votre médecin c'est. Je comprends qu'il y a en a qui pète un câble quoi...

A6 00:35:40.360

Ah non ici j'ai été prise en charge tout de suite. Oui, c'est vrai, je suis resté longtemps aux urgences parce que voilà, il y a la prise de sang et tout, mais j'étais pris en charge quoi.

A3 00:35:48.490

Ah, mais m'ont prise en charge hein et ils m'ont mise dans une salle, j'ai fait ce que j'avais à faire et puis ils m'ont fait attendre dans la salle d'attente et je vous assure que j'étais vraiment très très mal. Franchement, là, j'ai vraiment râlé quand le jeudi là je ne savais plus parler, j'étais vraiment toute bloqué parce que. Et il

me dit on va aller aux urgences, je me dis, mais qu'est-ce que je vais faire aux urgences, on va me remballer à la maison quoi ! Le lendemain, j'ai été hospitalisé pendant 10 jours quoi parce que j'avais une pleurésie, j'avais de l'eau au poumon quoi... Vraiment la totale quoi.

A5 00:36:14.530

Ce qui est bien pour revenir sur la maison médicale. Quand on a été hospitalisé, et je crois que... c'est Dr P3 est venue te voir hein ?

A6 00:36:25.960

Hmm non

A5 00:36:25.970

Non c'était mamy qui était hospitalisée... Et le Dr P3 est venue la voir quoi. **Elle était dans l'hôpital et elle est venue la voir. Mais vraiment pour la voir, pas qu'elle passait** et que... Et en descendant, j'ai croisé le docteur P4 qui m'a dit "ben j'avais une heure et je viens voir mes patients". Ils le savent très bien quoi. Ça, c'est vraiment... Je me suis dit que c'était la première fois que comme ça... je ne savais pas que le médecin...

A3 00:36:56.170

Non mon ancien médecin traitant faisait ça aussi oui

A5 00:36:57.070

Ben je trouve ça super parce que voilà, ça prouve qu'il s'occupe et...

A3 00:37:03.070

En fait je ne sais pas si vous voyez, Mme X, sa fille travaille ici. Et elle est infirmière ici. Et en fait, elle est à, elle a commencé ici hein, anciennement, mais ce n'était pas la maison médicale, ou c'était peut-être le début, je n'en sais rien, mais quand elle a commencé elle était ici, mais c'était pas comme ça. Et puis, elle est partie à Lodelinsart et était avec un nom... pas X... enfin il y avait un autre médecin avec. Et ça a été fait sur la place ... je ne sais comment quoi, mais enfin à Lodelinsart quoi. Mais elle faisait partie un peu des médecins ici.

A5 00:37:50.210

Fin c'est bien je trouve, d'aller voir ses patients comme ça ... C'est rare quand même.

Chercheuse 00:37:53.430

OK... On peut peut-être passer à la question suivante? Donc, comme on a bien compris hein, les soignants ne sont pas payés par fois où vous allez les voir, ils ne sont pas payés par vous directement. Donc, la maison médicale reçoit chaque mois un forfait. Le médecin est payé. Est-ce que vous avez l'impression que vous avez observé que ça avait un impact sur votre relation avec les soignants ? Le fait de ne pas les payer directement ? Est-ce que vous trouvez que ça change un aspect ou l'autre de la relation avec l'infirmier, avec le kiné ? Je vous écoute ?

A7 00:38:29.330

Tout à fait. Quand vous écoutez certains médecins quand ils discutent entre eux dans un hôpital, vous vous rendez compte que c'est... c'est une usine à fric. Ici, c'est pas le cas, **il y a jamais le terme argent qui est... Que vous soyez pauvre, que vous soyez riche, que vous... tout le monde est au même niveau. Ce qui n'est pas le cas, ce qui n'est pas le cas chez un médecin traditionnel ou chez un médecin dans un Hôpital. Vous voyez Maggie De Block qui débarque dans un hôpital elle a 7 ou 8 qui déroule le tapis rouge, elle a 7 médecins, 14 infirmières au cas où elle tomberait. Heu, vous vous arrivez... si malheureusement... comme ici il m'est arrivé d'avoir un malaise en pleine rue. Évidemment, je suis tombé il pleuvait il faisait tout boueux. Mais dans quel état je suis arrivé dans l'hôpital c'est à peine si on m'a pas pris pour un clochard.**

Chercheuse 00:39:20.790

Et ici vous trouvez que du coup, vous êtes plus respectés, c'est plus équitable?

A7 00:39:25.390

Ici oui, il peut m'arriver n'importe quoi. Bon maintenant ma maladie je la connais, je sais quels symptômes, avec lesquels il faut pas jouer, mais quand il y a des trucs qui vont pas, je préfère cent fois venir ici. Ils vous connaissent, ils vous respectent. **Même si je suis plein de peinture parce que j'ai mis en couleur à la maison. Ils s'en foutent royalement quoi.**

A5 00:39:48.590

Je me pose même pas la question quoi... Moi quand je viens ici je ne me pose pas la question...

A1 00:39:53.730

Moi je ne trouve pas que ça change... le rapport avec le médecin... Non

Chercheuse 00:39:57.650

Quand vous avez une consultation où à la fin, vous allez devoir payer ou si à la fin vous n'allez pas devoir payer. Vous trouvez que ça ne change rien à la relation?

