



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Paiement à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs
déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux
systèmes**

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai 2014 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Mélanie Garnier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Monsieur le Docteur Laurent Verniest

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Marc Vanmeerbeek

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
GÉNÉRALITÉS	4
I.Le système de financement à l'acte : différence entre la Belgique et la France... 4	
A. Agrément et accréditation.....	4
B. Le système de remboursement.....	5
C. Carte SIS	7
D. Le tiers payant.....	7
E.Le dossier médical global.....	8
F.Patients chroniques.....	8
1. Le trajet de soins.....	9
2. Le passeport diabète.....	9
3. Autres.....	10
4. L'accès au spécialiste.....	10
G. Caractéristiques des médecins à l'acte	10
H. Données sur le système à l'acte dans la littérature.....	11
II.Le système de financement au forfait	12
A. Histoire du paiement au forfait en Belgique	12
B. Explication du système de paiement au forfait	13
1. Le forfait à la capitation.....	13
2. Forfait et professionnels de santé.....	13
3. Forfait et patient.....	15
C. Mode de calcul du forfait	16
D. Autres subsides	17
E.Données actuelles sur les médecins travaillant au forfait.....	18
F. Données connues sur le système de financement au forfait	20
1. Dans la littérature internationale.....	20
2. En Belgique	21
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	23
I. Choix de la méthode.....	23

A.Recherche qualitative.....	23
B. Entretiens semi- dirigés.....	23
C. Le modèle de Fishbein.....	24
II.Sélection des médecins.....	26
A. Critères de recrutement des médecins.....	26
B.Méthode de recrutement des médecins.....	27
III.Réalisation et analyse des entretiens.....	27
RÉSULTATS.....	29
I.Caractéristiques des médecins interrogés.....	29
II. Attitude envers le choix du système de paiement	30
A. L'influence du travail de groupe	30
1. Le choix du travail de groupe et non du système de paiement	30
2. Travail de groupe et pratique médicale.....	30
3. Travail de groupe et travail pluridisciplinaire	31
4. Travail de groupe et qualité de vie	31
5.Contraintes liées au travail de groupe.....	32
B.Aspects financiers.....	33
1.La rémunération.....	34
2.Sécurité financière	34
3.Une rémunération du temps non médical	35
4.Consommation de soins et productivité.....	36
5. Accessibilité financière aux soins	37
6. Des restrictions financières dans le système au forfait	38
C. Influence du système de paiement sur la pratique médicale.....	38
1. Liberté de pratique	38
2. Tâches administratives	39
D.Aspect préventif.....	40
E. Aspects liés aux patients.....	40
1. Tendances à la sélection de patients	41
2.Restriction pour le patient	41
3. Autonomie du patient.....	42
4. Relation médecin malade.....	42

5. Le rapport à l'argent.....	43
F. Aspects idéologiques et politiques.....	44
III. Regard de la société pouvant influencer le choix.....	45
A. Regard de l'entourage familial	45
B.Regard des médecins à l'acte sur les médecins au forfait	46
C. Image que les médecins au forfait pensent donner à leurs confrères à l'acte	47
D. Image que pensent donner les médecins à l'acte	48
E. Regard des patients sur les systèmes de paiement selon les médecins	48
F. Regard de la sécurité sociale.....	49
IV.Influences extérieures	50
V. facteurs environnementaux.....	51
VI. Satisfaction par rapport au choix	51
A. Satisfaction.....	51
B. Pour une coexistence des deux systèmes.....	52
VII. Explication de la prédominance du système à l'acte.....	55
A. Conservatisme et habitudes culturelles.....	55
B.Un fondement idéologique du système forfaitaire	55
C. Le forfait un système moins connu.....	56
D. Lié aux choix des pouvoirs publics	56
E.Refus de travailler en groupe, incompatibilité avec un travail solo.....	56
VIII. Vision d'avenir de la médecine générale.....	57
A.Vers une augmentation des pratiques de groupe.....	57
B. Vers un développement du système au forfait ?.....	58
C. Un avenir dicté par des choix politiques.....	58
DISCUSSION.....	60
I. Le travail de groupe, le facteur déterminant majeur du choix	60
A.Un choix groupe/solo plutôt que forfait/acte.....	60
B. Travail de groupe avantages et inconvénients	60
C. La recherche du travail de groupe : témoin d'une évolution des pratiques. .	61
D. Le forfait : un mode de paiement plus adapté au travail de groupe pluridisciplinaire et au fonctionnement communautaire des maisons médicales?.....	62

II. Autres facteurs déterminants dans le choix	63
A. L'aspect financier	63
B. Le type de pratique médicale : liberté de pratique et gestion administrative.	64
C. La surconsommation de soins : un problème du système au forfait	65
D.Sélection de la patientèle ?	66
III. Une évolution de la perception du système au forfait	66
A. Une évolution du regard des médecins à l'acte sur le système au forfait	67
B.Un regard des patients mitigé.....	67
C.Une évolution du regard des pouvoirs politiques.....	68
IV. Satisfaction et coexistence des deux systèmes.....	68
V. Hypothèses sur la représentation majoritaire du paiement à l'acte	69
VI. Les biais de ce travail	70
A. Réalisation de l'étude.....	70
B.La population de médecins interrogés.....	70
VII.Va-t-on vers un développement du mode de paiement au forfait en Belgique ?	71
VIII.Qu'en est- il du paiement au forfait en France ?.....	73
A. L'évolution des pratiques en France.....	73
B. Les forfaits existants.....	75
C. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération	75
D.Vers un paiement au forfait en France ?.....	77
CONCLUSION.....	79
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81
ANNEXES.....	84
Annexe 1 : Tarif INAMI 2014 des actes de soins primaires en Belgique.....	84
Annexe 2 : Carte de l'état fédéral belge tirées du site www.belgium.be	87
Annexe 3 : Exemple de tarif de forfait	89
Annexe 4 : Tableaux sur le nombre de médecins généralistes totaux et en maisons médicales	90
Annexe 5 : Guides d'entretiens.....	91
Annexe 6 : Analyse des entretiens (sur CD ROM).....	95

RÉSUMÉ

Contexte : Il existe en Belgique deux modes de financement en soins primaires : l'acte et le forfait à la capitation. Seulement 5% des médecins généralistes font le choix d'une pratique au forfait. Quels sont les facteurs déterminants du choix du système de paiement et pourquoi le paiement au forfait reste-t-il minoritaire en Belgique?

Méthode : Selon une méthode de recherche qualitative, 8 médecins généralistes à l'acte et 8 médecins généralistes au forfait en Wallonie et dans la région de Bruxelles ont été interrogés dans des entretiens semi-dirigés, du 15 octobre au 6 décembre 2013. Le guide d'entretien a été réalisé suivant le modèle de Fishbein afin d'explorer tous les déterminants du choix du système de paiement.

Résultats : Le travail de groupe pluridisciplinaire, majoritairement effectué en maisons médicales au forfait, est le déterminant majeur du choix du système de paiement. Travailler au forfait semble être aussi rentable que travailler à l'acte, avec l'avantage d'une sécurité financière. Le paiement au forfait est aussi choisi pour la liberté de pratique et l'affranchissement des tâches administratives qu'il offre. Des inconvénients du système au forfait tels que la surconsommation des soins, la perte de la relation exclusive avec le patient, des restrictions pour le patient et le médecin sont des éléments qui orientent à choisir le système à l'acte. Le choix du paiement au forfait est de moins en moins un choix idéologique et l'image de paiement au forfait devient plus positive. Dans les deux systèmes, les médecins sont satisfaits et voient la liberté de choix comme une richesse. Le conservatisme médical, la

méconnaissance du système au forfait ainsi que sa naissance sur des bases idéologiques sont des éléments évoqués pour expliquer la prédominance du système à l'acte.

Conclusion : Le choix du système de paiement en Belgique est déterminé par de nombreux facteurs vus comme avantages ou inconvénients selon le type de pratique médicale recherchée. L'élément majeur du choix est la recherche ou non d'un travail pluridisciplinaire.

INTRODUCTION

Depuis les années 1980, il coexiste en Belgique deux modes de paiement en soins primaires : le paiement au forfait à la capitation et le paiement à l'acte. Le forfait à la capitation est un forfait mensuel versé par les organismes de sécurité sociale, par patient inscrit dans le système. Il comporte un forfait médecin, kinésithérapeute et infirmier. Il n'existe donc plus de ticket modérateur pour le patient dont les soins sont alors entièrement pris en charge. Un patient inscrit dans une structure au forfait peut alors consulter de façon illimitée médecins, kinésithérapeute et infirmiers. En Belgique, les médecins comme les patients ont le libre choix entre ces deux systèmes.

Né d'un mouvement de contestation sociale, le paiement forfaitaire est minoritaire mais en augmentation croissante ces dernières années. Actuellement environ 5% seulement des médecins ont choisi de travailler dans ce système, qui se pratique quasi exclusivement dans des maisons médicales pluridisciplinaires de soins primaires. Le paiement au forfait semble présenter un certain nombre d'avantages que ce soit pour le médecin comme pour le patient. Ceci amène à se poser deux questions: quels sont les facteurs déterminants pour les médecins dans le choix du système de paiement ? Pourquoi, alors qu'il existe depuis trente ans, le paiement au forfait n'est-il pas plus développé ?

Par une étude qualitative portant sur les médecins qui travaillent dans le système de paiement au forfait et dans le système à l'acte, nous allons tenter d'apporter des éléments de réponse à ces deux questions.

GÉNÉRALITÉS

I. Le système de financement à l'acte : différence entre la Belgique et la France

A. Agrément et accréditation

En Belgique il y a des médecins conventionnés, qui pratiquent les tarifs de l'assurance maladie, et des médecins non conventionnés qui pratiquent des honoraires libres. Chez les médecins non conventionnés, les patients sont remboursés seulement au tarif de l'assurance maladie.

Il y a par ailleurs deux types de médecins, selon le niveau de formation complémentaire acquise en médecine générale: les médecins avec droit acquis, et les médecins agréés. Parmi les médecins agréés, certains sont accrédités, c'est à dire qu'ils font reconnaître leur formation continue par un système d'accréditation. Ceci leur permet de bénéficier en outre d'honoraires et de remboursements majorés.

Le prix de l'acte varie selon que le médecin généraliste soit de droit acquis, agréé ou agréé/accrédité. Il est le plus bas pour les médecins de droit acquis et ensuite plus élevé pour un médecin agréé/accrédité que agréé sans accréditation,

tout en étant aussi bien remboursé pour le patient. (cf Annexe 1 tarif INAMI 2014 des actes de soins primaires)

Les médecins agréés/accrédités s'engagent à suivre une formation médicale continue. Pour obtenir une accréditation il faut (1) :

- s'engager à tenir un dossier médical par patient
- pratiquer une activité d'au moins 1.250 contacts par an
- participer à des formations organisées par des pairs donnant des crédits points et obtenir au moins 20 crédits points par an
- être inscrit dans un groupe local d'évaluation médicale (GLEM) et participer à au moins deux réunions de deux heures par an.

Une accréditation est obtenue pour 3 ans.

Les médecins agréés sont reconnus par l'assurance maladie, ils possèdent un certificat de formation complémentaire en médecine générale, mais ne participent pas à la formation continue.

Les généralistes de droit acquis sont les médecins qui exerçaient la médecine générale avant 1995, sans certificat de formation complémentaire en médecine générale. Actuellement le master complémentaire en médecine générale fait partie du cursus de médecine générale

B. Le système de remboursement

Lors d'une consultation médicale le patient paie la consultation et reçoit une attestation de soins du médecin, sur laquelle il colle une vignette d'identification, qu'il envoie ensuite à sa mutuelle. Ceci permettra d'obtenir le remboursement de la partie assurée, le reste (ticket modérateur) est à sa charge.

Les trois principaux régimes de sécurité sociale en Belgique sont : le régime des travailleurs salariés, le régime des travailleurs indépendants et le régime des fonctionnaires. Les cotisations sociales sont proportionnelles aux revenus. L'institut national d'assurance maladie invalidité (l'INAMI) est l'institution fédérale de sécurité sociale. Il gère et contrôle l'assurance obligatoire mais ce sont les mutuelles qui sont chargées des remboursements. (2)

Les mutuelles en Belgique sont l'équivalent de notre sécurité sociale française. Il existe plusieurs mutuelles qui sont régionales et les patients sont libres de choisir celle à laquelle ils souhaitent adhérer. Les mutuelles assurent les remboursements dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Elles jouent aussi le rôle d'assurance maladie complémentaire moyennant des cotisations supplémentaires, récemment devenues obligatoires. Dans les assurances complémentaires on distingue l'assurance complémentaire maladie et hospitalisation.

Certaines personnes bénéficient d'un remboursement plus important de l'assurance maladie obligatoire, c'est ce qu'on appelle l'intervention majorée. Il y a le statut BIM (« bénéficiaires de l'intervention majorée ») dont bénéficient : les personnes qui perçoivent le revenu d'intégration social, les handicapés, les chômeurs de longue durée, les veufs, les invalides. Le même statut de

remboursement majoré est accordé sur base de critères sociaux via le statut OMNIO.

Pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, il existe le Maximum à Facturer (MAF). Ceci est attribué selon des conditions de revenus et permet un remboursement intégral des frais de soins de santé au-delà d'un certain plafond déterminé.

C. Carte SIS

La carte SIS (Système Information Sociale) est l'équivalent de la carte vitale française. Elle contient les informations de l'assuré et est utilisée dans les hôpitaux et pharmacies. Elle est très peu utilisée en médecine générale car peu de praticiens sont équipés d'un lecteur de carte, sauf dans les maisons médicales. La carte SIS sera bientôt remplacée par la carte d'identité électronique.

D. Le tiers payant

Comme en France, lors d'une consultation il est possible d'effectuer le tiers payant, ce qui permet au patient de ne payer que le ticket modérateur. Tous les assurés ont droit au tiers payant à l'hôpital et à la pharmacie.

Lors d'une consultation en médecine générale, le tiers payant est interdit, sauf pour les personnes avec des difficultés financières, avec un revenu inférieur au revenu d'intégration, les chômeurs et les personnes percevant une allocation pour enfant handicapé. Ils doivent dans ce cas posséder une attestation de tiers payant de leur mutuelle. Le médecin est libre de refuser d'appliquer le tiers payant.

E. Le dossier médical global

Il n'y a pas en Belgique de système de médecin traitant obligatoire. Les patients ne sont pas obligés d'avoir un médecin traitant attribué.

Il existe cependant un dispositif qui se rapproche de notre déclaration du médecin traitant : c'est le dossier médical global (DMG), auquel les patients sont libres d'adhérer ou non. Le DMG (3) permet de centraliser toutes les informations médicales auprès d'un médecin. Un patient qui ouvre un DMG s'engage alors à consulter le même médecin, mais peut à tout moment changer de médecin et faire suivre son DMG. L'ouverture d'un DMG coûte 29,57 euros par an, et est entièrement remboursé par la mutuelle. Avoir un DMG permet d'obtenir une diminution du ticket modérateur des consultations et visites jusqu'à 30%.

Il existe dans le DMG un module de prévention, facturé à 10,55 euros/an qui donne droit à une consultation axée sur la prévention individuelle et entièrement remboursée.

Une prime de 806 euros par an est allouée au médecin pour l'utilisation d'un logiciel de dossier médical labellisé par le Service Public Fédéral Santé Publique (SPF= ministère) pour certains critères de qualité : structuration et codification de l'informatique clinique, connexion aux bases de données EBM, interopérabilité des différents logiciels, etc.

F. Patients chroniques

1. Le trajet de soins

Il n'y a pas en Belgique de système de prise en charge à 100% comme nous avons en France, mais il existe des avantages de remboursement pour certains patients chroniques.

Le trajet de soins (TDS) (4) s'adresse aux patients diabétiques de type II, ainsi qu'aux patients insuffisants rénaux chroniques. Il est d'une durée de quatre ans et permet une meilleure collaboration entre généralistes et spécialistes. Le généraliste et le spécialiste qui signent ce contrat avec le patient reçoivent une somme annuelle de 80 euros par patient. Le patient est alors intégralement remboursé des consultations chez le généraliste et le spécialiste pendant la durée du TDS. Il bénéficie d'un plan de suivi personnalisé et selon la maladie il a aussi accès à du matériel ou des consultations spécifiques (podologue, diététicienne...).

