

MAI 2019

RAPPORT DE RECHERCHE

N° 32

Maisons médicales: quels impacts sur
l'accès aux soins de santé pour les
personnes précaires ?

RÉSUMÉ

Le Gouvernement wallon a adopté en septembre 2015 un Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté (PLCP) et a confié son évaluation à l'IWEPs. Dans ce cadre, cette évaluation porte sur les mesures du PLCP visant à développer les maisons médicales en Région wallonne. Deux politiques wallonnes, préalablement existantes au plan, ont été mises en œuvre pour soutenir les maisons médicales. Nous entendons par maison médicale, l'ensemble des pratiques forfaitaires de première ligne et l'ensemble des maisons médicales agréées par la Région wallonne (associations de santé intégrée – ASI).

Notre question d'évaluation principale est la suivante : «Dans quelle mesure les maisons médicales (et particulièrement, les ASI) améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne ?»

Grâce à des données quantitatives, nous élaborons le profil de la patientèle selon le type de pratiques de médecine générale (maison médicale au forfait,

maison médicale à l'acte et pratique à l'acte classique). Nous constatons que la patientèle en maison médicale au forfait et, dans une moindre mesure, en maison médicale à l'acte est plus précarisée que la population wallonne. Cette précarisation de la patientèle en maison médicale ne s'explique pas seulement par le contexte communal où sont implantées ces dernières.

Une analyse qualitative via des études de cas nous a permis de mieux comprendre comment les activités que les maisons médicales mettent en place ont un impact sur l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires. Parmi les résultats, on note l'importance de certaines activités clés des maisons médicales comme l'équipe interdisciplinaire, la fonction d'accueil et l'existence d'une stratégie élargie permettant de favoriser un accès financier aux soins. Cette analyse met en évidence la pertinence des critères que les maisons médicales doivent remplir pour être agréées par la Région wallonne ainsi que la pertinence du subside afféré à cet agrément.



COLOPHON

Auteure : **Clarisse Van Tichelen** (IWEPS)

Edition : **Evelyne Istace** (IWEPS)

Création graphique : **Deligraph**
<http://deligraph.com>

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales,
moyennant mention de la source.

IWEPS

Institut wallon de l'évaluation, de la
prospective et de la statistique

Route de Louvain-La-Neuve, 2
5001 BELGRADE - NAMUR

Tel : 081 46 84 11

Fax : 081 46 84 12

<http://www.iweps.be>

info@iweps.be

Remerciements

Cette évaluation n'aurait pu être menée à bien sans la participation de nombreux acteurs et actrices de terrain. Nous tenons à remercier très chaleureusement :

Roger Van Cutsem et Marie Marganne de la Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé francophones, pour la mise à disposition et le traitement des données pour les maisons médicales au forfait et de manière générale, pour leur disponibilité tout au long de ce travail.

Gretel Dumont et Bernadette Witters de l'AVIQ, pour leur expérience de terrain indispensable à la réalisation de cette évaluation et la mise à disposition des différentes données concernant les ASI et le FEADER.

Les équipes des maisons médicales que nous avons rencontrées et particulièrement, des quatre maisons médicales qui ont fait l'objet d'une étude de cas.

Les patient·e·s qui ont accepté de participer à un entretien.

L'ensemble des membres du comité d'accompagnement « maison médicale » pour leurs suggestions, commentaires et analyses critiques tout au long de la construction du projet d'évaluation et de sa réalisation.

Nous remercions également Sile O'Dorchai et Sébastien Brunet (IWEPS) pour leurs remarques constructives sur une version antérieure du rapport. Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude aux collègues de l'IWEPS qui ont participé de près ou de loin à l'évaluation et particulièrement à Muriel Fonder qui a donné un soutien sans faille à la construction de l'évaluation et de sa méthodologie.