A6 00:40:08.330

Personnellement, ça fait des années déjà...

Chercheuse 00:40:10.780

Si vous allez voir un spécialiste, par exemple, ou un médecin de garde. Ben à la fin de la consultation, vous allez devoir payer. Peut-être que pour vous, ça ne change rien du tout. Tout à fait possible, mais ça peut éventuellement...

A6 00:40:25.090

On va dire que ça fait bizarre quoi. **On a tellement l'habitude de ne pas payer. Alors quand on voit un médecin qui sort le truc ça fait bizarre, mais c'est normal, fin c'est pas...**

A4 00:40:36.970

Après quand il demande 60 euros heu, ça fait encore plus bizarre hein... Pour 10 min 60 euros...

A2 00:40:42.600

Mais ça, ça ne change rien dans la relation parce qu'on a déjà eu des spécialistes, qu'on a payés très, très cher. **Et ce n'est pas pour ça que la consultation s'est passée comme on voulait... Il n'y a pas une écoute il n'y a pas eu cette relation de confiance limite qu'on se dit ... je vais aller voir quelqu'un d'autre** alors qu'à la fin de la consultation on vous demande 70 euros, parfois même plus. Donc ce n'est pas ça qui change ici,

Chercheuse 00:41:09.490

Mais vous vous dites ça dans un sens, mais on pourrait voir aussi ça dans l'autre sens. Est-ce que vous avez l'impression que le spécialiste va peut-être vous dire de revenir parce qu'il va pouvoir recevoir ses 60 euros? Ou pas du tout, vous n'avez jamais eu cette impression avec un médecin qui vous faisait revenir un peu pour rien. Pour être payé.

A1 00:41:30.110

Non

A5 00:41:30.190

Il y en a peut-être, mais...

A6 00:41:30.230

Moi j'avais pas ce sentiment-là.

A5 00:41:30.240

Vous faites un examen, il ne sait pas vous donner les résultats tout de suite, ou il vous dit qu'il y a peut-être quelque chose à faire. En fait, vous vous dites, c'est lui le médecin et vous ne savez pas très bien, fin voilà, vous faites confiance. Après, c'est sûr s'il me demande de passer 4 fois et que j'ai l'impression qu'il fait quatre fois une prise de sang ou qu'il fait 4 fois la même chose, je vais lui dire là à un moment donné il y a un souci. **Mais si je vais à l'examen et qu'il donne des résultats et que je fais un autre examen. Je me dis voilà... il sait ce qu'il fait. Vous vous posez peut-être des questions plus tard,** alors là si c'est logique, si c'est chaque fois un examen différent et qu'il vous donne des explications.

A1 00:42:08.370

Je n'ai jamais eu cette impression-là

A3 00:42:10.240

J'ai été opérée du canal carpien et puis il me demande de revenir, mais forcément pour voir comment ça va. Mais une fois et puis c'est tout.

A7 00:42:16.520

Ça dépend du médecin, je ne vais pas citer de noms puisque... Je suis tombé sur des cardiologues... Le cardiologue vous devez le voir tous les x temps. Le gars il est à son bureau, sur son ordinateur, un GSM collé au truc, vous êtes assis pendant un quart d'heure. Et il vous dit rien, il vous dit même pas bonjour. Puis à un certain moment donné il me regarde et il me dit "ah, il y a rien de changé, vous pouvez y aller". Et là c'est 70 boules quoi. Après je suis tombé sur une pneumologue, qui a réussi à trouver certains faits et à soulager certains besoins. Ça ne me dérange pas de payer les 70 boules quoi.

A3 00:43:07.640

Par contre, ce que j'ai eu aussi avec un médecin traitant, mais bon il y a déjà bien 25 ans d'ici je n'habitais pas par ici. Et mon médecin traitant, l'ancien, qui a pris sa pension, il ne savait pas venir là-bas, il disait c'est trop loin etc. Donc j'avais pris un médecin par Pierre Paul et Jacques qui connaissaient, donc je vais. Et un jour, j'étais malade. **Puis je dis Dr je peux vous demander un renseignement ?** Donc je demande un

renseignement. Et puis je lui demande "qu'est-ce que je vous dois ?" Bah 800 francs, c'était encore en francs. 800 francs et 500 francs pour le renseignement. Alors que même ici, on peut venir, comme mon ancien médecin traitant, vous pouvez demander un renseignement qui ne vous concerne pas, il va vous répondre. **J'ai trouvé ça aberrant quoi de se faire payer pour un renseignement.**

A7 00:44:00.340

Ben il y a des médecins ont le feu sacré, ce que j'appelle le feu sacré, qui font leur métier par passion, et à côté de ça, vous avez des fils à papa, qui eux, sont devenus médecins parce que papa voulait qu'il devienne médecin, parce qu'ils peuvent se faire du pognon.

A3 00:44:15.150

Peut-être enfin on ne va pas rentrer dans un débat comme ça... Mais bon, ça, j'ai trouvé ça heu...

A7 00:44:18.670

Et ça à la maison médicale j'ai pas encore trouvé hein...