2. Le passeport diabète

Le passeport diabète s'adresse aux patients diabétiques qui n'ont pas adhéré au trajet de soins. Cela leur permet de meilleurs remboursements de certaines prestations (podologie, diététicienne). Le patient paie 17,93 euros au médecin généraliste et bénéficie d'une consultation où il évalue ses objectifs dans le cadre de son diabète.

3. Autres

En dehors du trajet de soins il existe aussi des remboursements majorés dans certaines pathologies chroniques, certaines actions de prévention comme les consultations à l'arrêt du tabac, la contraception des jeunes...

4. L'accès au spécialiste

L'accès au spécialiste peut se faire directement, mais un patient adressé par son médecin traitant obtient une réduction du ticket modérateur lors du remboursement. Le médecin généraliste remet un formulaire au patient, en plus du courrier remis pour le spécialiste, que le patient enverra à sa mutuelle après la consultation du spécialiste.

G. Caractéristiques des médecins à l'acte

En Belgique, en 2011, 95 % des médecins exerçaient à l'acte. Les chiffres varient selon les régions, ainsi 18% des médecins exercent au forfait dans la région de Bruxelles, contre 5% dans la région Wallonne et seulement 2% en région Flamande. En 2011, presque 70% des médecins à l'acte étaient des hommes et la moyenne d'âge des médecins était d'environ 51 ans. (5) A peu près 80% des médecins à l'acte exerçaient en solo. (6)

H. Données sur le système à l'acte dans la littérature

Il est décrit dans la littérature des avantages du système à l'acte tels que (7):

- moins de référence à la seconde ligne
- une meilleure compliance au traitement des patients
- une meilleure continuité des soins

Il est aussi décrit des inconvénients comme :

- un nombre de contacts patients plus important

Il apparaît en Belgique que (12) :

- la qualité des soins dans le système à l'acte semble équivalente à celle au forfait
- l'accès aux soins ne semble pas plus difficile que dans le système forfaitaire
- la référence à la seconde ligne apparaît équivalente à l'acte comme au forfait

Cependant

- le coût des soins semble plus élevé à l'acte
- les recommandations sur la prescription d'antibiotiques sont moins suivies dans le système à l'acte et les prescriptions d'antibiotiques sont plus importantes

- la prévention est moins bonne dans le système à l'acte (dépistage du cancer du sein et vaccination contre la grippe)

II. Le système de financement au forfait

A. Histoire du paiement au forfait en Belgique

Le concept de paiement forfaitaire était déjà prévu de façon théorique dans la loi de restructuration de l'assurance maladie invalidité (l'INAMI) de 1963, appelée loi Leburton. En 1964, les médecins y ont vu une menace à l'exercice libéral et se sont mis en grève. Le forfait a été expérimenté dans certains hôpitaux socialistes, puis abandonné. Ce n'est que dans les années 1970, dans un contexte de contestation sociale, politique et culturelle qu'émergea l'idée de modes de financements alternatifs à l'acte pour les soins primaires. (8) Des réflexions s'engagent pour une médecine plus sociale et plus égalitaire.

En 1972 le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) (9) formule le modèle de centre de santé intégré, qui prône la dispensation de soins de proximité, accessible à tous et réalisés par une équipe pluridisciplinaire. La fédération des maisons médicales francophones voit le jour en 1979. Des négociations s'engagent alors avec les pouvoirs publics pour l'application des modalités de fonctionnement au forfait prévues dans la loi de 1963 et la première maison médicale au forfait voit le jour en 1984.

En 1985, un décret wallon reconnaissant l'action des maisons médicales et permettant leur subventionnement est publié, et en mars 1993, un texte de loi est voté, précisant les missions et objectifs des maisons médicales sous l'appellation association de santé intégrée (ASI).

B. Explication du système de paiement au forfait

1. Le forfait à la capitation

En Belgique, le financement au forfait est quasi exclusivement pratiqué en maison médicale. Les maisons médicales sont des regroupements pluridisciplinaires (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers..) dans un même lieu, qui fonctionnent de façon autogérée, sous le statut d'association sans but lucratif (ASBL) équivalent belge de «l'association-loi 1901 ».

Quand une maison médicale fonctionne au forfait, les patients doivent s'y inscrire. Celle-ci reçoit alors un montant mensuel par patient inscrit, versé par la sécurité sociale. C'est ce qu'on appelle la capitation. Pour que le système soit rentable pour le praticien, il faut environ 700 patients pour un médecin à temps plein, et 1400 patients pour un kinésithérapeute. (source Fédération des maisons médicales)

2. Forfait et professionnels de santé

Les acteurs de santé qui peuvent bénéficier d'un paiement forfaitaire sont les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes. La majorité des structures percevant le forfait comprennent les trois professions. Elles reçoivent alors un forfait global médecin (M), kinésithérapeute (K) et infirmier (I) par patient. Si une structure n'a par exemple pas de kinésithérapeute, elle ne percevra que la partie médecins et infirmiers du forfait.

Beaucoup de maisons médicales au forfait emploient aussi d'autres professionnels de santé, comme des assistantes sociales, psychologues, diététiciennes, accueillantes... Ces professionnels ne sont pas rémunérés directement par le forfait. Les maisons médicales fonctionnent selon un modèle communautaire. La masse des honoraires des forfaits M, K, I va dans un pool global.

En dehors des médecins, les différents professionnels qui travaillent dans les maisons médicales sont salariés. Ils sont rémunérés d'une part par des fonds propres dégagés sur la masse des honoraires, et d'autre part par différents subsides de l'État ou des entités Fédérées (régions). (Cf annexe 2) Il existe par exemple le fond impulseo pour la rétribution partielle des accueillantes (accessible à tous les médecins généralistes) ou le « Maribel Social » qui est un mécanisme de compensation salariale entre les secteurs marchands et non marchands, géré par l'État.

Les maisons médicales utilisent leur budget comme elles le veulent. Il y a cependant des grilles tarifaires de rémunération du personnel suivant des conventions collectives, et les professionnels de santé ne pourront pas être

rémunérés moins qu'au tarif minimum salarial correspondant à leur profession. Il reste une exception pour les médecins, pour lesquels il n'y a pas de grille tarifaire. Les trois-quarts sont indépendants, payés à l'heure, et un quart sont salariés.

Pour éviter la sélection des patients, un médecin qui exerce dans un système forfaitaire ne pourra pas tarifier de consultation à l'acte, sauf pour certains gestes techniques codifiés.

3. Forfait et patient

Un patient qui s'inscrit dans une maison médicale au forfait s'engage à ne consulter que dans la maison médicale, pour les catégories de soignants M, K ,I. Le patient signe un contrat qu'il est libre de rompre à tout moment, moyennant une période de préavis d'un mois complet. (10) La maison médicale définit une zone géographique d'activité, et le patient ne sera pas remboursé s'il consulte dans cette zone en dehors de la maison médicale. Si pour diverses raisons le patient nécessite une consultation médicale en dehors de la zone géographique couverte par le forfait, c'est la maison médicale qui rembourse la consultation au patient. Le forfait ne s'applique pas aux consultations de spécialistes, qui sont remboursées de manière traditionnelle.

Lors d'une consultation le patient inscrit au forfait n'avancera aucun frais, c'est sa mutuelle qui paiera un forfait mensuel à la maison médicale, que le patient consulte ou non. Le patient n'aura pas à payer de ticket modérateur, qui reste pourtant théoriquement exigible avec un maximum de 2,5 euros par an et par patient et 12 euros par famille.

Dans la pratique au forfait, il n'est pas possible de refuser d'inscrire un patient qui fait partie du ménage d'une personne déjà inscrite.

C. Mode de calcul du forfait

Initialement le forfait était calculé selon les moyennes nationales de consommation à l'acte et de remboursement par l'assurance maladie, ventilées par catégories d'assurés : les bénéficiaires de l'intervention majorée, plus grands consommateurs de soins généraient des forfaits d'un montant supérieur.

Dans les années 90, des revalorisations du forfait ont été négociées, faisant intervenir plusieurs facteurs. Il a rapidement été démontré que la charge de travail était plus lourde dans le système forfaitaire, due à une population majoritairement plus défavorisée. (11) Les maisons médicales au forfait s'étaient initialement installées dans des zones socialement plus défavorisées, où l'on sait que la morbidité est plus importante. Par ailleurs, il a été mis en évidence que le fonctionnement au forfait induisait des économies en seconde ligne. (12) Le forfait a donc été majoré en tenant compte de ces données : une majoration de 10% pour tenir compte de la patientèle défavorisée, puis une seconde majoration de 10% pour tenir compte des économies réalisées en seconde ligne, 10 autres % ont été ajoutés pour compenser le déficit structurel du calcul, lié au fait que tous les belges ne consultent pas en soins primaires (militaires, prisonniers, résidents à l'étranger, patients s'adressant directement et systématiquement à la seconde ligne, etc.). Ce mode de calcul ne tenait alors pas compte de l'âge ni des comorbidités des patients.

Depuis le 1er mai 2013 un nouveau mode de calcul des forfaits est entré en vigueur pour mieux correspondre aux coûts réels engendrés. (13) Le forfait correspond à un prix moyen par patient calculé pour chaque maison médicale, multiplié par le nombre de patients inscrits.

Une quarantaine de variables entrent en compte dans le calcul, tel que l'âge, le sexe, le statut social, la morbidité... Chaque patient se voit donc attribuer un coefficient et la somme des coefficients donne un prix moyen par patient. Le forfait est calculé par profession : médecin, kinésithérapeute et infirmier. Le forfait médecin représente environ 40% du forfait total. Les structures qui ont des patients lourds perçoivent alors un forfait plus élevé. Ce nouveau modèle de calcul n'est pas fixe et des évolutions sont possibles dans le futur. (*Exemple de tarifs des forfaits cf annexe 3*)

D. Autres subsides

- D'autres sources de financement de la médecine générale existent, indépendamment du système de rétribution des soins. (forfait ou acte) (14)
- Les actes techniques spécifiques réalisés par les médecins qui représentent 3 à 6% des entrées.
- Des subsides pour tenue du dossier médical global: 29,75 euros par patient et par an.
- des subsides pour le volet préventif du dossier médical global de 10,55 euros par an et par patient.
- le passeport diabète qui est de 17 euros par an par patient concerné.

- 80 euros par an pour la participation au trajet de soins diabète, ou insuffisance rénale chronique, par patient inscrit dans ce système.
- Un montant forfaitaire de 593, 61 euros par an pour les médecins accrédités
- Des subsides de l'État de l'ordre de 10 à 15% du budget global pour l'harmonisation salariale entre le secteur des soins ambulatoires et le secteur hospitalier.
- Les divers fonds de l'INAMI pour l'impulsion de la médecine générale :
 - impulseo I : aide à l'installation pour les jeunes médecins (prêt sans intérêts de 15.000 euros), et encouragement à l'installation dans des zones manquant de généralistes (prime de 20.000 euros et prêt de 30.000 euros).
 - Impulseo II : soutien à l'engagement d'un employé qui assiste un regroupement de médecins dans l'accueil et la gestion de la pratique (moitié du coût salarial avec un maximum de 6.047 euros/an).
 - Impulseo III : soutien à l'engagement d'un employé qui assiste un généraliste isolé dans l'accueil et la gestion de la pratique (moitié du coût salarial, avec un maximum de 6.047 euros/an), frais de télésecrétariat médical concernant les médecins isolés ou non (moitié des frais réels, avec un maximum de 3.474 euros/an).

Dans le cas du financement au forfait, le forfait représente environ 80% des rentrées d'argent pour une structure.

E. Données actuelles sur les médecins travaillant au forfait

La rémunération au forfait, se pratique quasi exclusivement en maison médicale. En 2011, un seul médecin exerçait en solo et au forfait en région wallonne

(source INAMI). En Wallonie et à Bruxelles, il existe actuellement 100 maisons médicales, dont 84 fonctionnent au forfait (chiffres 2013, site FMM). Bien que toujours minoritaire, le nombre de maisons médicales a triplé au cours des vingt dernières années. Actuellement les médecins travaillant au forfait représentent selon les régions environ 10% des médecins généralistes en zone francophone. D'après les dernières données 2011 de l'INAMI, (15), 5,1% des médecins belges, soit 503 sur 9940 travaillent au forfait. La répartition est inégale selon les régions, avec 18% de médecins au forfait à Bruxelles, où il y a plus de maisons médicales, 5,5% en Wallonie, et seulement 2% en Flandre. (Cf Annexe 4). Les médecins représentent 36% du personnel qui travaille en maison médicale et 61% sont des femmes. (audit INAMI 2011)

La proportion de jeunes médecins est en augmentation croissante dans les maisons médicales. Actuellement, presque 30% des médecins généralistes francophones de moins de 40 ans travaillent en maisons médicales.

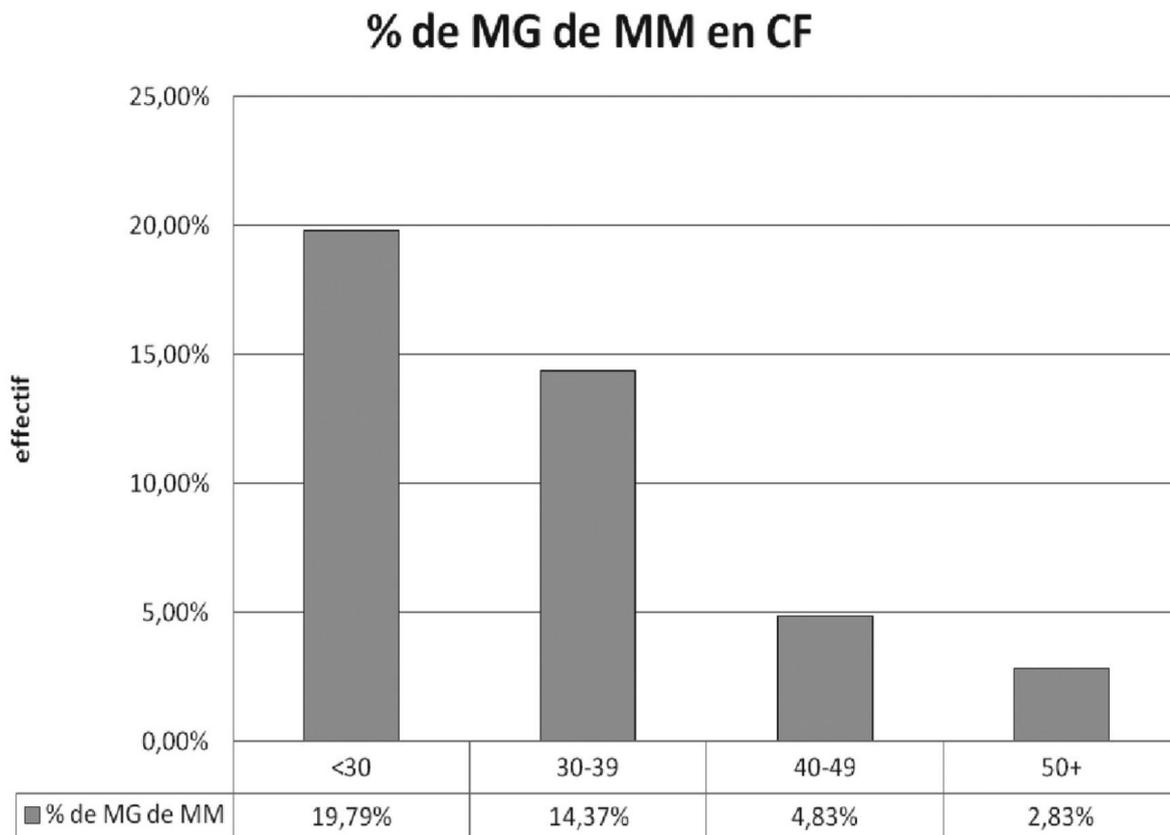


Schéma I : Répartition par tranche d'âge des médecins généralistes exerçant en maison médicale dans la Communauté française de Wallonie (CF, ancien nom de la Fédération Wallonie Bruxelles).(extrait de Drielsma P. Les maisons médicales belges, un accident de parcours post-soixante-huitard ou un mode d'organisation inoxydable? Santé Publique. 2009;21(hs1):49-55)

F. Données connues sur le système de financement au forfait

1. Dans la littérature internationale

Dans la littérature internationale (7,16–19) il est décrit des faiblesses du système forfaitaire telles que :

- la sélection de patient si le mode de calcul du forfait, n'est pas bon ;
- la surconsommation de soins de deuxième ligne ;
- la surprescription médicamenteuse ;
- la diminution du suivi des patients ;

Il est aussi décrit des avantages au système forfaitaire tels que :

- une meilleure maîtrise des dépenses pour l'État ;
- une meilleure qualité des soins en termes d'accessibilité, de coordination et de continuité ;

2. En Belgique

Le système de financement au forfait ne semble pas présenter les mêmes inconvénients que ceux décrits dans la littérature internationale. (12)

- Les soins de santé de première ligne sont plus coûteux dans le système forfaitaire mais ceci est largement compensé par une économie sur les soins de deuxième ligne.
- L'accessibilité est meilleure que dans le système à l'acte car les soins de première ligne sont gratuits pour le patient.