Nous avons choisi d'utiliser l'écriture inclusive pour la rédaction de ce rapport. L'écriture inclusive permet de s'affranchir du masculin générique et de redonner de la place au féminin.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
1 INTRODUCTION.....	6
1.1. PILOTAGE DE L'ÉVALUATION.....	6
1.2. ORGANISATION DU RAPPORT.....	6
2 ANALYSE DU SECTEUR DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE.....	8
2.1. INTRODUCTION.....	8
2.2. PAYSAGE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE.....	8
2.3. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES MAISONS MÉDICALES.....	10
2.4. CARTOGRAPHIE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE	13
2.4.1. <i>Cartographie des maisons médicales ayant reçu un subside FEADER.....</i>	<i>16</i>
2.5. TYPOLOGIE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE.....	18
2.6. CONCLUSION.....	21
3 ANALYSE DE LA POLITIQUE ÉVALUÉE.....	22
3.1. INTRODUCTION.....	22
3.2. LE PLAN WALLON DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ.....	22
3.3. LES MESURES CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DES MAISONS MÉDICALES.....	23
3.3.1. <i>Les Associations de Santé Intégrée (ASI).....</i>	<i>25</i>
3.3.2. <i>La mesure 7.2 du FEADER concernant l'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé.....</i>	<i>29</i>
3.4. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PLCP.....	30
3.5. CONCLUSION.....	34
4 LA QUESTION D'ÉVALUATION	36
5 VOLET QUANTITATIF	38
5.1. MÉTHODOLOGIE	38
5.1.1. <i>Les données de l'Agence intermutualiste (AIM).....</i>	<i>38</i>
5.1.2. <i>Les données de la FMM.....</i>	<i>41</i>
5.2. CARACTÉRISATION DU CONTEXTE LOCAL DES TROIS TYPES DE PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	42
5.3. CARACTÉRISTIQUES DES HABITANTS DE LA RÉGION WALLONNE SELON LE TYPE DE PRATIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	43
5.3.1. <i>Selon l'âge</i>	<i>44</i>
5.3.2. <i>Par sexe.....</i>	<i>45</i>
5.3.3. <i>Par province.....</i>	<i>45</i>
5.3.4. <i>Selon le type de régime*.....</i>	<i>46</i>
5.3.5. <i>Selon la situation sociale.....</i>	<i>46</i>
5.3.6. <i>Selon le fait de bénéficier de l'intervention majorée.....</i>	<i>48</i>
5.3.7. <i>Selon le fait de bénéficier d'une allocation de chômage.....</i>	<i>49</i>
5.3.8. <i>Conclusion.....</i>	<i>49</i>

5.4.	COMPARAISON DES COMPORTEMENTS ENTRE DEUX TYPES DE PRATIQUES À L'ACTE EN RÉGION WALLONNE.....	50
5.4.1.	<i>Part de la population ayant eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste en 2016</i>	50
5.4.2.	<i>Nombre de contacts moyens par type de pratique de médecine générale</i>	53
5.4.3.	<i>Conclusion</i>	56
5.5.	ANALYSE DES PATIENT·E·S EN MAISON MÉDICALE À L'ACTE À CHARLEROI ET À NAMUR.....	56
5.6.	ANALYSE DES PERSONNES EXCLUES MÉTHODOLOGIQUEMENT DE LA PATIENTÈLE AU FORFAIT.....	59
5.6.1.	<i>Les personnes exclues de la patientèle au forfait dans les données de l'AIM</i>	59
A.	<i>Les personnes qui ont connu une interruption</i>	60
B.	<i>Les personnes sans interruption</i>	60
5.6.2.	<i>Les personnes non suivies au forfait dans les données de la FMM</i>	60
5.7.	CONCLUSION.....	61
6.	VOLET QUALITATIF.....	63
6.1.	INTRODUCTION.....	63
6.2.	PRÉCISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	63
6.2.1.	<i>Conceptualisation de l'accès aux soins de santé primaire</i>	63
6.2.2.	<i>Ouvrir la « boîte noire » de la maison médicale</i>	64
6.2.3.	<i>Hypothèses de recherche et méthodologie</i>	66
6.2.4.	<i>Limites de l'analyse</i>	68
6.3.	RÉSULTATS DES ÉTUDES DE CAS.....	68
6.3.1.	<i>Caractérisation des maisons médicales</i>	68
6.3.2.	<i>Caractérisation des patient·e·s interviewé·e·s</i>	73
6.3.3.	<i>Résultats pour chacune des dimensions de l'accès aux soins</i>	74
6.4.	CONCLUSION.....	88
7.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	91
8.	RÉFÉRENCES	97
	ANNEXE 1 ANALYSE DE CORRÉLATION ENTRE LES VARIABLES CARACTÉRISANT LES MAISONS MÉDICALES.....	100
	ANNEXE 2. MÉTHODOLOGIE DE LA TYPOLOGIE DES MAISONS MÉDICALES	101
	ANNEXE 3. ASI À L'ACTE EN 2016 PRISES EN COMPTE	105
	ANNEXE 4. MAISONS MÉDICALES PRISES EN COMPTE POUR L'ANALYSE PAR QUARTIER STATISTIQUE	106
	ANNEXE 5. REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON FMM PAR RAPPORT À LA POPULATION AU FORFAIT	107
	ANNEXE 6. NOMENCLATURE DES ACTES PRIS EN COMPTE POUR COMPTABILISER UN CONTACT AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	108
	ANNEXE 7. GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT·E.....	109
	ANNEXE 8. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE QUALITATIVE.....	111
	ANNEXE 9. SCHÉMA.....	115

1 Introduction

Le Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté (PLCP) a été adopté par le Gouvernement wallon en septembre 2015, pour la période 2015-2019. Il est composé d'un ensemble de 50 mesures visant à lutter contre la pauvreté, touchant différentes compétences de la Région Wallonne : le logement, l'alimentation, l'énergie, l'eau, la santé, les politiques familiales, la mobilité, le tourisme, le numérique, l'accès aux droits et les démarches partenariales.