A3 00:44:23.110

Non. Et même chez Mme... Moi j'avais Mme D. Je lui téléphonais je dis j'ai besoin d'une ordonnance ou quoi que ce soit. Eh bien, elle me le mettait sur la chaise et j'allais le chercher au cabinet, quoi. Que lui, me faisait payer pour une ordonnance.

A2 00:44:38.870

Oui c'est vrai ça c'est plus facile pour les ordonnances. Quand on a besoin d'un médicament, qu'on a l'habitude de prendre, on téléphone et on l'a. On n'est pas obligé de venir rester ici une heure, attendre de passer chez le médecin, donc ça c'est une facilité aussi.

Chercheuse 00:44:53.060

Je pense qu'on peut passer à la question suivante. Donc ça on en a un tout petit peu parlé, mais on va peut-être repréciser un peu. Donc, vous êtes obligés, entre guillemets, de choisir parmi les soignants de la maison médicale pour vous soigner. Puisque si vous allez à l'extérieur, vous n'êtes a priori pas remboursés, sauf les exceptions dont on a parlé. Est-ce que ça vous a déjà posé un problème? Et si oui, pourquoi? On a eu l'exemple de la personne que vous connaissez. Est-ce qu'il y en a d'autres?

A5 00:45:27.200

C'est positif en fait. C'est un exemple positif parce qu'elle avait un problème à l'épaule, mais ils n'avaient pas l'appareil pour soigner, pour ce qu'il fallait faire.

A6 00:45:42.860

C'était une calcification donc il fallait...

A5 00:45:44.350

Et elle a donné l'adresse d'un autre kiné et ça s'est super bien passé.

A6 00:45:44.490

Ah des ondes de choc !

A5 00:45:49.310

Parce qu'ici il n'y avait pas ce qu'il fallait quoi. Il n'y a pas eu de soucis, on a eu les séances qu'il fallait, on a payé ce qu'on devait, on a eu le remboursement qu'on devait, on ne s'est pas posé de questions. Donc c'était positif.

A1 00:46:06.350

Oui, non, c'est ça, mais... avant, on pouvait choisir son kiné. Je trouvais ça bien parce que par quelqu'un, on sait que tel kiné correspond mieux à tel truc. Et c'est vrai que le fait d'avoir le kiné obligatoire à la maison médicale, des fois, ça peut être un petit peu... ça peut ne pas convenir...

A3 00:46:26.480

Ou le contact qui passe moins avec tel kiné

A1 00:46:26.570

Oui fin ça ils sont tous sympas hein. Peut-être que... voilà, j'avais un kiné chez qui j'allais habituellement. Et puis voilà, le fait qu'on est obligé de venir ici c'est peut-être ça qui pose un peu de soucis... Mais sinon...

Chercheuse 00:46:42.760

C'est le fait d'avoir avant eu l'expérience avec un kiné, d'avoir dû changer ou c'est le fait qu'une fois que vous êtes inscrite, vous êtes obligée de choisir là et si vous entendez quelqu'un... Ou c'est les deux?

A1 00:46:57.330

Oui voilà, c'est les deux. Mais il est vrai que si on doit aller chez un kiné pour un traitement un peu plus spécial, c'est vrai qu'ils sont ouverts. Et ça, c'est bien.

Chercheuse 00:47:12.030

D'autres choses? Monsieur?

A8 00:47:15.250

Tout va bien.

Chercheuse 00:47:15.360

Ça ne vous a jamais posé le problème de ne prendre que les infirmières d'ici, que les kinés d'ici?

A8 00:47:26.060

Non. Il y a des moments où les infirmières passent à la maison pour des piqûres, etc. Ils sont gentils, ils font leur travail. Il n'y a pas de problème, ça va. Sinon on ne serait pas là.

Chercheuse 00:47:41.960

D'autres choses?

A5 00:47:46.420

Point de vue problèmes non aucun.

A7 00:47:50.190

Jusqu'à présent, aucun.

Chercheuse 00:47:51.990

Magnifique

A6 00:47:53.210

C'est dur de trouver du négatif hein.

Chercheuse 00:47:55.490

Après, c'est peut-être pas pour rien que vous êtes venus aujourd'hui.

A3 00:48:05.750

J'aurais pensé qu'il y aurait quand même eu plus de monde hein.

Chercheuse 00:48:06.500

On n'a pas invité tout le monde. Donc, c'était normalement des personnes tirées au sort qui ont après été contactées par la maison médicale. Comme ça, on couvre peut-être un petit peu plus, après ceux qui acceptent de venir évidemment, ce n'est pas n'importe qui. Il y a des raisons peut-être pour lesquelles vous êtes là hein, mais voilà. Tout le monde n'a pas été informé. Je pense qu'ils ont appelé une centaine de personnes.

A3 00:48:30.970

Ouf!

Chercheuse 00:48:33.660

Oui, ils sont gentils avec moi. Mais après, ça les intéresse aussi hein, je vais leur faire un retour. Un peu de ce que vous dites sans qu'il puisse identifier qui a dit quoi. Vous ne dites que des choses positives, mais soyez à l'aise. Si vous voulez dire des choses négatives, ils ne sauront pas qui a dit quoi.

A2 00:48:51.910

Ben ça permet aussi d'améliorer le service.