- Les patients qui consultent dans le système forfaitaire sont en moyenne plus jeunes ce qui pourrait être expliqué par des praticiens plus jeunes ainsi que par la localisation des pratiques au forfait dans des endroits avec des populations plus jeunes.
- Il y a plus de pathologies psychiatriques lourdes dans les pratiques au forfait.
- La population au forfait est plus précaire avec une morbidité plus lourde.
- Il y a moins de prescription médicamenteuse que dans le système à l'acte et notamment moins de prescriptions d'antibiotiques contrairement à la littérature internationale.
- La qualité des soins semble être égale entre le système forfaitaire et l'acte mais le système à l'acte est meilleur en matière de prévention.

Les hypothèses pour expliquer que certains effets néfastes du forfait retrouvés dans la littérature internationale ne soient pas retrouvés en Belgique sont : la pratique de groupe en modèle communautaire, ainsi qu'un mode de fonctionnement choisi par les praticiens.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Choix de la méthode

A. Recherche qualitative

Les facteurs pouvant influencer le choix du système de paiement font intervenir un certain nombre de facteurs subjectifs qui ne semblaient pas quantifiables. Une analyse qualitative semblait alors mieux adaptée pour permettre une compréhension plus élargie de tous les éléments pouvant influencer dans le choix d'un système de paiement et comprendre la répartition numéraire inégale entre pratiques à l'acte et au forfait. (20)

B. Entretiens semi- dirigés

La technique d'entretien semi-dirigé est apparue comme le meilleur moyen d'obtenir des informations complètes, permettant une libre expression des médecins, sans crainte du jugement d'autrui. Les médecins ayant souvent beaucoup d'occupations, il était plus facile pour eux que les entretiens aient lieu à leur cabinet. Cela représentait un gain de temps pour eux en comparaison avec une technique focus groupe ou groupe nominal.

C. Le modèle de Fishbein

Afin d'explorer tous les déterminants du choix du système de paiement, le guide d'entretien a été construit selon l'approche du modèle de Ajzen et Fishbein, ou théorie de l'action raisonnée (*schéma II*) (21). Cette théorie stipule que le comportement d'un individu serait déterminé par plusieurs éléments influençant l'intention de réaliser le comportement. (22)

Le premier élément est l'attitude, qui renvoie aux aspects positifs et négatifs du comportement selon l'individu, soit ce qu'il aime ou pas. L'attitude envers le comportement est déterminée par ce qu'on appelle les croyances comportementales, qui sont les croyances qui se rapportent au comportement.

Ensuite entrent en jeu les normes subjectives qui représentent la pression de la société intériorisée par l'individu.

Enfin l'auto efficacité qui représente la satisfaction et le contrôle que l'individu obtient à effectuer un comportement. Ceci est régit par la croyance du contrôle du comportement et le pouvoir perçu lié au comportement.

D'autres éléments appelés éléments extérieurs pourront aussi agir sur le comportement tels que le passé du sujet ou son environnement.

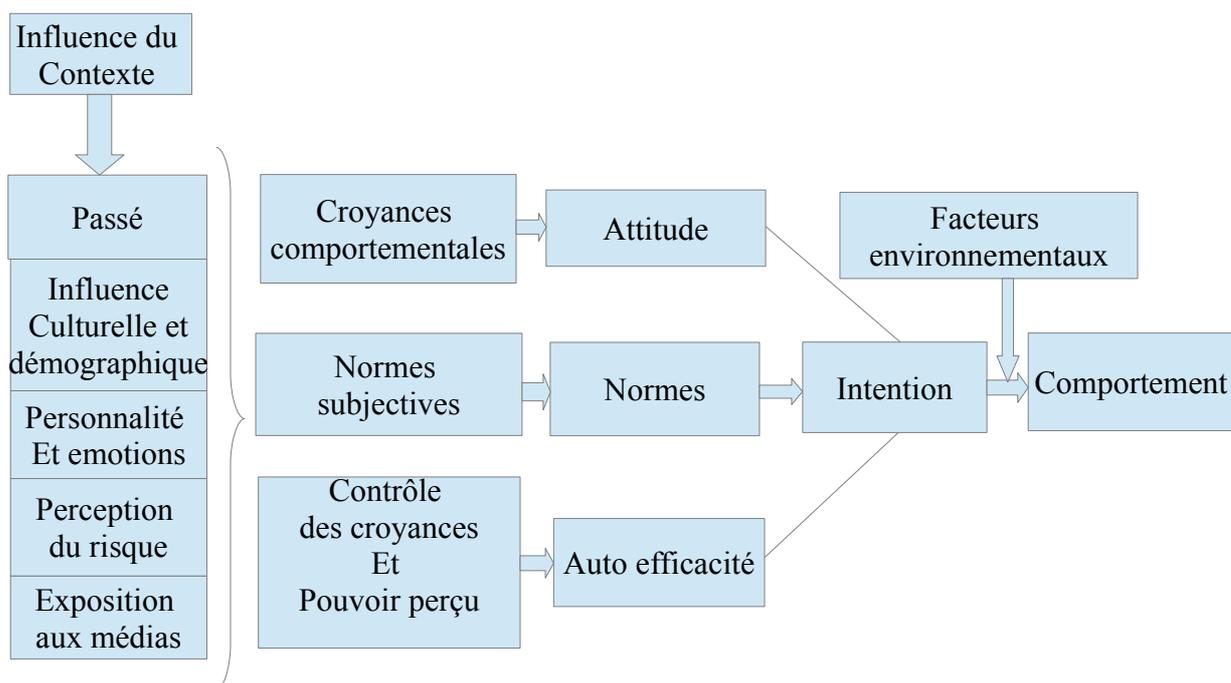


Schéma II : reproduction du modèle de Fishbein

Dans le cas présent le comportement est le choix du système de paiement, et on va rechercher tous les déterminants du choix. L'attitude rassemble les aspects positifs et négatifs du choix du paiement à l'acte ou au forfait.

Les normes subjectives représentent le regard de la société sur les deux systèmes acte et forfait. Ceci est représenté par le regard de l'entourage familial, celui des confrères ayant choisi l'autre système de paiement, le regard des patients et le regard de la sécurité sociale.

L'auto efficacité rassemble les éléments de satisfaction à travailler dans le système de paiement choisi.

Les trois grands axes pour construire les questionnaires se sont donc résumés à :

- aspects négatifs et positifs du choix ;

- regard de la société sur le choix ;
- satisfaction envers le choix ;

II. Sélection des médecins

A. Critères de recrutement des médecins

Deux groupes de médecins ont été constitués : un groupe de médecins exerçant à l'acte et un groupe exerçant au forfait. Les critères d'inclusion étaient :

- être un médecin généraliste en exercice ;
- francophone ;
- pratiquer dans la région de Bruxelles, les provinces du Hainaut ou du Brabant Wallon ;
- pratiquer au forfait pour le groupe forfait et à l'acte pour le groupe acte ;

Étaient exclus :

- tous les médecins spécialistes pour qui une pratique au forfait n'est pas possible ;
- tous les médecins flamands étant donné que je ne parle pas cette langue ;
- tous les médecins des provinces de Liège, Namur et du Luxembourg pour des raisons pratiques (distance géographique supérieure à 100km de mon domicile) ;

Pour obtenir une grande diversité de réponses il a été choisi des médecins avec des caractéristiques différentes : âge, sexe, antériorité de pratique, type de pratique seul ou en groupe, maisons médicales pluridisciplinaires, nombres d'années de pratique.

B. Méthode de recrutement des médecins

Les médecins du groupe forfait ont été recrutés au hasard via la fédération des maisons médicales, par mail et/ou par téléphone, puis par bouche à oreille.

Les médecins du groupe acte ont été recrutés par téléphone, via bouche à oreille, et au hasard dans l'annuaire téléphonique.

III. Réalisation et analyse des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés entre le 15 octobre et le 6 décembre 2013, en suivant le guide d'entretien, au cabinet du médecin interrogé avec un enregistreur numérique de type Phillips voice traceur. Tous les participants ont signé un accord de participation à l'étude, après avoir été assurés de la garantie de leur anonymat. Les entretiens ont été arrêtés à saturation des données, qui a été obtenue après entretiens de huit médecins au forfait et huit médecins à l'acte.

Les seize entretiens audio d'une durée moyenne d'environ 25 minutes ont tous été ensuite retranscrits en fichier texte dans Open office Writer par moi-même. Pour

l'analyse des entretiens, les verbatims ont été classés dans un tableau par idée, puis par catégorie, ce qui a permis d'en retirer des thèmes plus généraux.

(Guides d'entretiens en annexe 5)

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des médecins interrogés

Tableau I : Caractéristiques des médecins au forfait

MF	Genre	Type de pratique	Pratique antérieure à l'acte	Ville	Nombres d'années de pratique
1	M	MM	Oui	Tournai	32
2	M	MM	Oui	Bruxelles	31
3	F	MM	Oui	Bruxelles	5
4	F	MM	Oui	Charleroi	5
5	F	MM	Non	Mons	8
6	F	MM	Oui	Mons	29
7	M	MM	Oui	Mons	10
8	M	MM	Non	Quaregnon	5

MF : Médecin au Forfait, M: Masculin, F : féminin, MM : maison médicale

Tableau II : Caractéristiques des médecins à l'acte

MA	Genre	Type de pratique	Pratique antérieure à l'acte	Ville	Nombres d'années de pratique
1	M	GM	Non	Enghien	26
2	F	MMA	Non	Tournai	32
3	M	Seul	Non	Enghien	25
4	F	GM et MMA	Oui	Kraaneim	3
5	F	Seul	Non	Enghien	33
6	M	Seul et MMA	Non	Bruxelles	31
7	M	GM	Non	Bruxelles	29
8	M	Seul	Non	Bruxelles	33

MA : Médecin à l'acte, M: Masculin, F : Féminin, GM: Groupe de Médecins, MMA:

Maison Médicale à l'Acte

II. Attitude envers le choix du système de paiement

A. L'influence du travail de groupe

1. Le choix du travail de groupe et non du système de paiement

Au cours des entretiens des médecins exerçant dans le système au forfait, il est apparu très nettement que le travail de groupe était un élément majeur dans le choix d'une pratique au forfait. Pour la plupart des médecins d'ailleurs le choix ne portait pas sur le système de paiement mais sur le travail de groupe. MF4: « *En arrivant ici je ne connaissais pas le système du forfait. J'ai choisi la maison médicale. Ce n'est pas vraiment en fonction du type de rémunération que j'ai choisi de travailler, c'est plus le fait de travailler en groupe* »

Les médecins qui recherchent un travail de groupe vont facilement s'orienter vers les maisons médicales bien qu'il soit possible de travailler en groupe en association de médecins.

2. Travail de groupe et pratique médicale

Le travail en groupe est vu par les médecins au forfait et à l'acte comme une aide dans la pratique médicale. MF5 : « *Entre nous on se demande quoi faire plutôt que d'être tout seul* » MA3 : « *En maison médicale ils sont entre eux, ils discutent de cas entre eux, ce qui est certainement très bien.* »

3. Travail de groupe et travail pluridisciplinaire

Beaucoup de médecins en maisons médicales au forfait sont attirés par le travail pluridisciplinaire. MF5 : « *Le fait de ne pas côtoyer que des médecins et de côtoyer d'autres gens je trouvais ça chouette aussi* ». Le travail pluridisciplinaire permet une meilleure coordination des soins selon certains. MF3 : « *Il y a moyen d'avoir un réseau à l'acte mais ça demande plus d'efforts. Ici les gens sont présents, c'est plus facile.* »

Certains médecins à l'acte eux ne souhaitent pas travailler en équipe avec d'autres professionnels. MA1 : « *J'envoie chez une diététicienne, mais moi ce n'est pas mon problème, j'envoie chez le kiné, mais ce n'est pas mon problème et même chose avec les infirmières et les autres.* »

4. Travail de groupe et qualité de vie

Le travail de groupe indépendamment du système de paiement est aussi pour beaucoup de médecins un moyen d'améliorer leur qualité de vie. Cela permet d'avoir plus de temps pour sa vie personnelle. MF2 : « *J'ai des horaires assez réguliers, du fait de travailler en équipe, on peut s'aider. J'ai une gestion de ma famille plus facile qu'avant. Aujourd'hui si j'ai besoin de finir à 5h, je finis à 5h quoiqu'il en soit. S'il y a des urgences il y a un autre médecin qui est là* ».

MA1 : *« je ne suis pas sûr que ce soit le paiement à l'acte qui soit plus dur en terme de qualité de vie, c'est plus le fait de travailler isolé. Je pense que le travail groupé assure une meilleure qualité de vie. Je ne suis pas sûr qu'il faille obligatoirement travailler au forfait pour cela. »*

Chez les médecins à l'acte qui travaillent seuls il ressort, que cela peut être lourd pour le médecin et altérer sa qualité de vie. MA5 *« Comme difficulté il y a le fait qu'on doit quand même assumer tout seul, on doit être disponible et on n'a pas beaucoup de temps à soi. »*

De part la possibilité d'influer sur la qualité de vie, le travail de groupe est aussi recherché par les jeunes médecins et en adéquation avec la féminisation de la profession. MA8 : *« Au forfait ils travaillent de telle heure à telle heure, c'est pour ça que ça plaît à beaucoup de femmes, elles peuvent faire leurs consultations de 8h à midi et c'est fini. »*

MF4 : *« les femmes ont en plus les enfants à gérer etc. Les femmes sont moins prêtes à faire 60 heures semaine que les hommes. »*

5. Contraintes liées au travail de groupe

Le travail de groupe, bien que recherché par beaucoup de médecins, présente des difficultés. Cela nécessite une entente entre les gens et peut être à l'origine d'échec. MF7 : *« Il y a eu quand même un gros turnover au niveau médical parce qu'on n'était pas toujours sur la même longueur d'onde. Mais une fois qu'on a trouvé des gens avec qui s'entendre c'est très agréable. »*

Dans les maisons médicales au forfait les décisions sont soumises au groupe ce qui peut être une difficulté. MF3 : *« Il y a une certaine lourdeur. Il y a des décisions*

difficiles à prendre. On a parlé pendant des mois d'acheter un nettoyeur pour nos instruments de petite chirurgie, ça a pris des mois. Je pense qu'un généraliste tout seul, il va regarder le magazine, voir le négociant et hop ça prend 2 semaines ».