L'évaluation du PLCP est elle-même une mesure du plan (mesure 12.5) et a été confiée à l'IWEPS. Le programme d'encadrement et d'évaluation du plan proposé par l'IWEPS a été validé par le Gouvernement wallon en juillet 2016. Dans son programme d'évaluation, l'IWEPS indique quatre dispositifs qui feront l'objet d'une évaluation thématique. Un de ces dispositifs est la mesure concernant le développement des maisons médicales dans le cadre de l'axe « santé » du plan (mesure 5.1.2). C'est cette mesure qui fait l'objet de cette évaluation.

La question évaluative générale est la suivante : « *Dans quelle mesure les politiques prises par le PLCP visant le développement des maisons médicales favorisent-elles l'accès aux services de santé de proximité pour les personnes précarisées en Région wallonne?* »

1.1. PILOTAGE DE L'ÉVALUATION

Les travaux, dont le rapport fait état, ont été menés dans le cadre plus large du programme d'encadrement et d'évaluation du PLCP présenté au Comité Transversal d'Encadrement (CTE) du PLCP en janvier 2016 et validé par le Gouvernement wallon en juin 2016. Parallèlement au CTE, un comité d'accompagnement composé d'acteurs de terrain a été constitué.

Une première phase de l'évaluation s'est focalisée sur l'analyse de la mesure 5.1.2. et sur la construction du projet d'évaluation. Le projet final d'évaluation a été présenté et discuté au comité d'accompagnement et au CTE en mai 2018.

La suite des travaux a été menée entre mai 2018 et mars 2019. Une présentation des résultats intermédiaires a été réalisée auprès du comité d'accompagnement en janvier 2019.

Le rapport final a été discuté et présenté au comité d'accompagnement et au CTE en mars 2019.

Le texte qui sera remis au Gouvernement wallon prend en compte, sous la responsabilité de l'IWEPS et dans le respect de la liberté de l'Institut en tant qu'évaluateur, les remarques formulées par les membres du comité d'accompagnement et du CTE.

1.2. ORGANISATION DU RAPPORT

Dans une première partie, nous analysons le secteur des maisons médicales en Région wallonne. En effet, ce dernier n'étant pas homogène, il nous paraît intéressant de commencer ce rapport d'évaluation en déterminant les contours de ce secteur.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse des mesures mises en place par le PLCP visant à soutenir le développement des maisons médicales.

Les conclusions issues de l'analyse des mesures mises en place par le PLCP nous amènent à reformuler notre question évaluative (troisième partie de ce rapport).

Ensuite, les quatrième et cinquième parties sont consacrées aux résultats de l'évaluation : la quatrième partie porte sur le volet quantitatif et la cinquième, sur le volet qualitatif.

Enfin, la dernière partie du rapport présente les principales conclusions de l'évaluation qui sont accompagnées, s'il y a lieu, de recommandations.

2. Analyse du secteur des maisons médicales en Région wallonne

2.1. INTRODUCTION

Nous commençons ce rapport d'évaluation par décrire le paysage des maisons médicales en Région wallonne. En effet, le secteur des maisons médicales n'est pas homogène et il existe différents critères pour déterminer les contours de ce dernier. Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel les politiques de la Région wallonne visant à développer les maisons médicales s'insèrent, il nous semble pertinent de faire un premier détour par l'analyse du secteur. Nous commençons par définir ce qu'on entend par « maison médicale » dans cette évaluation. Ensuite, nous décrivons ces maisons médicales à l'aide de plusieurs variables et nous situons ces maisons médicales dans l'espace à l'aide de plusieurs cartographies. Enfin, nous réalisons une typologie exploratoire des maisons médicales en Région wallonne afin d'affiner notre représentation du secteur.

2.2. PAYSAGE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE

L'appellation « maison médicale » n'est pas protégée. Qui veut, peut donc se définir comme étant une maison médicale. De plus, ce qu'on considère comme étant une maison médicale dépend d'un acteur à l'autre. Nous expliquons ici les trois critères habituellement utilisés pour définir une maison médicale. Ensuite, nous étayons le choix qui a été fait pour cette évaluation.

Un premier critère a trait au financement des maisons médicales. Une maison médicale est alors définie comme une pratique de première ligne fonctionnant au forfait (voir encadré 1 relatif aux modes de financement). En Belgique, il existe, au 1^{er} janvier 2018, 177 pratiques forfaitaires de première ligne dont 65 sont situées en Région wallonne (70 sont situées à Bruxelles et 42 en Flandre). Ce critère de distinction des maisons médicales est celui utilisé par l'INAMI et par les différentes mutuelles en Belgique. Le système de paiement forfaitaire est négocié au sein d'une commission de l'INAMI sur les pratiques forfaitaires.