Chercheuse 00:48:54.840

Oui c'est ça. C'est pour ça que moi, je vais préparer un retour.

A3 00:49:01.660

Et puis si on n'a rien à dire, on ne va pas essayer de trouver des points négatifs.

Chercheuse 00:49:05.990

Non ça c'est sûr, mais soyez à l'aise, vous n'allez pas avoir de problèmes par la suite.

A7 00:49:09.190

Même si c'est nominatif, personnellement, pfiouh...

Chercheuse 00:49:16.050

Ça va. Alors, la question suivante. On l'a aussi un petit peu déjà évoqué, mais pour creuser le sujet. Est-ce que vous avez déjà consulté en sachant que ce serait gratuit alors que si vous avez dû payer vous auriez attendu un peu plus longtemps ? Je parle pour vous, mais on a déjà peut-être parlé d'autres personnes que vous connaissez. Ça peut être intéressant aussi si vous savez que des gens consultent uniquement parce que...

A3 00:49:38.280

Oui

Chercheuse 00:49:38.650

Je vous écoute

A3 00:49:40.290

Parce que moi j'ai ma soeur, qui a quand même aussi des problèmes de santé, et des fois, comme elle doit retourner régulièrement chez le médecin, c'est quand même 30 euros la visite à domicile, enfin chez elle. Il y a des fois où elle attend avant d'aller consulter, parce qu'il faut sortir quoi. Et disons, moi, je trouve qu'il **devrait y avoir plus de maisons médicales**. Franchement, pour mon compte personnel, hein. **Des fois** par exemple, **le rayon est quand même un peu limité**. Bien sûr, il faut aller au-delà, mais le rayon est quand même limité quoi.

A4 00:50:11.180

Il y a beaucoup de personnes qui disent "maison médicale, médecin pas bon".

Chercheuse 00:50:13.020

Hmhmm, pourquoi?

A3 00:50:13.030

C'est leur pensée.

A4 00:50:19.760

C'est leur pensée. Parce que c'est gratuit ils se disent le service est peut-être moins bon.

Chercheuse 00:50:28.970

Vous en voyez des gens qui disent ça aussi?

A6 00:50:31.340

Oui parfois ils disent c'est pour les gens qui sont démunis

A3 00:50:33.250

Ben franchement non.

A5 00:50:33.250

C'est pas vrai déjà au départ hein

A7 00:50:38.550

C'est pas vrai je connais, je connais quelqu'un qui est loin d'être démuné, et il vient aussi à la maison médicale.

A5 00:50:48.460

Quand je suis venu, je me suis inscrit, et ils m'ont pas demandé si je travaillais, si je travaillais pas, etc. Et je ne me suis pas posé la question. Maintenant, c'est peut-être parce que je n'étais pas dans le cas. Peut-être que celui qui sait qu'il va avoir du mal, il va dire "ah c'est un avantage". Moi, je ne me suis pas posé la question parce que voilà. **L'idée de pas payer je veux dire moi j'ai heureusement la chance de me dire "OK".** Mais c'est clair que pour ceux qui ont des problèmes, je trouve ça génial.

Chercheuse 00:51:12.530

Et vous avez l'impression que vous, vous consultez plus vite si vous ne devez pas payer que si vous deviez payer, alors que c'est pas spécialement un problème?

A5 00:51:19.750

Non, non. Je ne me suis pas posé la question. **Quand je viens, c'est parce que je sens que je dois venir.** Je me dis que voilà, après encore une fois, comme madame disait tantôt, si on sait qu'on doit aller une fois et qu'on doit aller 3 jours après, ben on va attendre les trois jours. Alors que moi je me pose même pas la question, si j'ai envie d'aller maintenant, même si je sais qu'il faut 3 jours... Si je me sens pas bien, je veux dire, pourquoi je dois attendre 3 jours. **Après derrière qu'il faut payer ou pas encore une fois c'est parce que j'ai la chance de travailler, mais voilà.** Fin pour ceux qui ont la chance de pouvoir venir sans se poser la question qu'ils vont payer, parce qu'après 3 jours ils vont peut-être revenir, c'est génial pour eux quoi c'est... voilà, ils ont pas les moyens et ils viennent, c'est génial quoi.

Chercheuse 00:51:56.740

Pour vous expliquer un petit peu mieux ma question, en fait, il y a un peu des débats. Il y a des gens qui pensent, dans la littérature, etc., que si on paye pas les soignants, on va gaspiller. On va aller tout le temps pour rien, abuser du système et faire plus de choses qu'on ne ferait pas si on devait payer. Le fait de payer, c'est quelque chose qui limite le patient dans ses consultations. Et puis, il y a l'autre question qui dit que si on doit payer, peut-être, qu'on n'aura pas accès. Donc, il faut diminuer le prix pour que les gens puissent consulter le médecin et ne doivent pas retarder leurs soins. Les deux discours un peu en balance.