Ces difficultés peuvent être surmontées et ne semblent pas être un obstacle pour les médecins qui choisissent le système au forfait. MF5 : *« Quand on ouvre une maison médicale il faut mettre des garde-fous et des règles pour essayer d'éviter les conflits ».*

Ce sont ces difficultés liées au travail de groupe par contre qui orientent certains praticiens vers une pratique en solo à l'acte. Certains médecins ne pensent pas pouvoir s'accorder avec d'autres. MA3 : *« Je connais quelques médecins qui pensent comme moi, mais je crois qu'il n'y en a pas beaucoup et je ne me vois pas tellement en groupe, un peu par divergence de vue, pas la même façon d'aborder les choses. »* Ils sont repoussés par les réunions du travail en groupe. MA1 : *« Je n'aime pas parler donc les parlottes, les discussions les réunions etc dans les maisons médicales me pompent l'air avant même de les commencer. »* Ils ne veulent pas de hiérarchie, veulent rester libres dans leur organisation. MA5 : *« Comme avantage à travailler en solo il y a que l'on fait vraiment ce que l'on a envie de faire. On n'a personne à qui rendre compte. »* Le travail en solo, laisse selon les praticiens, le choix des partenaires avec qui ils souhaitent travailler. MA3 : *« On ne travaille jamais vraiment seul, mais ça nous permet de choisir nos partenaires aussi. J'entretiens des relations qui sont changeantes, modulables et je trouve que c'est très bien. »*

B. Aspects financiers

1. La rémunération

Que ce soit du point de vue des médecins au forfait ou de ceux à l'acte le forfait semble être plus rémunérateur en termes de salaire horaire. MF8 : « *Si on travaille 35h dans une maison médicale au forfait je pense qu'on gagne beaucoup plus que quelqu'un qui travaille 35h à l'acte* » MA7 : « *Un de mes amis qui était à l'acte est passé au forfait, il travaille 2 fois moins et il gagne 3 fois plus* ».

Le paiement à l'acte permet cependant d'avoir des revenus plus élevés que le forfait si le nombre d'heures est élevé. Il y a une motivation financière au travail. MA4 : « *A l'acte on peut augmenter ses heures et gagner plus,... plus on travaille, plus on avance dans la vie et si on ne travaille pas on ne gagne rien. Je pense que ça c'est ma philosophie.* »

Cependant l'aspect financier ne semble pas être une motivation chez tous les médecins MA3 : « *Je crois qu'il faut un minimum mais si on veut faire de l'argent il ne faut pas faire de la médecine générale. Je crois qu'il y a autre chose qui motive.* » MF4 : « *A l'acte ceux qui vont travailler plus vont gagner plus. Moi je suis satisfaite avec mes 38h semaine et je n'ai pas envie d'en rajouter parce que ma vie me convient comme ça. Effectivement celui qui veut gagner plus alors il vaut mieux être à l'acte.* »

2. Sécurité financière

Le système au forfait est aussi une sécurité avec l'assurance d'avoir un salaire régulier MF3 : « *On a un revenu constant. Donc ça c'est quand même bien. On n'est pas dépendant de la demande. Sinon en été je gagnerais 60 euros par jour et hiver j'en gagnerais*

350. » Ce qui est aussi reconnu par les médecins à l'acte MA4 : « *C'est plus facile quand on est au forfait parce qu'on sait qu'on a un salaire à la fin du mois, tandis que à l'acte il faut travailler pour gagner sa vie.* » Cette sécurité financière est aussi un attrait pour les jeunes médecins. MF5 : « *Je gagne bien ma vie et j'ai une certaine sécurité il n'y a pas de stress par rapport à ça et je trouve ça chouette, surtout quand on démarre.* »

Il y a aussi une assurance d'être payé dans le système au forfait. MF7 : « *C'est quand même très avantageux pour récupérer au niveau pécuniaire les honoraires. Parce que ce n'est pas toujours simple de récupérer les honoraires quand on travaille en milieu défavorisé* » Ce qui n'est pas toujours le cas dans le système à l'acte. MA8 : « *Si on fait le tiers payant et que le patient n'est pas en ordre de mutuelle on n'est pas payé.* »

Il y a aussi une sécurité à ne pas transporter de l'argent dans le système au forfait MF8 : « *Le fait qu'on n'ait pas d'échange d'argent et donc pas de liquide sur nous ce qui est une sécurité dans certaines régions.* »

3. Une rémunération du temps non médical

Le système forfaitaire permet une rémunération du temps administratif et de réunions que ne permet pas le système à l'acte. Ceci est avancé par les médecins au forfait comme à l'acte. MF2 « *Là moi je n'ai pas de scrupules à faire de la paperasserie parce que je suis payé pendant la paperasserie.* » MA1 : « *Il y a des actes qui pourraient être rémunérés, je pense entre autre à tous les papiers administratifs. Je pense par exemple aux dossiers d'invalidité pour la « vierge noire 1* », je pense à des dossiers qui nous prennent 10 ou 15 min qui ne sont pas rémunérés, ce n'est pas normal.* »

**vierge noire Service Public Fédéral Sécurité Sociale, direction des personnes handicapées (appelé communément « Vierge noire », en raison de sa précédente adresse à Bruxelles, rue de la Vierge noire), compétent quant à l'octroi d'allocations aux personnes handicapées.*

4. Consommation de soins et productivité

Il est décrit par tous les médecins une tendance à la surconsommation de soins par les patients dans le système au forfait. MF5 : *« La difficulté principale du forfait est la surconsommation de certains patients. Donc voilà il y a des gens ils viendraient bien tous les jours ici. »* La surconsommation concerne les consultations mais aussi beaucoup les visites au domicile. MF8 : *« Ici on peut être appelé pour aller en visite au domicile pour tout et rien, s'il y avait un échange d'argent ce serait une barrière pour le patient d'appeler pour tout et rien. »*

Les médecins qui travaillent au forfait s'arrangent avec les problèmes de surconsommation en posant des limites claires. MF5 : *« Il y en a qui ont trouvé comme une famille à la maison médicale, d'ailleurs ils viennent un jour en kiné, un jour chez l'infirmière, un jour chez l'assistante sociale. Donc c'est à nous d'arriver à les limiter évidemment. »*

Beaucoup de médecins à l'acte se disent rebutés par cet aspect de surconsommation. MA1 : *« Je trouve qu'il y a dans le paiement une forme de respect de la personne que l'on consulte. Et donc il y a quand même cette mentalité là chez les gens que quand c'est gratuit on consomme sans modération. Cela me dérangerait clairement, d'avoir des gens qui viennent ici parce que c'est gratuit. »*

Le système à l'acte est quant à lui vu par les médecins au forfait comme poussant à multiplier les actes. MF5 : « *Je trouve que le système au forfait est très intéressant et ça ne me pousse pas à voir un maximum de patients en un maximum de temps pour vite avoir mes sous.* » Les médecins à l'acte disent éviter ces problèmes car ils ont une conscience professionnelle. MA5 : « *Ça dépend de l'honnêteté du médecin mais il y a toujours le risque de surconsommer évidemment. Il y a le risque de multiplier les actes pour augmenter ses revenus.* » Au-delà des idéologies on retrouve une influence de l'image de soi et de la valeur morale.

Le système au forfait est vu par les médecins à l'acte comme poussant à la sous productivité qui est pour les médecins au forfait plutôt ressenti comme un avantage. MF8 : « *L'argent rentre de manière mensuelle. On n'a pas besoin d'avoir un nombre d'actes par jour pour faire fonctionner la structure.* »

5. Accessibilité financière aux soins

Le système au forfait est pour les médecins qui y travaillent un système plus accessible pour le patient. MF5 : « *On a la possibilité d'ouvrir l'accès de soins à des gens qui sinon auraient un suivi qui serait peut-être un peu plus difficile.* » L'accessibilité plus difficile dans le système à l'acte est reconnue par les médecins à l'acte. MA6 : « *La difficulté majeure c'est l'accessibilité. Si quelqu'un a des difficultés financières cela va poser éventuellement problème.* » Mais cela ne semble pas être une difficulté MA7 : « *Maintenant même à l'acte on a la possibilité de pratiquer le tiers payant. On peut à la demande en fonction des conditions socio-économiques des gens, pratiquer un tiers payant.* »

Le problème d'accessibilité a comme conséquence de pousser le médecin à l'acte à effectuer des actes qui ne sont pas entièrement rémunérés. MA1 : « *Je travaille au tiers payant, et régulièrement sans demander le ticket modérateur quand je vois que les gens ont vraiment des difficultés pour payer.* »

6. Des restrictions financières dans le système au forfait

Le système au forfait peut être restrictif pour le médecin qui ne peut alors pas exercer ailleurs. MF1 : « *Un médecin par exemple qui travaille dans une jeune maison médicale où il n'y a pas de place pour un temps plein et qui voudrait avoir une pratique à l'acte à côté, il ne peut pas.* » Ceci est une raison pour certains médecins de choisir le système à l'acte. MA4 : « *Quand j'étais au forfait on m'a proposé de rester dans cette maison médicale mais c'était que un mi -temps et moi j'ai besoin de rentrées, j'ai un appartement à payer et si je ne pouvais pas faire de l'acte à côté je n'avais pas un salaire complet et là ça bloque complètement avec ce système.* »

C. Influence du système de paiement sur la pratique médicale

1. Liberté de pratique

Les praticiens au forfait se disent plus libres dans leur pratique. Ils ont la liberté de pouvoir faire revenir le patient sans considérations financières. MF5 : « *Moi je pense que on a une liberté de faire revenir le patient plusieurs fois même parfois deux fois sur une semaine sans avoir l'impression de le faire pour l'argent.* »

Ceci est aussi exprimé par certains médecins à l'acte qui eux se sentent moins libres de faire revenir leurs patients. MA4 : *« Le gros désavantage c'est que j'ai plus de mal à faire revenir les patients parce qu'ils doivent repayer une consultation. »*

Les médecins au forfait se sentent plus libres pour diversifier l'offre de soins dans leur mode de financement, qui permet une prise en charge sociale. MF1 *« On est financé pour des prestations médicales mais on en fait ce qu'on veut. ...c'est comme ça qu'on a créé les ateliers créatifs. Et il y a des gens d'ailleurs qu'on n'a plus vus chez le médecin après »*. Ils se sentent libres de pouvoir faire un travail approfondi avec une prise en charge globale sans incitation financière à multiplier les consultations. MF1 : *« A un moment donné si on veut soutenir l'usager c'est parfois plus important de s'occuper de son problème de logement que s'occuper de sa dépression ou de sa bronchite. Parce que sa bronchite ou sa dépression viennent d'abord de son problème de logement. »*

Certains médecins au forfait se sentent plus libres dans leur manière de prescrire. MF3 : *« Le fait d'être maison médicale va permettre de faire revenir quelqu'un plusieurs fois et ne pas lui donner d'emblée un antibiotique. »* Alors que certains médecins à l'acte sont influencés négativement par le mode de paiement dans leurs prescriptions. MA7 : *« En médecine à l'acte je prescris parfois des antibiotiques en me disant que je ne vais pas faire revenir le patient, faire repayer juste pour voir s'il va bien, même si je sais que ça n'est pas bien scientifiquement. »*

2. Tâches administratives

Dans le système au forfait, une partie des honoraires du forfait, associée à certaines aides de l'INAMI pour le travail de groupe financent des travailleurs

administratifs. Le médecin ne doit donc pas gérer la partie administrative et logistique, il peut se concentrer sur son travail médical. MF2: *« Je supprime une lourde charge que j'avais en travaillant à l'acte, au niveau de toute cette comptabilité qui me sortait par les yeux et dont je suis exonéré ici. »*

Cette partie administrative est vue comme pesante chez les médecins qui travaillent à l'acte. MA6 : *« La médecine générale est un peu alourdie par les tâches administratives et c'est un élément qui rentre en ligne de compte dans le choix de la pratique. »*

D. Aspect préventif

Il semble plus facile d'avoir une pratique préventive dans le système au forfait. MF8 : *« Cela permet de faire des campagnes de prévention. Comme on reçoit de l'argent des mutuelles qui est mis en commun, on peut décider chaque année de projets de prévention. »* Ceci est reconnu par les médecins à l'acte. MA7 : *« C'est vrai que nous on essaie de faire une consultation par an de prévention, mais il y a des périodes où c'est impossible à faire. Dans les maisons médicales ils axent beaucoup sur la prévention. »*

Cependant la prévention reste tout de même possible pour les médecins à l'acte. MA6 : *« La prévention on en fait tout le temps c'est intercalé dans la consultation curative. »*

E. Aspects liés aux patients

1. Tendance à la sélection de patients

Selon les médecins à l'acte le système de paiement au forfait aurait tendance à sélectionner la patientèle. MA7 : « *Ce qui me fruste un peu, c'est que quand je vois les patients qui sont pris en charge dans les maisons médicales au forfait, j'ai l'impression qu'ils soignent des gens qui ne sont pas très malades.* » Ils trouvent que la patientèle dans les maisons médicales est moins hétérogène. MA2 : « *Je pense que les jeunes équipes au forfait ont tendance à créer une patientèle qui devient un ghetto.* »

Cette sélection de patients est vue par certains comme une manière de profiter du système pour gagner de l'argent. MA7 : « *Il y a moyen de sélectionner ses patients. Si on prend des patients en grosse difficultés, omnio avec famille nombreuse, c'est le jackpot.* »

Cette idée de sélection de la patientèle n'est pas avancée par les médecins qui travaillent au forfait.

2. Restriction pour le patient

Le système de paiement au forfait est vu par beaucoup de médecins à l'acte comme restrictif pour le patient qui n'est alors plus libre de consulter où il veut. MA7 « *On leur prend leur liberté, une fois qu'on rentre dans le système, on ne peut plus aller voir ailleurs ou alors on paie le prix plein sans aucun remboursement.* »

Ceci est aussi reconnu par les médecins au forfait : MF5 : « *Les patients n'ont peut-être pas toujours envie d'être en maison médicale non plus. J'imagine qu'il y en a que ça n'arrange pas. Il y a des contraintes aussi, personnellement je ne me suis jamais inscrite en maison médicale, parce que j'ai trop déménagé dans ma vie, je suis trop mobile.* »

Les médecins à l'acte veulent pouvoir être choisis par leur patient, alors que dans le système à l'acte, le patient choisit plus la structure qu'un médecin. MA8 : « *Je pense que les patients aiment bien connaître la tête de leur médecin, quand on a l'occasion d'aider quelqu'un et de faire un chemin avec lui quand ça va moins bien ils espèrent retrouver le même médecin. En maison médicale ils retrouveront peut-être un peu moins ce type de situation.* »

3. Autonomie du patient

Pour les médecins dans le système à l'acte le système au forfait a tendance à déresponsabiliser le patient. MA4 : « *J'ai l'impression qu'en maison médicale les patients étaient moins autonomes. .. il y a un patient particulier qui m'a énervé, il venait pour un bobo, une petite croûte ridicule et il venait tous les jours pour que je lui mette de l'isobétadine.* »

4. Relation médecin malade

Les médecins à l'acte se trouvent plus impliqués pour leurs patients car ils sont les seuls à les gérer. MA4 : « *Peut-être que quand j'étais au forfait on se sentait moins responsable d'un patient en se disant que comme il y avait d'autres médecins, ça pourra être eux qui feront telle ou telle chose la prochaine fois.* » Ils se disent aussi plus disponibles. MA3 : « *Quand vous avez un problème, que vous allez dans une maison médicale, que vous trouvez un bon médecin, il n'est pas là tout le temps. Si vous tombez sur un autre médecin quand il n'est pas là il va refaire les mêmes choses.* » Le manque de disponibilité est vu comme un aspect négatif pour le patient. MA6 : « *Au forfait il y a un confort d'avoir un*

travail où l'on s'occupe de sa patientèle de 9h à 18h, puis on ferme le bureau et après c'est reporté sur quelqu'un d'autre. Mais il faut savoir sur qui c'est reporté. »

Alors que dans le système au forfait le fait d'être plusieurs médecins à pouvoir prendre en charge un patient est perçu comme un moyen d'avoir une meilleure continuité des soins. MF4 : *« Ici j'ai une après-midi de congé par semaine. Ça ne veut pas dire que je laisse tomber mes patients vu que mes autres collègues sont là. »*

Dans la médecine à l'acte les médecins recherchent un lien plus singulier avec le patient. MA5 : *« Je pense qu'on soigne mieux ses patients seuls...en tant que médecin généraliste vous êtes vraiment le confident de toutes sortes de choses qui peuvent influencer la santé des gens que le patient n'a pas envie de répéter une deuxième fois. »*