Encadré 1 : Les différents modes de financement du système de santé

Le paiement à l'acte

C'est le système de financement des pratiques de première ligne le plus répandu en Belgique. À chaque acte (consultation, visite, etc.) réalisé par le-la professionnel·le de santé, une attestation de soins est réalisée qui est prise en charge principalement par la mutuelle et en partie par le-la patient·e.

Le paiement au forfait

Le paiement au forfait pour les pratiques de première ligne (permet de financer les pratiques de médecin généraliste et/ou de kinésithérapeute et/ou d'infirmier·ère) est apparu en Belgique en 1982. Ce système de paiement est basé sur un contrat tripartite : un·e patient·e s'inscrit dans une maison médicale ; la maison médicale lui prodigue des soins ; la mutuelle s'engage à payer le forfait à la maison médicale. Le forfait est donc payé à la maison médicale par la mutuelle pour chaque personne inscrite dans la maison médicale. Le-la patient·e ne paie donc plus la consultation en maison médicale, mais il n'est pas remboursé par la mutuelle lorsqu'il consulte d'autres médecins généralistes et/ou kinés et/ou infirmier·ères en dehors de la maison médicale (sauf exception).

Un second critère de sélection des maisons médicales est le critère d'appartenance à une fédération et spécifiquement, à la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones

(FMM)¹ puisque cette fédération est la plus importante, existe depuis 1980 et défend une charte de valeurs qui définit un projet de santé spécifique. La FMM compte 61 membres en Wallonie. Deux autres fédérations existent, mais ne sont pas reconnues par la Région wallonne². Il s'agit d'une part, de médecine pour le peuple (MPLP)³, un regroupement de maisons médicales organisées par le Parti du Travail de Belgique qui comporte quatre maisons médicales en Région wallonne. Cependant, trois d'entre elles sont affiliées à la FMM. D'autre part, une nouvelle fédération a vu le jour en 2013, il s'agit de la FEPRFAO (fédération des pratiques forfaitaires)⁴ qui comprend cinq pratiques forfaitaires en Région wallonne.

Enfin, un dernier critère est l'agrément mis en place par la Région wallonne pour qu'un projet de santé de première ligne soit reconnu comme Association de Santé Intégrée (ASI). Les différentes caractéristiques des ASI sont explicitées dans la deuxième partie de ce rapport. Au 1/01/2018, la Région wallonne comptait 78 ASI.

Ci-dessous, vous trouverez un schéma du paysage des maisons médicales en Région wallonne qui reprend les trois critères pouvant définir une maison médicale. Ainsi, dans les 78 ASI (cadre bleu), 27 sont à l'acte (zone hachurée) et 51 fonctionnent au forfait (zone pointillée). La majorité des ASI est affiliée à la FMM (59 ASI dont deux font partie de MPLP – en orange). 19 ASI ne sont affiliées à aucune fédération (en noir). En Région wallonne, il existe aussi 14 maisons médicales au forfait qui ne sont pas agréées. Ces dernières sont soit affiliées à la FEPRFAO (pour cinq d'entre elles – en vert), soit affiliées à aucune fédération (pour six d'entre elles), soit affiliées à MPLP (pour deux d'entre elles dont une également affiliée à la FMM). Une seule maison médicale au forfait non agréée est affiliée à la FMM.

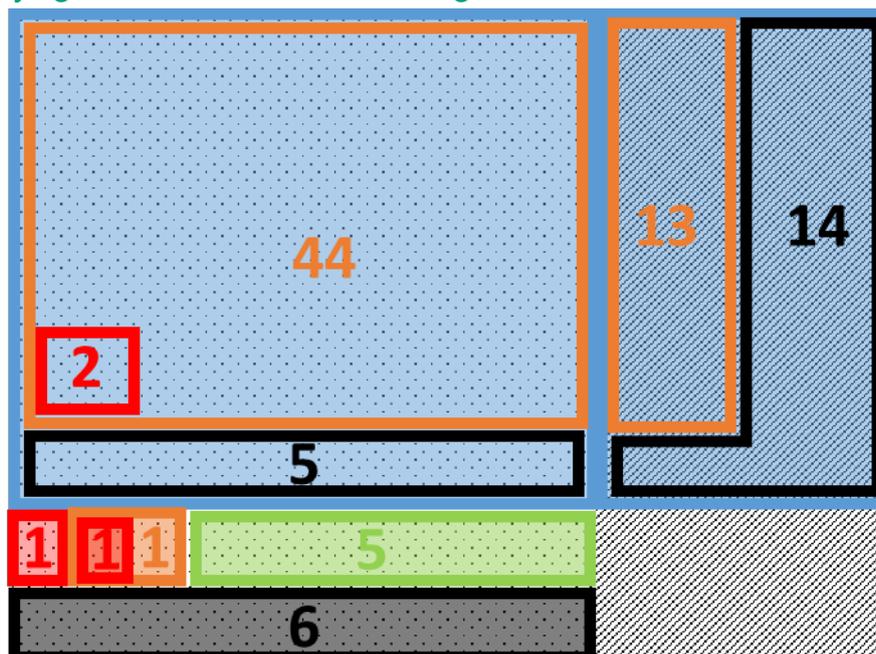
¹ Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé : <https://www.maisonmedicale.org/>