A5 00:52:35.330

Je trouve que le fait de devoir payer en fait, fin je ne suis pas médecin hein donc je ne sais pas ce que je dis c'est vrai hein, mais avec l'habitude je pense que je peux le dire. C'est que le fait que vous payez pas, vous allez venir tout de suite, si vous toussez, par exemple, et que c'est le début, c'est peut être sur le dessus je ne sais pas. Et vous venez parce que voilà, peut-être que pour ceux qui n'ont pas les moyens, ils viennent

parce qu'ils ne payent pas et donc ils viennent, ils vont être pris tout de suite. Que si je dis, je vais attendre un peu, ben ça va peut-être descendre, ça va peut-être s'aggraver. Et donc, de toute façon, derrière, il y aura quand même plus à payer faudra peut-être plus de médicaments, donc ce sera au niveau des médicaments qu'on va perdre, fin je suppose que vous parlez de la dette de la sécurité sociale fin voilà. Donc, je pense que ce qu'on va gagner en ne... Enfin, je ne sais pas si je suis clair, ce qu'on va gagner ne le faisant pas tout de suite, on va le perdre après parce que ça s'aggrave, on va le perdre avec des médicaments supplémentaires, des choses comme ça.

Chercheuse 00:53:28.680

C'est la grande question

A5 00:53:29.660

Pour moi c'est positif de pouvoir venir tout de suite.

A6 00:53:33.530

C'est tellement facile qu'on ne se pose plus la question. Vous nous dites que... oui, peut-être, en fin de compte, c'est tellement facile, tellement habituel qu'en fin de compte on se pose plus... Voilà quand le médecin de garde est venu pour moi, c'est vrai qu'on s'est regardés parce que... Alors moi à l'heure actuelle je n'ai pas beaucoup de liquide, je fais toujours avec ma carte bancaire, donc il y a pas beaucoup de liquide à la maison. Et quand on a appelé le médecin on s'est dit purée, est-ce qu'on a au moins 60 euros en liquide?

A4 00:53:58.200

Vous voulez des pièces de cinq centimes... (haha)

A6 00:53:58.200

Je ne sais pas si tout le monde est dans ce cas, mais c'est vrai que c'est beaucoup des cartes quoi, moi je n'ai même pas de liquide. On a un peu de liquide oui, on a toujours un peu de liquide dans son portefeuille, mais je veux dire on n'a pas des sommes heu... Voilà, on s'est quand même posé la question. Alors que quand on vient, oui c'est peut-être tellement automatique.

A5 00:54:21.500

Je trouve que c'est de l'argent qu'ils méritent.

A6 00:54:23.470

Ben évidemment dis

A5 00:54:23.500

Parce que je crois qu'ils font parfois des réunions et ils parlent des patients. Peut-être que ce n'est pas mis en évidence parce que voilà. **Le médecin qui est tout seul dans son cabinet, je ne suis pas sûr qu'il va revoir parfois, les cas difficiles ou quoi. Il a ses patients et il pense au patient quand il vient.** Fin je ne sais pas. Mais **ici**, je sais qu'ils font des réunions parce que **des fois, ils me disent "ah oui, on en a parlé"**. Donc, je dis que c'est quand même un travail qu'ils font en dehors. **Il ne vous voit pas, il parle quand même de vous**, il vous donne quand même un conseil quand vous revenez. Je trouve que c'est quelque chose.

Chercheuse 00:55:05.880

Ça, c'est quelque chose que le forfait permet effectivement c'est d'être payé pour faire autre chose que des consultations.

A6 00:55:12.020

Et puis peut-être que pendant 6 mois, ben il ne nous verra pas et puis pendant deux mois ils vont nous voir quoi donc, il y a un équilibre à ce niveau-là.

A5 00:55:12.740

Ceux qui disent que justement, ils ont de l'argent sans rien faire, ils ne savent peut-être pas ça, qu'ils font des réunions comme ça, qu'ils discutent des cas... Mais ceux qui ne savent pas, qui disent ah oui tu payes, mais s'ils ne te voient pas tu payes quand même, et donc tu prends de l'argent. Mais non, parce que si les cas plus difficiles ils en parlent derrière tout ça, c'est du travail quand même hein. Donc quelque part, ils méritent leur argent.

A6 00:55:39.710

Le nouveau système qu'ils ont fait où on peut prendre rendez-vous là, c'est pas mal non plus ça. C'est pas comme ça depuis le début, mais ils ont commencé à faire aussi par rendez-vous. Donc avant, c'était le matin et le soir, et maintenant l'après-midi, c'est sur rendez-vous. Je trouve que ça, c'est pas mal non plus.

A5 00:56:01.970

Oui ils ont une bonne disponibilité aussi

A6 00:56:05.400

On parle beaucoup nous hein.

Chercheuse 00:56:11.320

Vous avez l'impression que ça change quelque chose? Le fait que c'est gratuit? La consultation?

A7 00:56:16.510

Non. Mais moi, je vais vous dire franchement que je suis déjà venu, en fin je viens en moyenne 2 fois par an sans être malade. Simplement puisqu'il me faut des documents médicaux

Chercheuse 00:56:28.450

Et si on parle de prévention peut-être. Est-ce que vous trouvez que ça change quelque chose dans la prévention ? Le fait que les soins soient gratuits.

A3 00:56:37.660

Qu'est-ce que vous entendez par prévention ?

A7 00:56:37.660

Non parce qu'ils vous devancent au niveau de la prévention. Au niveau des vaccins, au niveau des trucs pour le cancer du côlon.

A3 00:56:43.110

Oui c'est vrai ça.