5. Le rapport à l'argent

Le rapport au lien financier est différent chez les médecins, qu'ils travaillent à l'acte ou au forfait. Pour les médecins à l'acte, le paiement est une forme de respect et de reconnaissance du médecin. MA7 : *« Le fait de venir, d'investir dans une consultation, même si ce n'est pas grand chose permet une reconnaissance du médecin qui fait partie de la relation thérapeutique à mes yeux. »* Cela permet de reconnaître la valeur de leur travail. MA3 : *« Je crois que c'est plus clair pour les gens. Ils savent ce qu'ils paient, ils ont une notion de l'importance de ce qui se fait. »*

Certains médecins au forfait, eux, se disent gênés par le fait d'effectuer une transaction financière. MF5 : *« J'ai une relation moi personnellement avec l'argent qui*

n'est pas, je ne vais pas dire désintéressée, mais voilà j'aurais du mal à réclamer de l'argent. »

Pour certains médecins au forfait le fait de ne pas avoir de rapport d'argent ne diminue pas pour autant le respect du patient envers le médecin. MF5 : *« Quand j'entends parler certains médecins à l'acte ou d'autres professions, je trouve que personnellement je n'ai pas l'impression d'avoir moins de respect. »* Cela peut même être un embarras pour le patient. MF3 : *« J'ai des patients qui se sentent très redevables parce qu'ils ne doivent pas payer, alors ils amènent toujours des cadeaux. »*

Pour d'autres médecins au forfait, le respect est plus difficile mais le type de population pris en charge peut entrer en compte. MF4 : *« Il y a peut-être un peu moins de respect, maintenant c'est une population plus défavorisée donc au niveau de l'éducation ça joue aussi. »*

F. Aspects idéologiques et politiques

Chez certains médecins le choix du système de paiement correspond à une idéologie sociale ou politique. Une idéologie de gauche pour les médecins au forfait. MF5 *« Une part politique dans mon choix, oui probablement, enfin j'ai des affinités politiques clairement plus à gauche qu'à droite malgré que j'ai un métier, dont on pense que un médecin c'est d'office à droite. »* Et une recherche de libéralisme pour certains médecins à l'acte MA1 : *« Je suis un indépendant dans l'âme. J'ai une mentalité d'indépendant. »*

Cependant pour beaucoup de médecins, il n'y a aucune part politique dans le choix de pratique. MF2 : « *Par rapport à la fédération c'est très politique. Mais forfait ou acte en ce qui me concerne ce n'est pas un choix politique.* » MA6 : « *Est-ce que la médecine au forfait serait plus progressiste de gauche, et la médecine à l'acte plus libérale de droite pour reprendre les grands classiques ? Je ne crois pas du tout.* » Pour les jeunes médecins le choix du forfait est de moins en moins idéologique. MF1 : « *Je pense que les jeunes se positionnent beaucoup moins aujourd'hui en référence à un système idéologique qu'on ne le faisait. On n'est plus dans le même monde.* »

III. Regard de la société pouvant influencer le choix

A. Regard de l'entourage familial

Pour beaucoup de médecins le regard de l'entourage ne semble pas interférer dans leur choix. MF6 : « *Ils ne sont pas intervenus dans mon choix, mon mari non plus.* » MA4 : « *Mes parents, acte, forfait, ils me suivaient à 100% dans quoi que ce soit.* »

Pour certains médecins au forfait, ce mode de paiement était assez méconnu de leur entourage. MF5 : « *C'est pas hyper connu donc je dois toujours expliquer comment ça fonctionne etc.* »

Mais pour beaucoup de médecins au forfait le regard de l'entourage était positif. MF4 : « *Ils trouvent que c'est chouette que je puisse arranger mes horaires, parce que j'ai un petit garçon.* »

Pour certains médecins à l'acte cependant la quantité de travail engendré par leur pratique était difficile à accepter. MA5 : « *J'ai trois filles et je pense qu'elles trouvent que c'est un peu trop lourd.* » Et il semblait peut-être plus difficile de mettre des limites même si cela semble évoluer. MA7 : « *C'est clair que c'est plus difficile de mettre des limites quand on est seul. Les jeunes mettent d'emblée des limites maintenant.* »

B. Regard des médecins à l'acte sur les médecins au forfait

Certains médecins à l'acte ont une méconnaissance du système de paiement au forfait. MA5 : « *Je sais que ça existe mais je ne connais pas personnellement des médecins qui travaillent au forfait.* »

D'autres les voient comme des idéalistes avec des opinions politiques de gauche. MA7 : « *Tous les médecins que je connais qui travaillent en maison médicale sont affiliés au parti écolo, quasiment tous... un de mes amis au forfait est un idéaliste, il fait ça par passion, c'est sa vision de la médecine.* »

Certains ont un regard plus hostile et les voient comme des opportunistes qui profitent des patients et du système. MA7 : « *Il y a des médecins qui ont choisi le forfait clairement par opportunisme financier, c'est du jackpot avec un tri des patients à l'entrée, je trouve ça inacceptable.* »

Certains encore les envient. MA8 : « *Je suis jaloux de leur liberté, ils ont beaucoup plus de liberté que moi... je pense qu'ils sont sans doute bien contents de leur système.* »

MA1 : « Évidemment si on peut travailler plus relax, moins se presser en étant payé mieux, je ne vois pas très bien qui cracherait là-dessous. »

Ils sont aussi reconnaissants du fait que les maisons médicales prennent en charge des patients difficiles qu'ils ont du mal à prendre en charge. MA7 : « C'est vrai que honnêtement les maisons médicales au forfait cela nous libère de certains patients qu'on a du mal à gérer, on ne va pas jouer non plus les hypocrites. »

C. Image que les médecins au forfait pensent donner à leurs confrères à l'acte

Les médecins au forfait eux pensent qu'ils étaient initialement vus par leurs confrères comme des idéalistes de gauche. MF1 : « Il y a 15 ans, ici on était considéré comme l'œil de Moscou. On était catalogué comme des gens d'extrême gauche, des communistes. » Mais que cette image est actuellement en train de changer. MF5 : « Les maisons médicales ont été en général fondées par des ex soixante-huitards. Ça change très fort de plus en plus avec le turnover et le rajeunissement des médecins, les générations qui évoluent. »

Ils reconnaissent une hostilité et une certaine jalousie de la part des certains de leurs confrères. MF5 : « Il y a plein de régions où c'est mal vu car c'est encore considéré comme de la concurrence déloyale, mais je pense que c'est clairement des réactions de vieux réacs parce que partout en Belgique les médecins généralistes sont débordés. »

Il y a aussi des réactions positives. MF5 : « *Globalement ils sont contents parce qu'on draine une population pas facile et ils sont contents que cette population vienne chez nous plutôt que chez eux.* »

D. Image que pensent donner les médecins à l'acte

Les médecins qui travaillent au forfait ne pensent pas être enviés par leurs confrères à l'acte. MA4 : « *On va dire que les médecins à l'acte sont des fous qui travaillent beaucoup plus pour moins d'argent.* »

E. Regard des patients sur les systèmes de paiement selon les médecins

Beaucoup de patients voient de façon positive le système au forfait de part sa gratuité. MF1 : « *Ah les patients, ils adhèrent au système sans problème. Je dirais qu'il y a une majorité des patients qui, oui qui préfèrent. Il ne faut pas payer.* » Cependant, beaucoup de patients qui adhèrent au système forfaitaire n'en comprennent pas bien le fonctionnement. MF8 « *Certains patients ne comprennent pas qu'il y a un paiement qui est effectué par la mutuelle, pour eux c'est de la médecine gratuite. Il y en a qui pensent qu'on fait du bénévolat, pour dire le degré de compréhension de certains patients.* »

Cette incompréhension du système par les patients est reprochée par certains médecins à l'acte. MA7 : « *Les patients ont complètement une méconnaissance du système, ils sont leurrés par l'aspect gratuit.* »

D'autres patients voient le système au forfait comme une médecine au rabais réservée aux patients défavorisés. MF5 : « *La grosse difficulté est de faire passer le fait que le forfait n'est pas juste destiné aux gens qui n'ont pas de sous et qu'il n'est pas une médecine de seconde zone. Mais c'est un peu l'image des gens.* »

Certains patients se sentent restreints dans le système au forfait. MF3 : « *Il y a des gens qui n'ont pas d'attache à un médecin donné et qui n'auraient pas envie d'aller tout le temps chez le même médecin, que ça arrange d'aller une fois chez un médecin puis chez un autre.* » MA4 : « *Il y a des patients qui ont peur de l'attachement qui en découle. Être obligé de venir toujours au même endroit était vraiment un gros inconvénient pour certains patients.* »

Pour certains patients peu importe le mode de paiement ils choisissent un médecin avant tout. MF1 : « *Ce qui conditionne leur choix c'est le médecin d'abord. Un médecin plutôt qu'un autre, la relation qu'ils peuvent avoir avec lui. Le forfait en lui-même je ne sais pas si c'est ça qui est spécialement attractif pour les patients.* »

F. Regard de la sécurité sociale

Pour beaucoup de médecins la sécurité sociale est favorable à une extension du mode de paiement au forfait à plus de praticiens. MA1 : « *Clairement la sécurité sociale et les politiques socialistes poussent le forfait.* » MF8 : « *C'est clair, à l'heure actuelle les politiques sont pour le forfait. C'est le but, ça coûte moins cher à la société.* » Le forfait est encouragé par la sécurité sociale car les budgets sont connus à l'avance.

MA7 : « L'avantage du forfait est que les budgets sont connus à l'avance. Il n'y a pas de mauvaise surprise, on sait à l'avance le nombre de patients inscrits et le budget. »

Certains médecins à l'acte pensent que le forfait coûte cher à la sécurité sociale. MA3 : « J'ai entendu dire par d'autres médecins à l'acte que dans les maisons médicales, c'était énorme ce que l'état mettait pour les favoriser et que ça coûtait très cher. »

D'autres médecins s'interrogent sur les fluctuations d'opinion selon les majorités politiques MA1 : « Je pense que rien n'empêchera le gouvernement un beau jour de se dire le forfait coûte trop cher on va réduire le budget. »

IV. Influences extérieures

Certains facteurs extérieurs ont pu influencer les médecins dans le choix du système de paiement.

Pour certains ce sont des rencontres. MF2 : « J'ai discuté pas mal avec les médecins en Belgique et c'est vrai que sans savoir qu'ils étaient au forfait, les médecins qui m'ont le mieux accueilli étaient des médecins qui travaillaient en maison médicale et au forfait. » MA4 : « J'ai rencontré mon associée et c'est ce type de pratique que je souhaite. »

Pour d'autres c'est le cursus universitaire. MF5 : « Dans mes stages de dernière année j'ai fait un de mes stages dans une maison médicale au forfait à Liège. Et là pour moi, ça a été quasi la révélation, je me suis dit c'est ça que je veux faire. »

V. facteurs environnementaux

Pour certains médecins le choix de pratique est dicté par des conditions socio-démographiques.

Pour certains médecins à l'acte le système au forfait n'était pas développé quand ils se sont installés ou n'existe pas dans leur région. MA5 : « *Travailler à l'acte c'était la seule possibilité quand je me suis installée, à ce moment là, les maisons médicales étaient au commencement et dans la région il n'y en avait aucune.* »

Pour d'autres médecins c'est tout simplement une opportunité proche de leur domicile MF6 : « *Je suis venue ici parce que c'est à 2 km de chez moi.* »

VI. Satisfaction par rapport au choix

A. Satisfaction

Beaucoup de médecins que ce soit à l'acte ou au forfait, sont satisfaits de leur pratique. MF2 « *Il n'y a pas photo par rapport à quand je pratiquais à l'acte je suis satisfait. Enfin voilà, c'est la qualité de vie, la qualité de travail.* » MA3 : « *Je suis satisfait de ma pratique* »

Les médecins sont aussi globalement satisfaits financièrement dans les deux systèmes. MA7 : « *Je suis tout à fait satisfait de mon salaire actuellement.* » MF5 : « *Je ne me plains absolument pas de mon salaire ici.* »

Certains médecins à l'acte eux ne se sentent pas satisfaits de leur salaire au regard du travail fourni. MA8 : « *Pour le travail que je fais je ne suis pas satisfait de mon salaire.* »

Aucun des médecins au forfait interrogés n'a émis le souhait d'un changement de système. MF1 « *Je ne voudrais changer pour rien au monde.* » Alors que plusieurs médecins à l'acte se sont posé la question de changer. MA8 : « *J'y ai pensé mais le problème est toujours de créer quelque chose et puis d'en sortir. Je ne suis pas opposé à l'idée d'aller vers une pratique au forfait.* » D'autres n'envisagent pas le changement pour des raisons pratiques. MA5 : « *J'ai une pratique de 33 ans, c'est beaucoup trop tard... j'ai toujours fait comme ça et je suis habituée comme ça et j'ai mes patients qui sont habitués comme ça.* »

B. Pour une coexistence des deux systèmes

La plupart des médecins interrogés semblent globalement satisfaits de leur choix. Ils semblent satisfaits qu'il existe deux modes de paiement permettant ainsi différents types de pratiques. Beaucoup souhaitent maintenir la coexistence des deux systèmes. MF3 : « *Les médecins ne rêvent pas tous d'être dans une maison médicale, ce n'est pas l'objectif de tous les médecins autour de moi. On se dit qu'on a chacun notre pratique, chacun ce qui nous convient.* »

MA3 : « Je crois que c'est un peu aux médecins de choisir ce qu'ils veulent » « Quand bien même il y ait un système supérieur à l'autre peu importe, je crois qu'il y a des gens qui aimeront mieux telle ou telle formule. La richesse c'est la pluralité. »

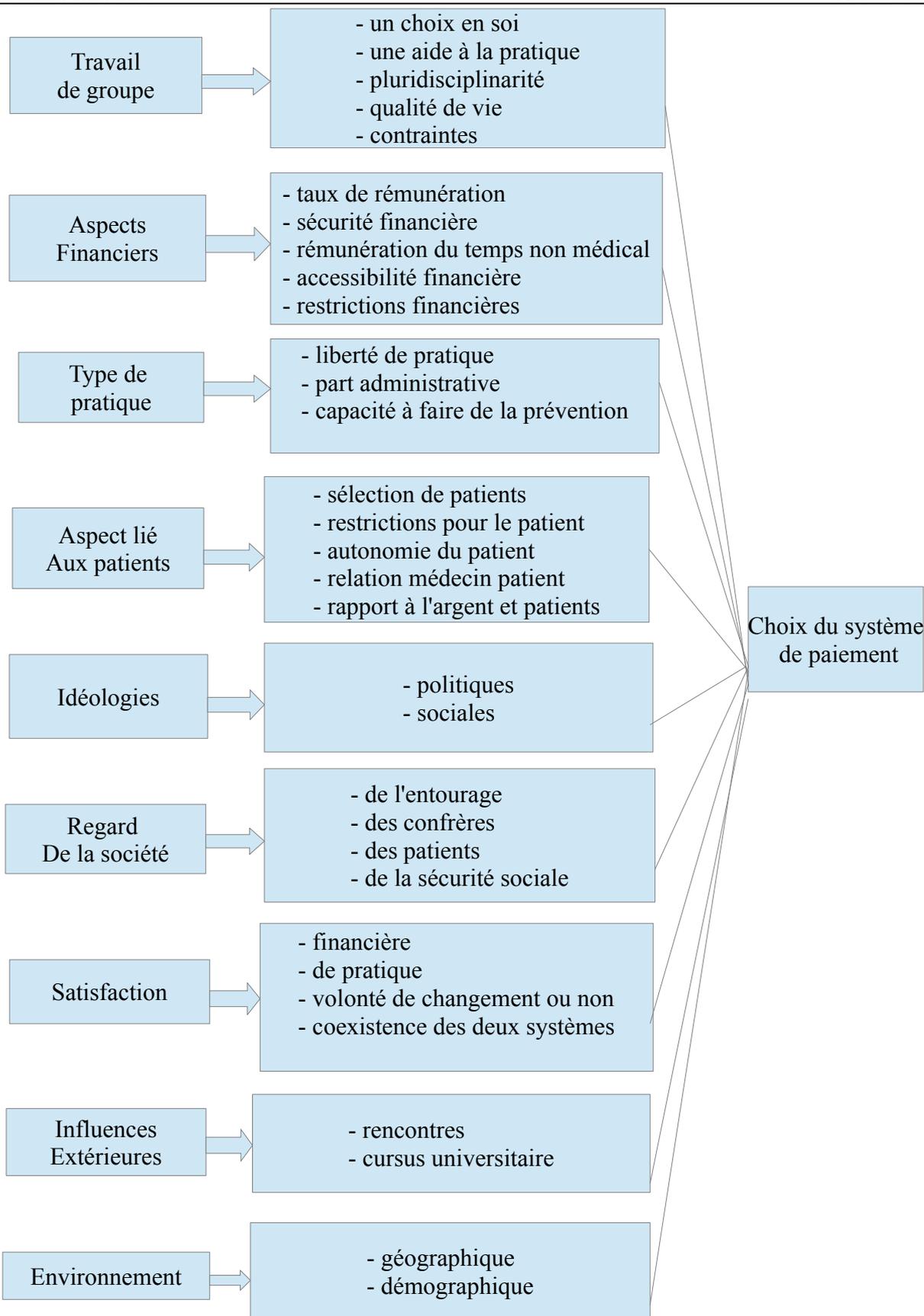


schéma III : Récapitulatif facteurs déterminants du choix du système de paiement

VII. Explication de la prédominance du système à l'acte

A. Conservatisme et habitudes culturelles

Les deux groupes de médecins, qu'ils soient à l'acte ou au forfait expliquent pour la plupart que le système à l'acte reste majoritaire par conservatisme et habitude culturelle. MA8 : « *C'est culturel, ça a toujours été comme ça, on continue. Quand une entreprise a toujours fonctionné d'une manière, on prend le pli.* » MF8 : « *C'est plus culturel, on a l'image du médecin qui est seul dans son cabinet, qui consulte tard le soir, qui travaille seul, pas en réseau.* »