² Pour être reconnue, une fédération doit être composée de maisons médicales agréées par la Région wallonne. Elle doit favoriser la concertation et représenter les ASI de manière collective ainsi qu'offrir un appui logistique et technique aux ASI pour la collecte de données épidémiologiques (Code wallon de l'action sociale et de la santé, art. 427).

³ Médecine pour le peuple : <https://www.gvhv-mplp.be/index.php/fr/>

⁴ Fédération des pratiques forfaitaires : <http://www.feprafo.be/>

Figure 1 : Le paysage des maisons médicales en Région wallonne



Légende

Remplissage pointillé : pratiques au forfait / Remplissage hachuré : pratiques à l'acte
 En bleu : ASI / En orange : FMM / En noir : non affiliée / En vert : FEFRAFO / En rouge : MPLP

Au vu de cette analyse, il apparaît que les maisons médicales s'apparentent soit à un mode de financement spécifique, le forfait, soit à un financement à l'acte, mais alors, agréées par la Région wallonne. Nous considérons donc, pour cette évaluation, l'ensemble des pratiques forfaitaires existantes en Région wallonne (qu'elles soient agréées ou non) ainsi que l'ensemble des ASI, comme étant des maisons médicales. Cela correspond à 92 maisons médicales, soit 78 ASI et 14 maisons médicales au forfait non agréées.

2.3. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES MAISONS MÉDICALES

Pour mieux caractériser le secteur des maisons médicales, nous avons compilé, pour chacune d'entre elles, différentes variables ayant trait, soit à la maison médicale en tant que telle, soit à la commune où cette dernière est implantée.

Le tableau 1 reprend l'ensemble des variables utilisées pour caractériser les maisons médicales. Ces variables ont été choisies, car elles étaient disponibles facilement dans les bases de données administratives⁵ et permettaient d'éclairer de manière pertinente la réalité des maisons médicales. Les variables ayant trait aux communes où les maisons médicales sont implantées ont été choisies pour caractériser le contexte de l'accès aux soins dans lequel se situent les maisons médicales. Ces variables sont analysées dans la section 2.4.

⁵ Pour les ASI, nous avons eu accès aux Rapports d'activités simplifiés et harmonisés (RASH) de toutes les ASI agréées en 2017. Pour les pratiques forfaitaires, nous avons reçu une série d'informations provenant de l'INAMI. Nous avons également utilisé les informations sur les maisons médicales disponibles dans le moniteur belge (année de création de la structure juridique).

Tableau 1 : Métadonnées des variables utilisées pour la typologie des maisons médicales

Intitulé	Explication	Source de données
Fédération	Indique à quelle fédération est affiliée la maison médicale : FMM, FEPRFO, MPLP ou non affiliée	Liste des membres des fédérations
Année	Indique l'année de création de la structure juridique de la maison médicale	Moniteur belge
Forfait	Indique si la maison médicale fonctionne au forfait ou à l'acte	INAMI et AVIQ*
ASI	Indique si la maison médicale est agréée par la Région wallonne	AVIQ
FEADER	Indique si la maison médicale a bénéficié d'un subside dans le cadre du FEADER	AVIQ
Disciplines	Indique le nombre de disciplines différentes proposées à la maison médicale	INAMI et AVIQ croisé avec le site internet des maisons médicales
ASBL	Indique si la maison médicale est structurée en asbl	AVIQ, INAMI et site internet des fédérations
Patients**	Indique le nombre de patient·e·s inscrits à la maison médicale	AVIQ, INAMI et enquête
BIM_MM***	Indique la proportion de patient·e·s de la maison médicale bénéficiant de l'intervention majorée (BIM)	AVIQ, INAMI et enquête
Urbaine	Indique si la commune est rurale, semi-rurale ou urbaine	DG03
BIM_Commune	Indique la proportion de BIM de la commune	AIM (2016)
ISADF****	Indique le score de l'ISADF de la commune	IWEPS (2013)
Densite_MG	Indique la densité de médecin généraliste de la commune (rapportée sur 100 000 habitants)	AVIQ (2016)
AGE_Commune	Indique la part des 60 ans et plus dans la commune	IWEPS (2017)

*L'INAMI fournit uniquement des données pour les maisons médicales au forfait. Les données les plus récentes sont celles de 2016. L'AVIQ fournit uniquement des données sur les ASI, les données les plus récentes sont celles de 2017.