Chercheuse 00:56:53.700

Et vous avez déjà vu ça en dehors de la maison médicale?

A3, A6, A5, A1 00:56:58.470

non

Chercheuse 00:57:01.520

Ce que j'entends par prévention eh bien il y a toutes les consultations de prévention, si vous allez chez votre médecin, pour faire des dépistages des choses comme ça. Il y a les préventions dans la salle d'attente, les campagnes qu'ils peuvent faire à la maison médicale, comme par exemple vous envoyer des vaccins. Vous rappeler plein de choses.

A2 00:57:22.080

Mon médecin traitant profite toujours de ... soit de me rappeler un vaccin, pour les enfants, quand il y a eu le vaccin pour le cancer du col de l'utérus et tout ça. Donc pour les dépistages des cancers du sein, ça elle a ses notes aussi à chaque fois que je passe limite chez elle. Maintenant, pour répondre à votre question de la facilité des soins, est-ce parce qu'on ne paye pas on vient plus souvent, moi si je parle pour mon cas, non. Je ne viens pas beaucoup. Je viens au cas où je suis vraiment malade. Je m'inquiète pour quelque chose. Mes enfants quand ils étaient petits, c'est vrai ça facilite quand on a trois enfants qui tombent malades l'un après l'autre. Mais ce n'est pas pour ça. Ce n'est pas parce que je ne paye pas que je viens, parce que ça m'est arrivé d'aller aux urgences au soir et payer les urgences, alors je ne pouvais pas payer. C'est parce que je m'inquiétais, je voulais une radio tout de suite. Donc pour moi non, maintenant, ça dépendra de chaque personne.

A3 00:58:12.630

non, voilà

A1 00:58:12.640

Oui c'est pareil

A3 00:58:13.070

Moi, il y a des fois où je reste quelques mois sans revenir. Parce que bon, on n'est pas malade ou quoi. Et puis bon on est malade on vient ou alors, même si je ne viens pas, je téléphone et voilà, je fais l'ordonnance et... Mais par contre, pour en revenir à autre chose un médecin traitant payant... Moi, je vois le problème avec **ma fille, il faut qu'elle lui envoie un SMS pour avoir un rendez-vous** pour aller chez elle. **Et quand a trois enfants et alors quand il y en a un qui est malade**, eh bien franchement, des fois, **c'est deux jours après qu'elle le reçoit**. Question de ça je trouve que ce n'est pas bon, on ne va pas aller aux urgences si c'est un rhume, si c'est une pharyngite ou quoi fin faut être logique. Donc on demande à être vu par le médecin traitant. Puis il faut un certificat pour l'école. Oui, ça, c'est deux jours après donc c'est ma fille qui commence à les soigner, sachant ce qu'il faut faire.

Chercheuse 00:59:05.390

Mais ça, c'est plus un problème du fonctionnement du médecin lui-même

A3 00:59:09.400

Mais elle en a un autre aussi, elle ne sait pas la recevoir... Maintenant elle a changé de médecin parce qu'elle s'est dit, c'est pas pratique, quoi hein.. Donc elle a changé vers un autre médecin, mais... c'est un

petit peu pareil quoi... Un médecin traitant... je ne veux pas dire qu'ils sont tous comme ça, mais elle dit, maman, franchement, tu as facile par rapport au...

Chercheuse 00:59:26.650

La disponibilité, quoi

A3 00:59:27.910

La disponibilité, c'est ça.

A6 00:59:30.150

Et ils sont plus qu'un ici hein. Même si on n'a pas celui auquel on est habitué. Parce que c'est vrai qu'on en a un chez qui on est habitué ça c'est clair. Mais quand on... on connaît les autres aussi, quand même quoi donc euh, là-dessus, franchement ...

A5 00:59:41.330

Après pour revenir à votre question. Je ne sais pas comment ça fonctionne puisqu'au niveau l'équipe, **il y a quand même des personnes qui font l'accueil, qui répondent au téléphone, tout ça, ça libère le médecin aussi.** Et on disait tantôt, **vous êtes plus écouté, mais justement, ils ont plus de temps pour ça,** ils ne doivent pas répondre, et prendre les rendez-vous.... Mais pour répondre à votre question, ce que vous disiez les gens si on paye, si on ne paye pas. Je pense que ces gens, cette personne, il faut les payer aussi, fin je ne sais pas comment c'est organisé

Chercheuse 01:00:10.010

Oui elles sont payées.

À5 01:00:10.030

Fin donc tout ça, ça fait un tout donc quelque part, ça ne me choque pas. Si je ne viens pas qu'ils soient payés parce que je suis patient...

Chercheuse 01:00:21.920

Oui dans la maison médicale, l'accueillant a un rôle très important. Il apporte beaucoup à la prise en charge.

À5 01:00:25.900

Donc quelque part, je suppose que ça fait partie du tout quoi programme et **donc que je ne viens pas et ils reçoivent mon forfait he bien si c'est pour l'accueil et que d'autres peuvent en profiter.** Justement, il y a plus de temps pour écouter les autres personnes et tout ça, c'est positif quoi. Donc ça ne me choque pas. On ne paye pas, on ne vient pas. Ben tant mieux quoi. **Moi je préfère payer toute ma vie et ne pas venir une seule fois** quoi !