B. Un fondement idéologique du système forfaitaire

Le système au forfait historiquement est né d'un mouvement idéologique et politique de gauche. Choisir le forfait au commencement était un choix politique. MF1 : « *Les maisons médicales ont au départ des racines idéologiques et politiques. Donc forcément les médecins qui viennent travailler en maison médicale appartiennent plus volontiers à un courant progressiste de gauche que les médecins à l'acte en libéral.* » MA1 : « *En Belgique c'est clair que jusqu'ici le paiement au forfait correspondait à un profil plus social. Ce qui risque de changer vu la multiplication des maisons médicales. Ça risque de se modifier.* »

C. Le forfait un système moins connu

Ceci s'explique aussi selon eux par le fait que le système forfaitaire soit plus jeune et encore assez méconnu de certains praticiens. MA4 : « *Et puis ça se développe seulement depuis une dizaine d'années, de plus en plus de maisons médicales passent au forfait en voyant les avantages que ça apporte.* » MF7 : « Il est difficile de changer les idées par méconnaissance du système. Quand un système reste minoritaire c'est toujours difficile de se faire une idée. »

D. Lié aux choix des pouvoirs publics

Pour certains médecins au forfait, la prédominance du système à l'acte est liée à des pouvoirs politiques. MF6 : « *Je pense que ce sont des choix politiques* »

E. Refus de travailler en groupe, incompatibilité avec un travail solo

Pour certains cela est dû au refus de travailler en groupe de certains médecins. MA2 « : *Je pense que pour beaucoup de médecins c'est difficile de travailler dans la pluridisciplinarité. On est formé à l'université à être les acteurs et les décideurs de nos pratiques et voilà. On est formé à la médecine générale, on n'est pas du tout formé à travailler avec d'autres.* » MF3 : « *Je pense que beaucoup de médecins sont habitués à*

travailler seuls et ont du mal à se coordonner avec d'autres. C'est beaucoup de travail quand même, c'est des compromis, des acceptations de choses dont on n'a pas forcément envie. »

L'habitude de travailler en solo est difficile à changer et le système forfaitaire est incompatible avec un travail solo. MA6 : *« Le système au forfait reste minoritaire car il y a quand même encore beaucoup de pratiques solo. »* MF4 : *« Je pense que pour se mettre au forfait il faut déjà être en groupe. »*

VIII. Vision d'avenir de la médecine générale

A. Vers une augmentation des pratiques de groupe

Beaucoup de médecins qu'ils soient à l'acte ou au forfait, envisagent une évolution vers une augmentation de pratiques de groupe, plus en adéquation avec la féminisation de la profession et les attentes des jeunes médecins. MA5 : *« Je pense que les pratiques de groupe vont se développer car c'est quand même le souhait des jeunes. En plus de ça, la féminisation de la profession fait que les jeunes femmes n'ont plus du tout envie de se retrouver seules avec leur patientèle. »* MF4 : *« En Belgique il y a plus de médecins qui travaillent seuls que en groupe, c'est peut être une tendance qui est en train de changer puisqu'il y a de plus en plus de femmes et de plus en plus de gens qui veulent organiser leur vie. »*

B. Vers un développement du système au forfait ?

Certains médecins imaginent un développement du système forfaitaire ou d'un système médical étatisé. MA4 : « *Est ce que finalement on ne deviendra pas dans le futur tous des médecins salariés de l'INAMI, je n'en sais rien.* ». Pour d'autres le système forfaitaire ne résoudra pas les problèmes de démographie médicale. MA7 : « *Il n'y a pas une relève suffisante et je ne crois pas que la médecine au forfait va résoudre ce problème.* »

Pour certains médecins au forfait ce système va se développer car il est recherché par les jeunes médecins. MF3 : « *Il y a toute une génération de jeunes médecins qui veut travailler au forfait dans une maison médicale. De plus, le forfait est mieux représenté au niveau universitaire et donc va être mieux connu.* » MF5 : « *Dans le département de médecine générale il y a des profs qui sont des médecins qui travaillent en maison médicale.* »

D'autres évoquent la nécessité de refaire des études pour mieux évaluer l'efficacité du système au forfait. MA6 : « *Il y a eu des nombreuses études sur le coût réel de la médecine dans les deux systèmes. Je suis un peu dubitatif sur la lecture de ces études, il faut peut-être en refaire encore.* »

C. Un avenir dicté par des choix politiques

Pour certains médecins, l'avenir sera dicté par les choix politiques.

MA1 : « Actuellement le paiement le plus intéressant financièrement parlant est un paiement au forfait. Ça durera le temps que les politiques le voudront. » MF5 : « Ça dépend des majorités politiques. En fonction des majorités politiques et des concertations au niveau de la sécu. »

DISCUSSION

I. Le travail de groupe, le facteur déterminant majeur du choix

A. Un choix groupe/solo plutôt que forfait/acte

Parmis les nombreux facteurs présentés dans les résultats pouvant influencer le choix, le travail de groupe semble être un des principaux déterminants. Tous les médecins au forfait interrogés dans cette étude ont évoqué avoir été attirés par le système au forfait parce que c'est un travail de groupe. Beaucoup de médecins dans le système forfaitaire, ont en fait choisi le travail de groupe plus que le forfait. Pour un grand nombre de médecins la question qui se pose dans le choix du type de pratique n'est pas acte ou forfait, mais en groupe ou solo puis groupe de médecins ou groupe pluridisciplinaire de soins primaires. C'est cela qui conditionne vraiment le choix de pratique.

B. Travail de groupe avantages et inconvénients

Selon un rapport de L'institut de recherche et de documentation en économie de la santé, en 2003 en Belgique, les médecins étaient 30% à exercer en groupe, maison médicale ou groupe de plusieurs médecins confondus (6).

Les médecins interrogés dans mon travail évoquent être attirés par le travail de groupe pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il permet une amélioration de la qualité de vie, en permettant des arrangements avec les collègues pour avoir des horaires plus souples. C'est aussi un moyen de partager ses connaissances et de ne plus être seul face à certaines prises en charge difficiles.

Il y a bien sûr des inconvénients évoqués, principalement dans le travail pluridisciplinaire, comme le fait qu'il faut s'entendre avec les autres membres du groupe, que les décisions sont soumises au groupe et que cela demande des concessions. C'est d'ailleurs un frein pour certains médecins qui préfèrent alors une pratique solo. La perte de l'indépendance est aussi évoquée.

Les mêmes avantages et inconvénients évoqués par les médecins étaient aussi retrouvés dans une étude qualitative réalisée en 2003 en Belgique publiée dans *Family Practice* (23).

C. La recherche du travail de groupe : témoin d'une évolution des pratiques

Dans les deux types de pratique il ressort une approche différente de la relation médecin/ patients. La peur de la perte du lien privilégié avec le patient est un frein au travail de groupe pour beaucoup de médecins solo. Le médecin seul se doit d'être plus disponible, car il est le seul interlocuteur possible pour son patient. En travail de groupe ce n'est pas toujours le même médecin qui va être disponible pour le patient, la relation est un peu moins exclusive.

Dans le développement du travail de groupe on doit aussi voir une façon différente de penser la médecine et la relation avec le patient, dans laquelle le médecin n'est plus dévoué corps et âme à ses patients et laisse une place à sa vie privée. Ceci est aussi en rapport avec l'évolution de la société et la féminisation de la profession. L'étude publiée dans Family Practice montrait d'ailleurs que les femmes étaient plus ouvertes au travail de groupe, notamment pluridisciplinaire et y voyaient un moyen concret de concilier vie privée et professionnelle.

D. Le forfait : un mode de paiement plus adapté au travail de groupe pluridisciplinaire et au fonctionnement communautaire des maisons médicales?

Le travail en groupe pluridisciplinaire est à différencier du travail en groupe de médecins. C'est plutôt ce travail pluridisciplinaire qui est recherché par les médecins travaillant au forfait. En Belgique le travail pluridisciplinaire entre praticiens de soins primaires s'effectue principalement en maisons médicales. Il existe des maisons médicales à l'acte et au forfait, cependant la majorité des maisons médicales fonctionnent au forfait. Sur les 100 maisons médicales recensées sur le site de la fédération des maisons médicales, 84 ont choisi de fonctionner au forfait. Cette proportion élevée de structures au forfait amène à se demander si le paiement au forfait n'est pas mieux adapté au fonctionnement de structures pluridisciplinaires.

Une autre explication au fait que la plupart des maisons médicales choisissent le forfait est la facilité d'accès aux soins. Les maisons médicales étant implantées

dans des zones défavorisées, le paiement au forfait permet un accès aux soins plus facile.

Le forfait associé au choix d'un travail communautaire permet une utilisation plus libre des financements, permettant la rémunération : des réunions interprofessionnelles, du travail administratif, ou encore des ateliers d'éducation thérapeutique. Un médecin attiré par le travail de groupe pluridisciplinaire va donc naturellement s'orienter vers les maisons médicales, et donc majoritairement vers une pratique au forfait

II. Autres facteurs déterminants dans le choix

A. L'aspect financier

Dans le système au forfait les médecins ont pour la plupart un statut indépendant mais sont payés selon une convention avec leur structure, souvent à l'heure, quel que soit le nombre de patients vus. Les médecins se retrouvent alors avec un salaire peu fluctuant. Une tendance à travailler sous contrat d'employé se dégage chez les jeunes médecins. Il apparaît qu'en terme de salaire, le système de paiement au forfait semble aussi intéressant si ce n'est plus que le système à l'acte, à activité égale. C'est un facteur qui peut entrer en compte dans le choix. Le système du forfait permet pour le médecin une certaine sécurité financière, avec l'assurance d'avoir un salaire régulier, se rapprochant alors un peu du salariat. Les médecins au forfait semblent aussi prêts à gagner moins que leurs confrères à l'acte si c'est pour avoir une meilleure qualité de vie.

Certains médecins qui pratiquent à l'acte, eux recherchent dans ce système la corrélation entre l'activité et l'argent, c'est à dire la possibilité d'augmenter leur salaire en augmentant le nombre de patients vus. Le paiement à l'acte pour certains médecins est une sorte de reconnaissance de leur travail.

Des restrictions en rapport avec le côté exclusif du système au forfait peuvent aussi rentrer en jeu dans le choix. En effet, les pratiques à l'acte et au forfait sont mutuellement exclusives ; une pratique mixte, dans des lieux différents, est donc impossible sauf dans le cas des consultations salariées en PMI, médecine scolaire, planning familial, urgences d'un hôpital et des gardes.

B. Le type de pratique médicale : liberté de pratique et gestion administrative

Le type de pratique de la médecine semble être aussi un facteur déterminant important du choix du système de paiement. Beaucoup de médecins dans le système au forfait se sont dits plus libres dans leur pratique. Dans le système au forfait, ces médecins dégagés des considérations financières se sentent plus libres de faire revenir les patients. Ils se sentent aussi plus libres de diversifier leur pratique comme ils le souhaitent pour faire des actions de prévention par exemple. Les médecins sont aussi déchargés de toutes fonctions administratives car le système au forfait a facilité le choix d'avoir des travailleurs administratifs pour gérer cela.

La gestion administrative est une lourdeur du système à l'acte fréquemment évoquée par les médecins. La lourdeur administrative est aussi une hypothèse à l'augmentation des pratiques en salariat et en groupe. Les jeunes médecins ne se

sentent plus forcément prêts à assumer une lourde charge administrative en plus du travail médical.

C. La surconsommation de soins : un problème du système au forfait

La tendance à la surconsommation des soins est une idée qui a été largement évoquée par les médecins au forfait et à l'acte. Si cela semble être un frein dans le choix du système au forfait pour beaucoup de médecins à l'acte, cela ne semble pas l'être pour les médecins qui travaillent au forfait.

Cette consommation supérieure des consultations dans le système au forfait est effectivement avérée dans une étude réalisée par la fédération des maisons médicales elle-même (24). Cette étude met en évidence que les maisons médicales au forfait soignent des patients plus jeunes et plus défavorisés, et que le nombre de consultations par patient y est supérieur à celui de l'ensemble de la population.

Il semble donc y avoir réellement une tendance à un accroissement de la consommation des soins au forfait. Il faut cependant prendre en compte que la population soignée étant jeune, mais plus défavorisée, les besoins de soins peuvent en être accrus.

En ce qui concerne les visites, on observe l'effet inverse. Les visites sont plus nombreuses dans le système à l'acte qu'au forfait. Des hypothèses évoquées à cela sont que les patients suivis à l'acte sont en moyenne plus âgés.

D. Sélection de la patientèle ?

Plusieurs médecins à l'acte pensent qu'il existe une sélection de la patientèle dans le système au forfait, idée qui n'a pas été évoquée par les médecins travaillant au forfait. Certes, il est décrit dans la littérature que les patients du système forfaitaire sont en moyenne plus jeunes, mais aussi plus précaires. Même si c'est une tendance qui pourrait exister, il ne semble pas y avoir une morbidité plus importante ni une sélection de patients à faible risque de santé dans le système au forfait en Belgique, au contraire.

Un élément d'explication se retrouve dans le rapport du KCE consacré à la comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement(12) : *« Les pratiques médicales financées au forfait sont nées dans un contexte particulier en Belgique et la grande majorité des praticiens qui ont fait le choix du financement au forfait se rattachent aux valeurs et aux objectifs de la Fédération des Maisons médicales et de la Vereniging van Wijkgezondheidscentra. Celles-ci défendent un concept de soins de santé primaires, développé par l'O.M.S. depuis Alma-Ata qui visait à placer les soins primaires au cœur du système de santé. Les pratiques au forfait voulaient s'inscrire dans des centres de santé impliquant un travail collectif des travailleurs de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, assistants sociaux, psychologues) allant de la pluridisciplinarité à la transdisciplinarité. »*

III. Une évolution de la perception du système au forfait

A. Une évolution du regard des médecins à l'acte sur le système au forfait

Le système de paiement au forfait a été fondé sur des bases idéologiques dans un contexte de contestation. Initialement l'image était très politisée et les médecins qui y travaillaient étaient vus par leurs confrères comme des idéologistes communistes. Au commencement des maisons médicales au forfait, il était beaucoup moins intéressant financièrement de travailler au forfait qu'à l'acte. Les médecins qui travaillaient au forfait le faisaient par idéologie. Le regard de leurs confrères à l'acte était plutôt péjoratif. Bien que le système au forfait ne soit pas encore bien connu de tous les praticiens à l'acte, particulièrement des médecins plus âgés, le regard semble être différent maintenant.