**Pour les maisons médicales à l'acte, c'est le nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) pour 2017 qui a été retenu comme indicateur du nombre de patient·e·s inscrit·e·s (ce dernier est fortement corrélé – à 94% – au nombre de prestations effectuées par les médecins généralistes en maison médicale)

***Pour les maisons médicales à l'acte, c'est le nombre de BIM détenteurs d'un DMG en 2017 inscrits à la maison médicale. Le statut BIM est accordé à des personnes en situation plus précaire permettant de bénéficier d'une intervention plus élevée de la mutuelle dans les soins de santé. D'une part, une série de personnes sont automatiquement BIM parce qu'elles sont dans une situation sociale particulière. D'autre part, une série de personnes a le droit d'être BIM sur base de leurs conditions de revenu.

****L'ISADF est l'Indicateur Synthétique de l'Accès aux Droits Fondamentaux développé par l'IWEPS. C'est un indicateur synthétique prenant en compte différentes dimensions liées à la cohésion sociale. Une commune plus favorisée que la moyenne aura un indice négatif tandis qu'une commune défavorisée par rapport à la moyenne aura un indice positif.

Au-delà des trois critères pouvant définir une maison médicale (l'affiliation à une fédération, la tarification à l'acte ou au forfait et le fait d'être agréée ou non), nous avons repris différentes variables permettant de caractériser la maison médicale : l'année de création de la maison médicale, le nombre de disciplines différentes, le nombre de patient·e·s et la proportion de patient·e·s BIM et le fait d'avoir bénéficié d'un subside dans le cadre du FEADER (Fonds européen agricole pour le

développement rural). Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des maisons médicales en Région wallonne et les différentes variables prises en compte dans l'analyse.

Tableau 1 : Caractéristiques des maisons médicales de la Région Wallonne⁶⁶

	Nombre	Fédération				Année de création	Forfait		ASI		FEADER	
		FMM	MPLP	FEPRFO	Non affiliée		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Maisons médicales	92	58	4	5	25	2003	65	27	78	14	17	75
ASI	78	57	2	0	19	2002	51	27	78	0	17	61
FEADER	17	12	0	0	5	2008	6	11	17	0	17	0
	Disciplines	BIM MM	Patient	Densité MG	BIM Commune	ISADF	Commune			Âge Commune	ASBL	
							U	SR	R		Oui	Non
Maisons médicales	4,5	40,9%	2 214	94	25,9%	7,72	60	16	16	24%	86	6
ASI	4,8	41,7%	2 289	93	25,4%	7,28	46	16	13	23,9%	78	0
FEADER	5,5	30,8%	1 930	105	17,7%	3,47	9	7	1	23,7%	17	0

Ainsi, les maisons médicales datent en moyenne de 2003, mais il y a une grande disparité d'âge dans les structures. Elles sont majoritairement au forfait et un petit tiers (30%) fonctionne à l'acte. Elles sont également en grande majorité structurées en ASBL. 17 d'entre elles ont reçu un subside dans le cadre du FEADER. Elles offrent en moyenne 4,5 disciplines différentes et ont 2 214 patient·e·s dont 41% sont BIM.

Si nous nous focalisons sur les maisons médicales agréées, c'est-à-dire les ASI, nous remarquons qu'elles sont toutes structurées en ASBL (obligation légale pour être agréées) et que 17 d'entre elles ont reçu un subside dans le cadre du FEADER (voir ci-dessous). Les maisons médicales agréées ont en moyenne 2 289 patient·e·s dont 41,7% d'entre eux sont Bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM). Elles ont l'obligation légale d'avoir au moins trois disciplines, c'est-à-dire deux médecins généralistes, un·e infirmier·ère et un·e kinésithérapeute, mais elles offrent en moyenne 4,8 disciplines différentes. Les ASI sont, pour la plupart, soit affiliées à la FMM soit non affiliées. Aucune des maisons médicales de la FEPRFO n'est agréée et deux maisons médicales de MPLP le sont.

Les maisons médicales qui ont bénéficié d'un subside FEADER sont toutes ASI et donc, structurées en ASBL. Elles sont majoritairement affiliées à la FMM (pour 12 d'entre elles), mais cinq sont non affiliées. Elles sont plutôt récentes (en moyenne de 2008) ce qui est cohérent avec un des critères du FEADER (plus de points si la maison médicale a été agréée un an avant l'introduction du dossier ou maximum 5 ans avant). Elles sont en majorité à l'acte (65%) alors que l'ensemble des maisons médicales est en majorité au forfait. Elles offrent en moyenne plus de 5 disciplines différentes. Par contre, les maisons médicales ayant reçu un subside dans le cadre du FEADER ont en moyenne

⁶⁶ La structure d'âge de la population communale et la densité de médecins généralistes ne sont pas reprises dans l'analyse par la suite, car les communes où sont implantées les maisons médicales ne diffèrent pas de la moyenne régionale au regard de ces deux indicateurs.