À4 01:00:50.900

C'est comme les assurances, vous les payez, vous n'utilisez pas, c'est bien quoi !

Chercheuse 01:00:55.260

Est-ce que vous avez d'autres choses à dire comme ça dans l'absolu, sur le système ?

À5 01:01:09.600

Je ne connais pas bien leur position du côté des médecines douces, au niveau acupuncture, au niveau homéopathie.

À3 01:01:15.140

A ben par contre il y en avait une. Dans les kinés...

À1 01:01:15.190

Oui c'est vrai que **ce serait peut-être bien d'avoir aussi ce côté-là de l'acupuncture, parce que c'est pas évident de trouver.**

À5 01:01:16.020

Je ne sens pas leur heu.. S'ils ont une affinité ou pas avec ça. Je préférerais savoir, qu'ils disent "OK nous on n'est pas d'accord".

Chercheuse 01:01:17.240

Vous avez déjà posé la question?

À1 01:01:36.530

C'est l'occasion...

Chercheuse 01:01:40.820

Mais moi je ne sais pas. Je ne travaille pas ici hein, donc.. Dans les maisons médicales en général ben c'est variable d'un soignant à l'autre. Chacun a ses opinions en particulier. Maintenant, on observe que les maisons médicales permettent d'augmenter éventuellement, si l'équipe en a envie, d'intégrer des soins

À1 01:02:02.160

Ah c'est à leur demande.

Chercheuse 01:02:03.200

C'est l'équipe qui décide. Il y a des équipes où il y a un ostéopathe qui vient et qui, éventuellement... À Bruxelles, il y a un système avec un ostéopathe qui tourne entre maisons médicales et c'est financé éventuellement par le forfait kiné ou quelque chose comme ça. Il y a des médecins qui se spécialisent dans de l'hypnose, des choses comme ça, mais ils peuvent l'intégrer dans leur prise en charge au forfait, comme ils le sentent. Si on a l'impression que ça fera gagner éventuellement du temps pour d'autres travailleurs ou des choses comme ça. Au final, au niveau du forfait, ça ne change rien.

A1 01:02:33.550

Ça, c'est le petit truc en plus qui pourrait être sympa quoi.

Chercheuse 01:02:36.640

Mais ça, ça dépend des équipes

A1 01:02:38.540

Il y a le diététicien qui est ici aussi.

A5 01:02:41.310

Voilà, par exemple, ça c'est bien. Par exemple au niveau de l'ostéopathe moi je suis pour, mais très doux hein pas celui qui craque, mais.. Que les deux kinés ici, ils le présentent quoi, comme Mr P4 le fait un petit peu, il précise que **ce n'est pas vraiment des ostéopathes. Je me dis quelque part, pourquoi ne pas l'intégrer.** Parce que l'ostéopathe, moi, j'y crois par exemple. Après peut-être qu'il n'y aura pas assez de monde ou...

Chercheuse 01:03:04.430

Mais il y a deux questions. Il y a la question : est-ce que l'équipe a envie d'intégrer ça comme soin dans la prise en charge ? Donc ça, c'est une décision de chaque équipe. Et puis, il y a la question du forfait. Le forfait pour l'instant, ça intègre le médecin, kiné, infirmier et donc ce forfait ne paye pas pour l'ostéopathe. Et donc, ils ne peuvent pas l'intégrer vraiment officiellement dans le forfait. Ça c'est l'État qui décide. C'est la décision des ministres qui sont déjà réticents pour le forfait. Ils ne vont probablement pas l'étendre à d'autres. Le psychologue n'est pas intégré dans le forfait. Donc, s'il y a un psychologue à la maison médicale, soit c'est la maison médicale qui décide de le financer, soit ils vous font payer une partie de la consultation, ça ça dépend un peu...

A6 01:03:46.600

Oui comme le diététicien quoi

Chercheuse 01:03:48.740

C'est la même chose. Donc ça, en fait, c'est eux qui décident. Comme ils ont un budget pour vous prendre en charge. Est-ce qu'ils veulent attribuer une partie de ce budget pour quelque chose qui n'est pas financé officiellement ? Ça fait partie de la liberté qu'offre le forfait à la maison médicale dans son fonctionnement. D'autres choses encore ?

A4 01:04:12.070

Je crois qu'on a tout dit hein ?

A6 01:04:12.080

Oui!

Chercheuse 01:04:15.850

Oui, j'ai juste deux petites questions complémentaires. C'est deux petites questions qui sont moins importantes. Donc est-ce que vous avez un médecin référent ? Est-ce que vous trouvez que ça améliore votre prise en charge ? Le fait d'avoir un médecin référent ?

A1 01:04:33.700

Oui

A3 01:04:34.470

Oui ça oui hein

Chercheuse 01:04:34.530

Et pourquoi ? Fin je connais plein de réponses hein ! Mais pourquoi ?

A7 01:04:40.120

Tout simplement parce que si vous voyez le même médecin. Il a l'habitude de lire votre dossier, à force, il connaît vos défauts il connaît vos problèmes.

A3 01:04:50.170

Même le dossier c'est à peine si il le regarde hein

A2 01:04:52.440

Et il y a une confiance qui s'installe aussi hein.