Actuellement, la démarche de travailler au forfait semble être tout autre. Certes, certains médecins le font encore par idéologie politique, mais beaucoup choisissent ce mode de pratique en dehors de toute considération politique, surtout pour les avantages personnels qu'ils y trouvent et pour la qualité des soins qu'ils pensent donner aux patients. Les médecins qui travaillent au forfait ne sont plus vus de façon négative par leurs confrères, dont certains sont même envieux des avantages du système.

B. Un regard des patients mitigé

Si «la gratuité» est un attrait majeur pour beaucoup de patients, le système au forfait ne semble pas toujours bien compris par ceux-ci. Beaucoup de patients méconnaissent totalement le système. Les maisons médicales au forfait se situant

principalement dans des quartiers défavorisés, un certain nombre de patients pense que c'est une médecine réservée aux pauvres et peut-être de moins bonne qualité.

C. Une évolution du regard des pouvoirs politiques

Le regard des pouvoirs politiques a aussi évolué. Ce sont eux qui par des revalorisations du calcul du forfait ont permis à ce système d'être aussi rentable financièrement que l'acte. Actuellement, il apparaît que le système de paiement au forfait serait meilleur en terme de coût de santé publique. Le système au forfait intéresse la sécurité sociale qui semble l'encourager car il permet de mieux prévoir les coûts en soins primaires. Plusieurs médecins interrogés expriment cependant des craintes sur l'avenir qui peut basculer suite à des décisions politiques.

IV. Satisfaction et coexistence des deux systèmes

Aucun médecin dans le système au forfait n'a émis le souhait de changer de système, alors que certains médecins à l'acte ont indiqué avoir déjà réfléchi à changer de système. On peut se demander si la satisfaction est meilleure dans le système au forfait.

Les médecins, qu'ils soient à l'acte ou au forfait, paraissent cependant globalement satisfaits de leur choix de pratique. On peut imaginer que cette satisfaction peut être liée au fait que le mode de paiement soit librement choisi. On peut se demander si la satisfaction des médecins serait différente si un des modes de paiement leur était imposé. Le fait que les deux systèmes coexistent permet à

chacun d'y trouver son compte selon ce qu'ils recherchent comme type de pratique et permet donc d'obtenir une plus grande satisfaction.

V. Hypothèses sur la représentation majoritaire du paiement à l'acte

Dans ce travail, il ressort que le système au forfait semble présenter beaucoup d'avantages, qui sont même pour la plupart reconnus par les médecins qui travaillent à l'acte. Pourquoi, alors le système forfaitaire reste-t-il minoritaire ?

Tout d'abord, environ 75% des médecins travaillent seuls (source inami, données 2009). C'est culturel de travailler seul. Ensuite tous les médecins ne souhaitent pas travailler en groupe.

Une maison médicale ne se crée pas facilement, il faut des individus motivés pour s'investir dans un nouveau projet. La majorité des médecins en Belgique ont plus de 50 ans et n'envisagent donc pas un changement de pratiques alors qu'ils travaillent depuis 30 ans dans un système à l'acte et en solo.

En comparaison avec le système à l'acte, le système au forfait est jeune et encore méconnu de certains praticiens.

Les maisons médicales au forfait sont nées d'un mouvement social et se sont installées dans des zones de populations défavorisées. Les premiers médecins à pratiquer au forfait faisaient ce choix par idéologie politique. Pratiquer au forfait ne

correspondait donc pas à la représentation de la médecine qu'avait une grande partie des médecins.

Encore maintenant, la plupart des maisons médicales au forfait sont implantées dans des quartiers pauvres. L'image des maisons médicales pour beaucoup de patients de classe moyenne est que c'est une médecine pour les pauvres. On peut se demander si les patients de quartiers plus aisés adhèreraient aussi facilement aux maisons médicales au forfait qu'en zones défavorisées.

VI. Les biais de ce travail

A. Réalisation de l'étude

Tout d'abord, cette recherche est restée cantonnée à une zone géographique assez restreinte pour des questions logistiques. On peut se demander si les résultats seraient différents rapportés à un plus grand nombre d'entretiens, effectués sur une zone plus large.

Ensuite les entretiens et l'analyse ont été effectués par un seul opérateur, moi-même. Pour limiter la part subjective de l'analyse, il conviendrait d'avoir plusieurs opérateurs.

B. La population de médecins interrogés

Parmi les médecins au forfait interrogés, il y avait des médecins de différents âges ayant pratiqué à l'acte avant, et aussi des médecins n'ayant connu que le forfait. On peut cependant déplorer qu'il n'y ait pas de médecins ayant travaillé dans la même maison médicale à l'acte, puis au forfait. Cela s'explique par le fait que les médecins étaient interrogés s'ils répondaient favorablement à ma demande d'entretien. Parmi les maisons médicales contactées, il n'y en a pas qui sont passées récemment au forfait qui ont répondu.

Parmi les médecins interrogés travaillant à l'acte, seulement un avait travaillé au forfait avant. Est-ce représentatif du fait qu'il y ait peu de médecins qui travaillent au forfait retournant travailler à l'acte ? Est-ce dû au fait que le recrutement au hasard des médecins ne permettait pas de cibler cette catégorie ?

Il n'y a pas non plus dans la population interrogée, de médecin seul au forfait. Selon les sources de l'INAMI (source INAMI 2011, données personnelles), il existerait seulement un seul médecin dans toute la Belgique qui pratique en solo au forfait. Cela étant considéré comme marginal il n'a pas été contacté pour participer aux entretiens. On peut quand même se demander s'il n'y aurait pas eu un intérêt à le rencontrer.

VII. Va-t-on vers un développement du mode de paiement au forfait en Belgique ?

Il est clair qu'on va à coup sûr vers une augmentation des pratiques de groupes. Les jeunes médecins ne s'installent plus seuls. Quand on voit le nombre de jeunes médecins et de femmes dans les maisons médicales, on peut imaginer que les pratiques au forfait risquent de continuer à se développer.

Il semble y avoir plus de remises en question chez les médecins qui travaillent au forfait. En effet la « norme » actuellement est de travailler à l'acte. Les médecins qui choisissent une pratique au forfait ont plus réfléchi au type de pratique qu'ils souhaitent. On retrouve d'ailleurs dans le rapport KCE, un meilleur suivi des recommandations et moins de prescriptions d'antibiotiques chez les médecins qui travaillent au forfait.

Le nombre de maisons médicales est en augmentation croissante. Il est passé en région francophone de 66 en 2004 (25) à plus de 100 en 2013 et quasiment 140 en 2014. Le paiement à l'acte ne semble pas être parfaitement adapté pour ces pratiques en groupes pluridisciplinaires qui fonctionnent très majoritairement au forfait.

En 2010 le nombre de médecins généralistes francophones (à différencier du nombre de généralistes sur toute la Belgique) ayant une pratique au forfait était de 11% contre 7% en 2006 (15). Les médecins qui travaillent en maison médicale sont majoritairement des femmes de moins de 40.

Les médecins qui travaillent à l'acte solo sont eux majoritairement des hommes de plus de 40 ans. Au vu de l'évolution de la démographie médicale on peut donc s'attendre à une évolution des pratiques au forfait.

Le recul des idéologies et de la part politique dans le choix de la pratique au forfait est aussi un argument en faveur de son augmentation.

Les médecins semblent satisfaits du libre choix possible du système de paiement. Les évolutions futures dépendront évidemment aussi des décisions des pouvoirs politiques. La coexistence des deux systèmes va-t-elle se maintenir ? Il n'est en tout cas pas évident que l'on aille vers une généralisation du système forfaitaire. On n'est pour le moment pas à l'heure actuelle au tout « maisons médicales ». Au vu du nombre de pratique à l'acte actuellement, si un changement s'effectuait il serait de toute façon lent.

VIII. Qu'en est- il du paiement au forfait en France ?

A. L'évolution des pratiques en France

En France, la tendance est aussi à un changement des pratiques et à une augmentation des pratiques de groupe, notamment pluridisciplinaires. D'après le baromètre de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 54% des médecins généralistes en 2009 exerçaient en groupe. Le pourcentage d'exercice en groupe représentait 77% chez les médecins de moins de 40 ans (26). Ceci est en nette augmentation car ils étaient seulement 30% à exercer en groupe en 1980 (27). Les coopérations entre professionnels de santé sont actuellement encouragées par les pouvoirs publics. Le développement des pratiques pluridisciplinaires est notamment une des propositions faites pour lutter contre les

problèmes de démographie médicale. Les pouvoirs publics accordent des aides à la création de structures pluridisciplinaires selon un cahier des charges précis.

Différentes structures se développent :

- Les maisons de santé sont une personne morale constituée de plusieurs professionnels de santé libéraux (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens) qui pratiquent de façon commune des soins de première ligne dans un même lieu avec un projet de santé commun. A noter que l'intégration des pharmaciens dans les projets de santé peut être difficile car ils sont soumis à la TVA et il ne doit pas y avoir de liens commerciaux entre les acteurs d'un projet de santé.
- Les pôles de santé sont des regroupements de professionnels qui peuvent être constitués de maisons de santé, centres de santé, établissements de santé qui ne sont pas dans les mêmes lieux. Par abus de langage, on appelle souvent pôle santé des organisations de types maisons de santé dont les acteurs ne sont pas regroupés dans un même lieu.
- Les centres de santé médicaux (uniquement des médecins) ou polyvalents (médecins, dentistes et/ou infirmiers) sont des organismes qui prodiguent des soins primaires et dont les professionnels sont salariés. Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé. Ces différents types de pratique sont en nette augmentation actuellement.

B. Les forfaits existants

Le paiement à l'acte ne semble pas être le meilleur moyen de rémunération pour des activités coordonnées entre les professionnels. On est arrivé au constat qu'il fallait diversifier les modes de paiement notamment pour les structures de groupes pluridisciplinaires.

Il existe déjà certains types de paiements forfaitaires qui s'appliquent à tous les médecins qu'ils soient en structure de santé ou non :

- forfait annuel médecin traitant de 5 euros pour chaque patient de plus de 16 ans ;
- la majoration personne âgée qui donne droit à 5 euros à chaque consultation d'un patient de plus de 85 ans ;
- le forfait affection longue durée (ALD), parmi la liste de 30 pathologies ALD, de 40 euros par an, par patient en ALD ;
- sur un mode incitatif depuis le 1er janvier 2012 les forfaits de rémunération à la performance des objectifs de santé publique (ROSP), qui donnent des points selon l'obtention d'un certain nombre d'objectifs (organisation du cabinet, suivi de pathologie chronique, prévention, efficience) et donnent ensuite droit à une rémunération (28).

C. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération

L'article 44 de loi du 19 décembre 2007 sur le financement de la sécurité sociale 2008 a prévu la possibilité de réaliser une expérimentation sur de nouveaux

modes de rémunération pendant 5 ans. Le décret d'application paru en 2009 a permis le lancement de cette expérimentation le 1er janvier 2010, initialement pour une durée de 3 ans. En 2012, l'expérimentation a été prolongée d'un an par l'article 49. Il est actuellement prolongé jusqu'au 31 décembre 2014 par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale 2014 (29).

L'expérimentation qui a débuté en janvier 2010 initialement concernait 19 maisons de santé, 3 pôles de santé, et 18 centres de santé sur 6 régions puis s'est étendue à 149 structures sur 19 régions à partir de 2011. Les structures sont volontaires dans le projet. L'expérimentation n'est ouverte qu'à des structures pluridisciplinaires (maisons de santé, pôle santé) et non à des médecins seuls. Ce projet est coordonné par les agences régionales de santé (ARS).

Ce n'est pas un forfait à la capitation comme en Belgique mais différents types de forfaits complémentaires à l'acte qui sont testés. Ils ne représentent que 2 à 5% des revenus globaux des structures et sont essentiellement utilisés dans un but organisationnel. L'expérimentation porte sur 3 modules (30) :

- Le module 1 qui correspond à un forfait rémunérant les missions de coordinations versé directement à la structure. L'évaluation se fait sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Il est aussi calculé en fonction de la précarité des patients de la structure, du nombre de patients et du nombre de professionnels.
- Le module 2 comporte deux volets. Un forfait dédié à des réunions d'éducation thérapeutique du patient. Ce forfait est perçu par la structure, par

patient concerné et selon le nombre de séances d'éducation. La structure détermine librement les modalités de répartition du forfait entre professionnels. Le second forfait est utilisé pour réaliser des réunions d'un trio de professionnels pour la prise en charge de patients difficiles.

- Le module 3 alloue un budget pour la coopération entre professionnels de santé. Il permet la délégation d'actes médicaux à des auxiliaires médicaux, pour dégager du temps médical. Le financement est forfaitaire en fonction du nombre d'infirmiers inclus dans le protocole.

D. Vers un paiement au forfait en France ?

Actuellement l'expérience sur les nouveaux modes de rémunération qui devait se terminer en décembre 2013 a été prolongée jusqu'au 31 janvier 2014. Il est prévu d'y inclure 150 nouvelles équipes. Les résultats de ces expérimentations ne sont pas rendus publics à l'heure actuelle. Il semble tout de même que cela permette de mieux comprendre les difficultés organisationnelles des structures pluridisciplinaires. Pour que ces nouveaux modes de rémunération puissent se généraliser dans les structures pluridisciplinaires, il faut une négociation conventionnelle interprofessionnelle. Les structures pluridisciplinaires en France représentent encore seulement 5 à 10% des professionnels de santé et ne seront donc pas majoritaires dans les négociations.

A la différence de la Belgique qui permet une part de fonctionnement au forfait depuis une trentaine d'années, la problématique de nouveaux modes de

rémunération émerge en France depuis seulement quelques années. Va-t-on en rester au stade d'expérimentation ? Va-t-on voir apparaître de nouveaux métiers en lien avec ce type de rémunération comme des travailleurs de coordinations équivalent aux accueillantes et travailleurs administratifs de Belgique ?

Pour l'instant, la France ne semble pas s'orienter vers un forfait à la capitation mais plutôt vers un mode de rémunération mixte en maintenant le paiement à l'acte, et en y ajoutant différents paiements forfaitaires plus adaptés aux structures pluridisciplinaires. Ces structures représentent aujourd'hui à peu près le même pourcentage que les maisons médicales au forfait en Belgique. Au vu de l'augmentation des pratiques en groupe et l'augmentation croissante des maisons de santé pluridisciplinaires, on peut s'attendre à une évolution des modes de rémunération dans les années à venir.

CONCLUSION

De nombreux déterminants entrent en compte dans le choix entre une pratique à l'acte ou au forfait chez les généralistes belges. Le déterminant majeur du choix semble être le travail de groupe. Bon nombre de médecins qui travaillent dans le système forfaitaire ont fait ce choix pour la pratique en groupe pluridisciplinaire entre praticiens de soins primaires qui se fait majoritairement dans les maisons médicales. De même qu'une partie des médecins qui exercent dans le système à l'acte préfèrent une pratique solo.

D'autres éléments entrent aussi en compte dans le choix comme l'aspect financier, l'influence du système de paiement sur la pratique médicale, la capacité à faire de la prévention, les répercussions du mode de paiement sur les patients. Bien qu'il existe à la base une part d'idéologie dans le choix d'une pratique au forfait, on observe que de nos jours choisir une pratique au forfait n'a rien d'idéologique. Un grand nombre de médecins font plutôt le choix du forfait pour les avantages personnels qu'ils en retirent. L'image renvoyée par les pratiques au forfait que ce soit pour les confrères à l'acte, les patients où la sécurité sociale initialement péjorative semble évoluer de façon positive.

Que ce soit à l'acte ou au forfait les médecins apparaissent globalement satisfaits de leur pratique. Ils sont favorables à maintenir une coexistence des deux systèmes afin que chacun y trouve son compte selon le type de pratique souhaitée.

Aucun des médecins dans le système forfaitaire n'a émis de volonté de changement. Savoir si la satisfaction est meilleure dans le système forfaitaire mériterait d'être exploré dans de futures études.