30,8% de patient·e·s BIM ce qui est bien inférieur à l'ensemble des ASI dont la part de BIM s'élève à 41,7%.

Nous pouvons également analyser les relations de corrélation entre les différentes variables qui caractérisent les maisons médicales (les tests de corrélation réalisés sont disponibles en Annexe 1).

Plus une maison médicale est jeune, moins elle aura de patient·e·s (coefficient de corrélation de -27%⁷). Les nouvelles maisons médicales sont plus souvent à l'acte. Le nombre de disciplines dépend positivement du nombre de patient·e·s de la maison médicale (coefficient de corrélation de 33%). Les maisons médicales agréées et structurées en ASBL ont tendance à offrir plus de disciplines différentes que les autres. Les pratiques forfaitaires sont, pour une partie, plus vieilles et ont une part plus importante de patient·e·s BIM.

L'appartenance à une fédération est corrélée à différentes variables. Tout d'abord, le fait d'être ASI est corrélé à la fédération. En effet, les ASI sont pour la plupart soit affiliées à la FMM soit non affiliées. Aucune des maisons médicales de la FEPRFO n'est agréée et deux maisons médicales de MPLP le sont. Ensuite, la variable ASBL est corrélée à la fédération puisque tant les maisons médicales de la FMM que celles de MPLP sont structurées en ASBL alors que les maisons médicales de la FEPRFO ont, pour la plupart, d'autres formes juridiques. De plus, les fédérations n'ont pas le même âge ce qui se retrouve dans les données, certaines fédérations ayant des maisons médicales plus vieilles (FMM et MPLP) tandis que la FEPRFO a plutôt de jeunes pratiques. De la même façon, MPLP et FEPRFO ont uniquement des maisons médicales au forfait tandis que tant la FMM que le groupe des non affiliées comportent également des maisons médicales à l'acte. Enfin, la proportion de patient·e·s BIM de la maison médicale est significativement différente entre d'une part, les maisons médicales appartenant à une fédération et d'autre part, les maisons médicales non affiliées (41,5% pour la FMM, 39,5% pour MPLP, 39% pour la FEPRFO et 30,9% pour les non affiliées).

2.4. CARTOGRAPHIE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE

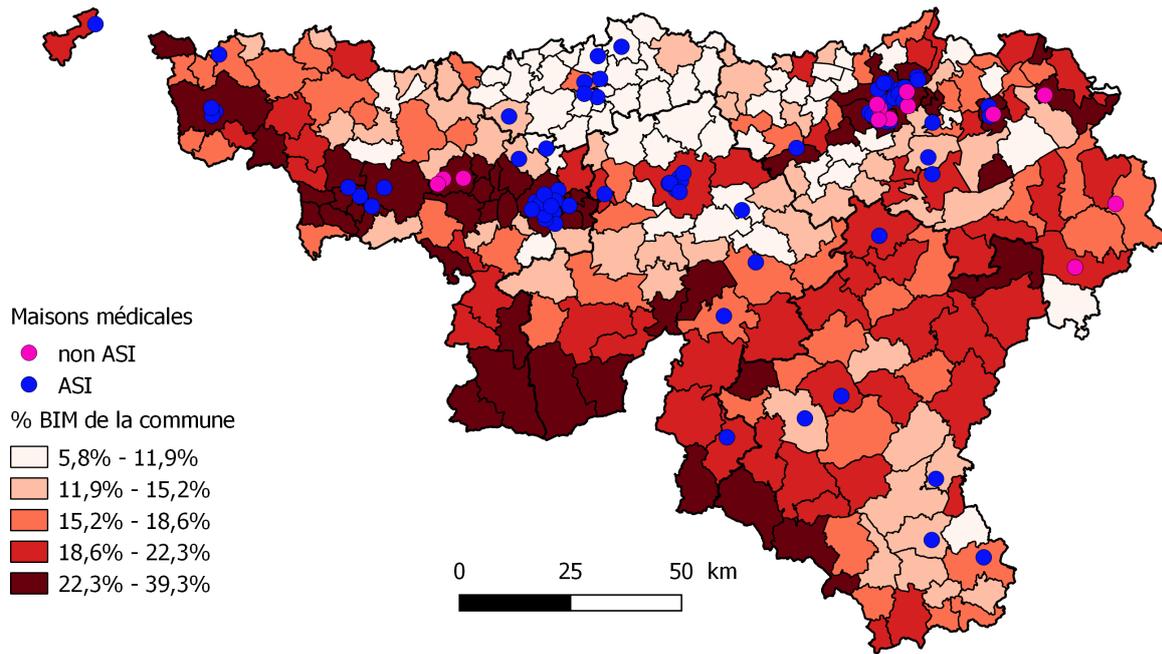
Jetons à présent un coup d'œil sur la localisation des maisons médicales en Région wallonne.