Chercheuse 01:04:57.650

De votre part ? Vous écoutez plus peut être les conseils de votre médecin ?

A5 01:05:02.540

Non, je fais confiance à tous moi hein, mais je me sens mieux avec mon médecin référent. C'est comme disait monsieur tantôt hein. Il disait le courant passe ou le courant passe moins bien. Ici moi je n'ai pas de soucis, ça passe assez bien, mais j'aime bien avoir la personne, fin le docteur habituel.

A1 01:05:18.030

On se confie plus facilement

Chercheuse 01:05:19.830

Des choses que vous allez dire à lui et non aux autres?

A1 01:05:26.160

oui

A2 01:05:26.170

oui

A7 01:05:26.260

S'il n'est pas là vous prenez un autre médecin. Ça change rien quoi. Il y a des médecins qui prennent le temps de lire heu, votre dossier. Ça prend 5 min, ils lisent votre dossier en diagonale et vous posent quelques questions. Bon, il a déjà une certaine idée.

A6 01:05:45.440

Je ne les connais pas tous, mais en général, mais bon moi c'est Dr P1, c'est pratiquement tout le temps elle. Mais parfois, j'ai déjà eu l'occasion d'avoir Dr P2 qui est très sympathique et très... aussi, fin voilà. Et puis, j'ai aussi Dr P5 qui est très sympathique.

A5 01:06:10.130

Et puis je les ai déjà vu, eux **ils parlent entre eux** hein, donc quelque part, **ça vous rassure aussi, vous savez que s'il n'est pas là** vous savez que **l'autre vous connaît aussi** et que... après ils sont médecins aussi hein.

Chercheuse 01:06:27.930

Mais donc c'est quand même quelque chose d'important pour vous d'avoir ce médecin référent quoi.

A5 01:06:30.320

Et d'avoir ce dossier de vous comme ça avec toutes vos infos qu'ils peuvent consulter

A6 01:06:37.300

Et quand même quelqu'un d'agréable. Je suis désolée, mais quand on n'est pas bien et qu'on voit quelqu'un qui est déjà souriant, ça fait plaisir.

A1 01:06:44.090

C'est vrai qu'ils sont tous souriants.

A6 01:06:46.130

Parce que j'ai déjà eu l'occasion d'avoir... Ah non c'est pour toi pour ta grippe là celle qui est venue là! Oh misère ! Elle avait l'air encore plus malade qu'il n'était! Mais c'est vrai! Peut-être parce qu'elle est de garde je n'en sais rien, qu'elle est pas contente, je sais pas, mais... ça rend encore plus malade quoi, c'est... c'est désagréable quelque part... Tandis qu'eux ils sont toujours souriants quoi.

A3 01:07:09.160

À la limite, vous avez envie d'aller vous suicider après quoi...

Chercheuse 01:07:22.270

La dernière question et après j'espère que vous allez manger un petit peu parce que bon... Vous avez signé un contrat au moment de votre inscription au forfait. Est-ce que vous vous souvenez de ce qui était dedans ?

A3 01:07:35.560

Rholalaaa...

A1 01:07:35.640

Pas du tout !

A6 01:07:36.010

Ils nous ont exactement expliqué ce que vous aviez au départ. Donc ce que vous nous avez dit, on le savait déjà ...

A1 01:07:46.630

C'est vieux hein, mais certainement ... J'ai une très mauvaise mémoire hein donc euh... Je l'ai certainement signé, mais il y a plus de 20 ans quoi...

Chercheuse 01:07:55.770

Vous l'avez signé, ça, j'en suis sûr. La question, c'est est-ce que vous vous en souvenez ?

A1 01:07:57.370

Non, mais j'ai une mauvaise mémoire.

A2 01:07:57.850

Moi je me souviens d'avoir signé et pour mes enfants aussi quand ils ont eu 18 ans ils ont dû résigner.

A1 01:08:12.410

Ah tiens, les miens non

A5 01:08:19.200

Moi je me souviens que **la première chose qui m'est venu à l'esprit c'est pas question d'argent, mais une question de facilité**. C'était: ah tien ben voilà, fin comme on le disait tantôt... on a de moins en moins de liquide, donc vous vous posez pas de question.. En plus il y a de moins en moins de banques... Ben c'est vrai hein ! Vous pouvez aller chercher 30 euros, vous devez faire 15 km...

A2 01:08:34.290

Maintenant aussi, quand on va chez un médecin traitant... Moi c'est arrivé... quand **mon fils est allé chez un médecin traitant sur Louvain-la-Neuve, parce qu'il est étudiant là-bas et le Dr qui le suit lui a dit qu'il pouvait être remboursé, parce qu'il n'a pas la possibilité de venir**, il était malade et on ne peut pas venir pour une consultation. Alors que c'est un médecin généraliste. Et eux, ici ils étaient OK. Donc, il y a une facilité quoi. J'ai oublié de le dire.

Chercheuse 01:09:35.710

Voilà donc si vous avez des choses à dire, sinon vous pouvez manger quelque chose ou partir si vous devez partir.

A6 01:09:36.170

Voilà en tout cas merci.

Chercheuse 01:09:37.550

Merci à vous d'être venus. Au revoir