Des éléments de réponses pour expliquer que le système forfaitaire reste minoritaire sont l'habitude culturelle, un certain conservatisme des médecins, l'image initialement fortement politisée du système au forfait, de même qu'une relative méconnaissance de ce système. Des études restent à réaliser pour confirmer l'efficacité du système forfaitaire présentée dans le rapport KCE. L'avenir nous dira si l'évolution de la société, la féminisation de la profession et la façon de penser la médecine des jeunes médecins amèneront à une augmentation des pratiques au forfait.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INAMI. Médecins - Accréditation - Conditions auxquelles un médecin doit répondre pour acquérir et maintenir la qualité d'accrédité - INAMI [Internet]. [cited 2013 May 28]. Available from: <http://www.inami.be/care/fr/doctors/accreditation/individual-accreditation/conditions-accreditation.htm>
2. Comprendre le système de santé en Belgique [Internet]. [cited 2013 May 28]. Available from: <http://www.guidesantefrancobelge.eu/FR/systemesanteenbelgique/139470.html>
3. Dossier médical global - INAMI [Internet]. [cited 2013 May 29]. Available from: http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_2.htm
4. Les trajets de soins - INAMI [Internet]. [cited 2013 May 29]. Available from: <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/tdszt/index.htm>
5. INAMI. Géographie de la consommation médicale 4e Partie - Exposés thématiques - Recensement des praticiens de soins. 2009.
6. Meeus pascal, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI); 2012.
7. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev Online*. 2000; (3):CD002215.
8. Ferrand-Nagel S. le financement des soins de santé primaire au forfait, il est arrivé près de chez vous. *Santé Conjug*. 1998 Jan;(3):62.
9. VAN DORMAEL M. Paiement à l'acte, au forfait, à l'abonnement: 20 ans de controverses belges. *GERM Lett Inf*. 1979;(133):38p.
10. DE Rider H. circulaire_6_inami_regles_forfait_2010_06_25-2(1).pdf. circulaire INAMI, 6 juin, 2010.
11. Drielsma P. 13 ans de forfait bilan et perspectives. *féderation des maisons médicales*; 1997.
12. ANNEMANS L, CLOSON JP, HEYMANS I, LAGASSE R, MENDES DA COSTA E, MOUREAUX C, et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Bruxelles: KCE; 2008 p. 162p.
13. Jamart H, Drielsma P, Heymans I, paligot F. On avance! Vers une réforme du financement forfaitaire. *féderation des maisons médicales*; 2012.
14. Ernes C. Forfait à la capitation, du rêve à la réalité. *Santé Conjug*. 2011 avril; (56).
15. Meeus P. Campagne d'information 2013 de la commission des profils, les indicateurs de qualité de la prescription pharmaceutique en maison médicale. INAMI; 2013.

16. Allard M, Jelovac I, Léger P-T. Physicians self selection of a payment mechanism: Capitation versus fee-for-service. 2010 [cited 2013 Mar 26]; Available from: <http://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00523370/>
17. Cykert S, Hansen C, Layson R, Joines J. Primary care physicians and capitated reimbursement. Experience, attitudes, and predictors. *J Gen Intern Med.* 1997 Mar;12(3):192–4.
18. Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Appl Health Econ Health Policy.* 2004;3(1):39–46.
19. Allard M, Jelovac I, Léger PT. Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms. *J Health Econ.* 2011 Sep;30(5):880–93.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142–5.
21. Fishbein M. A Reasoned Action Approach to Health Promotion. *Med Decis Making.* 2008 Nov 17;28(6):834–44.
22. Ajzen I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire. Unpubl Manuscr Retrieved [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 16];1. Available from: <http://people.umass.edu/~ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>
23. Feron J-M, Cerexhe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrieux C, et al. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. *Fam Pract.* 2003 Apr 1;20(2):167–72.
24. Denis B, Drielsma P. Quelle population, quelle consommations de soins dans les maisons médicales? année étudiée 2009. Heysman Isabelle, Fédération des maisons médicales et collectifs de santé asbl; 2011.
25. Bourgueil Y, Marek A, Mouquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2007 p. 180.
26. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) G, Arnaud. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
27. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Études Résultats.* 2004 juin;314:12.
28. MG France. Calculatrice d'évaluation de la rémunération forfaitaire conventionnelle(année 2013). http://www.mgfrance.org/component/option,com_wrapper/Itemid,4348/.
29. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 2013-1203 décembre, 2013.
30. Agence régionale de santé. nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>.

ANNEXES

Annexe 1 : Tarif INAMI 2014 des actes de soins primaires en Belgique

Consultations sans DMG

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	15,10€	13,6€	9,10€
Médecins généralistes agréés	20,92€	19,42€	14,92€
Médecins généralistes agréés/ accrédités	24,48€	22,98€	18,48€

Consultations avec DMG

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	15,10€	14,10€	11,10€
Médecins généralistes agréés	20,92€	19,92€	16,92€
Médecins généralistes agréés/accrédités	24,48€	23,48€	20,48€

Visites sans DMG de 10 à 75 ans sans être malade chronique

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	30,02€	27,12€	18,52€
Médecins généralistes agréés	36,76€	33,89€	22,90€
Médecins généralistes agréés/ accrédités	36,76€	33,79€	22,90€

Visites avec DMG de 10 à 75 ans, sans DMG après 75 ans et malade chronique sans DMG

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	30,02€	27,12€	19,52€
Médecins généralistes agréés	36,76€	33,89€	23,90€
Médecins généralistes agréés/ accrédités	36,76€	33,89€	23,90€

Visite avec DMG chez les plus de 75 ans et malades chroniques avec DMG

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	30,02€	27,99€	22,67€
Médecins généralistes agréés	36,76€	34,76€	27,76€
Médecins généralistes agréés/ accrédités	36,76€	34,76€	27,76€

Visite avec ou sans DMG chez un enfant de moins de 10ans

	Honoraires	Remboursement intervention majorée	Remboursement assuré ordinaire
Médecins généralistes de droit acquis	30,02€	28,02€	22,02€
Médecins généralistes agréés	36,76€	34,76€	28,76€
Médecins généralistes agréés/ accrédités	36,76€	34,76€	28,76€

Annexe 2 : Carte de l'état fédéral belge tirées du site www.belgium.be

Les communautés



les régions



Annexe 3 : Exemple de tarif de forfait

Montants fixes mensuels applicables à partir du 01/01/2014 pour toutes les nouvelles maisons médicales

Prestations des médecins généralistes	14,87 euros
Prestations des infirmiers	14,48 euros
Prestations des kinésithérapeutes	6,66 euros

Pour les maisons médicales plus anciennes, les montants sont calculés suivant plusieurs variables et chaque structure obtient un prix moyen par patient selon son type de patientèle.

Annexe 4 : Tableaux sur le nombre de médecins généralistes totaux et en maisons médicales

extrait du document de l'INAMI : Campagne d'information 2013 de la commission des profil : Les indicateurs de qualité de la prescription pharmaceutique en maison médicale par Pascal Meeus

ventilation	nb médecins	nb ETP	nb de patients
TOT	9940	8.070	810
FE	3020	2.219	714
HO	6920	5.851	846
FR	4264	3.155	771
NL	5676	4.916	835
34 et -	691	487	592
35-44	1732	1.397	800
45-54	2742	2.320	891
55-64	3734	3.094	828
65 et +	1041	771	650
MM	111		525

Maison Médicales	nb GP	nb ETP	nb patients
All MM	508	340	359
FE	312	188	329
HO	196	151	396
FR	337	230	369
NL	171	109	337
35-	203	91	299
35-44	152	120	340
45-54	74	65	437
55-64	73	60	402
65+	6	3	366
01. ANVERS	39	24	323
02. LIMBOURG	20	14	444
03.04. FL ORIENT/ OCC	76	50	299
05. BRBT FL	34	21	352
06. BXL	140	93	374
07.09.10. B WALL,NAMUR,LUX	49	34	356
08. HAINAUT	49	36	380
09. LIEGE	101	67	368

MM : Maisons Médicales, FE : Femmes, HO : Hommes, FR : Francophone, NL : Néerlandophone, ETP : Équivalent Temps Plein, GP : General Praticiens

Annexe 5 : Guides d'entretiens

Guide d'entretien acte

Renseignements socio démographiques

1. Pouvez-vous vous présenter rapidement, ainsi que votre structure de travail?
2. Depuis combien de temps travaillez- vous ici ?
3. Où avez-vous travaillé avant ?

Attitude

4. Que connaissez-vous du système de paiement au forfait ?
5. Pourquoi avez-vous choisi de travailler à l'acte plutôt qu'au forfait ?
6. Quels avantages trouvez- vous à travailler à l'acte plutôt qu'au forfait ?
7. Que vous apporte le fonctionnement à l'acte dans votre pratique médicale que n'apporterait pas le forfait?
8. Quelles difficultés trouvez-vous à travailler à l'acte plutôt qu'au forfait ?
9. Quels sont les effets négatifs du paiement à l'acte sur votre pratique médicale ?
10. Que pensez-vous du système à l'acte en matière de prévention ?
11. Que change le système à l'acte en matière de soins de seconde ligne?
12. Que change le système à l'acte en matière de prescription?
13. Que vous apporte le fonctionnement à l'acte d'un point de vue personnel ?
14. Quelle est l'influence du fonctionnement à l'acte sur votre qualité de vie?
15. Que pensez-vous de votre salaire actuel ? Serait-il différent selon vous si vous étiez dans une structure au forfait ?
16. Percevez-vous une différence entre les médecins travaillant à l'acte et ceux au forfait : en termes de profil social, de qualité de travail ?

Normes sociales

17. Que pense votre entourage familial de votre pratique médicale?
18. Selon vous que pensent vos collègues qui pratiquent au forfait de votre pratique à

l'acte ?

19. Selon vous que pensent les patients de la pratique à l'acte ?
20. Pensez-vous que la sécurité sociale verrait d'un bon œil l'extension à plus de praticiens du paiement au forfait ? Pourquoi ?
21. Avez-vous été influencé dans votre choix entre paiement à l'acte et au forfait ? Par qui ? A quels arguments avez-vous été sensible ?
22. Croyez-vous qu'un système soit supérieur à l'autre ?

Auto efficacité

23. Qu'est-ce qui fait que vous restez dans le système à l'acte à l'heure actuelle ?
24. Êtes-vous satisfait de votre pratique actuelle ?
25. Envisageriez-vous de vous diriger vers une pratique au forfait ?
26. Que pensez-vous du système de paiement au forfait ?
27. Pourquoi selon vous le financement au forfait reste minoritaire en Belgique ?
28. Comment voyez-vous la médecine générale dans l'avenir ?

Facteurs d'environnement

29. Des circonstances particulières ont-elles déterminé le fait de travailler à l'acte plutôt que au forfait ?

Guide d'entretien forfait

Renseignements socio-démographiques

1. Pouvez-vous vous présenter rapidement ainsi que votre structure de travail ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
3. Où avez-vous travaillé avant ? Avez-vous déjà travaillé dans le système à l'acte, eu une activité hospitalière ?
4. Si non que connaissez-vous du système à l'acte ?

Attitude

5. Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans une maison médicale au forfait ?
6. Quels avantages trouvez-vous à travailler dans un système de paiement forfaitaire plutôt que à l'acte ?
7. Quelles sont selon vous les difficultés liées au fonctionnement au forfait ?
8. Que vous apporte le fonctionnement au forfait dans votre pratique médicale que n'apporterait pas l'acte ?
9. Quels sont les effets négatifs du fonctionnement au forfait sur votre pratique médicale ?
10. Que pensez-vous du système forfaitaire en matière de prévention ?
11. Que change le système forfaitaire dans votre rapport aux soins de seconde ligne ?
12. Que change le système forfaitaire pour vous en matière de prescription ?
13. Que vous apporte le fonctionnement au forfait d'un point de vue personnel ?
14. Quelle est l'influence du fonctionnement au forfait sur votre qualité de vie ?
15. Que pensez-vous de votre salaire actuel, pensez-vous qu'il serait différent si vous étiez dans un système à l'acte ?
16. Percevez-vous une différence entre les médecins travaillant à l'acte : en terme de profil social et politique, en terme de qualité de travail ?

Normes sociales

17. Que pense votre entourage familial de votre type de pratique médicale au forfait ?

18. D'après vous quelle est l'opinion de vos collègues qui pratiquent à l'acte sur votre type de pratique ?
19. Quelle est selon vous l'opinion des patients sur la pratique au forfait ?
20. Pensez-vous que la sécurité sociale verrait d'un bon œil l'extension à plus de praticiens de ce système de paiement ? Pourquoi ?
21. Y a-t-il une part politique dans votre choix de travailler au forfait ?
22. Avez-vous été influencé dans votre choix entre le paiement à l'acte et au forfait ? Par qui? A quels arguments avez vous été sensible ?
23. Croyez-vous qu'un système soit supérieur à l'autre ? Pourquoi ?

Auto efficacité

24. Êtes-vous satisfait de votre pratique actuelle ?
25. Qu'est-ce qui fait que vous restez dans le système forfaitaire à l'heure actuelle ?
26. Envisageriez-vous de vous diriger vers une pratique à l'acte ?
27. Que pensez-vous du système de paiement à l'acte ?
28. Pourquoi selon vous le système de paiement à l'acte reste majoritaire ?
29. Comment voyez-vous l'avenir de la médecine générale ?
30. Si changement acte/forfait de la maison médicale : le passage au forfait a-t-il changé quelque chose dans votre équipe : salaires, hiérarchie, organisation générale ?

Facteurs d'environnement

31. Des circonstances particulières ont-elles déterminé le fait de travailler au forfait ?

Annexe 6 : Analyse des entretiens (sur CD ROM)

AUTEUR : Nom : Garnier

Prénom : Mélanie

Date de Soutenance : le 20 mai 2014

Titre de la Thèse : Paiement à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux systèmes

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : médecine générale, santé publique

DES + spécialité : DES médecine générale

Mots-clés : acte, forfait, système de paiement, Belgique

Résumé :

Titre de la thèse : Paiement à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux systèmes

Contexte : Il existe en Belgique deux modes de financement en soins primaires : l'acte et le forfait à la capitation. Seulement 5% des médecins généralistes font le choix d'une pratique au forfait. Quels sont les facteurs déterminants du choix du système de paiement et pourquoi le paiement au forfait reste-t-il minoritaire en Belgique?

Méthode : Selon une méthode de recherche qualitative, 8 médecins généralistes à l'acte et 8 médecins généralistes au forfait en Wallonie et dans la région de Bruxelles ont été interrogés dans des entretiens semi-dirigés, du 15 octobre au 6 décembre 2013. Le guide d'entretien a été réalisé suivant le modèle de Fishbein afin d'explorer tous les déterminants du choix du système de paiement.

Résultats : Le travail de groupe pluridisciplinaire, majoritairement effectué en maisons médicales au forfait, est le déterminant majeur du choix du système de paiement. Travailler au forfait semble être aussi rentable que travailler à l'acte, avec l'avantage d'une sécurité financière. Le paiement au forfait est aussi choisi pour la liberté de pratique et l'affranchissement des tâches administratives qu'il offre. Des inconvénients du système au forfait tels que la surconsommation des soins, la perte de la relation exclusive avec le patient, des restrictions pour le patients et le médecin sont des éléments qui orientent à choisir le système à l'acte. Le choix du paiement au forfait est de moins en moins un choix idéologique et l'image de paiement au forfait devient plus positive. Dans les deux systèmes, les médecins sont satisfaits et voient la liberté de choix comme une richesse. Le conservatisme médical, la méconnaissance du système au forfait ainsi que son fondement sur des bases idéologiques sont des éléments évoqués pour expliquer la prédominance du système à l'acte.

Conclusion : Le choix du système de paiement en Belgique est déterminé par de nombreux facteurs vus comme avantages ou inconvénients selon le type de pratique médicale recherchée. L'élément majeur du choix est la recherche ou non d'un travail pluridisciplinaire.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Professeur Eric Boulanger, Professeur Christophe Berkhout, Docteur Laurent Verniest, Docteur Marc Vanmeerbeek (directeur de thèse)