De manière générale, nous constatons que les maisons médicales sont situées dans des communes plutôt défavorisées. Nous avons choisi deux indicateurs de défavorisation des communes. D'une part, le score ISADF de la commune qui est un indicateur synthétique prenant en compte différentes dimensions liées à la cohésion sociale et d'autre part, la part des Bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM) de la commune qui est un indicateur plus directement lié à l'accès aux soins de santé. Ces deux indicateurs sont fortement corrélés (taux de corrélation de 96%) et sont donc le reflet d'une même réalité.

Les deux cartes ci-dessous montrent la localisation des maisons médicales en fonction de ces deux indices de défavorisation des communes.

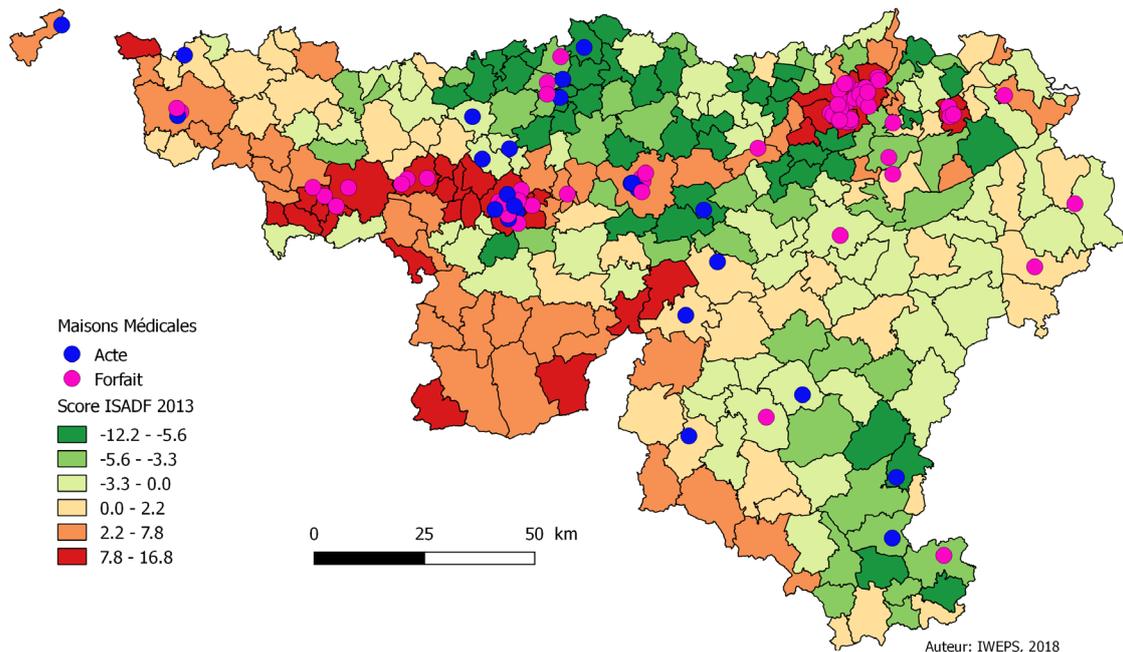
⁷ Un coefficient de corrélation est toujours compris entre -1 et 1. Plus ce coefficient est proche de 1, plus la relation linéaire positive entre les deux variables est forte. Plus ce coefficient est proche de -1, plus la relation linéaire négative entre les deux variables est forte. Lorsque le coefficient est proche de 0, cela signifie que la relation linéaire entre les variables est faible.

Figure 2 : Localisation des maisons médicales selon la part de BIM de la commune



Source : AVIQ, INAMI, AIM

Figure 3 : Localisation des maisons médicales selon le score ISADF de la commune



Source : AVIQ, INAMI, IWEPS

Alors que les communes de la Région Wallonne ont, en moyenne, 17,45% de BIM, les communes où sont situées les maisons médicales ont une moyenne pondérée, en fonction du nombre de maisons médicales par commune, de 25,99% de BIM, ce qui les situe dans le premier quantile des communes de la Région Wallonne.

De la même manière, les communes où une maison médicale est implantée sont également plus défavorisées au regard de l'ISADF, c'est-à-dire qu'elles ont des scores plus élevés que la moyenne

wallonne (située à 0). En effet, la moyenne pondérée des communes avec maison médicale est de 7,8. Dans cette moyenne, le poids de quelques grandes communes contenant beaucoup de maisons médicales est important, telles que Liège, Herstal, Charleroi.

Les maisons médicales sont donc plutôt situées dans des communes défavorisées. Remarquons par contre, le sud de la province de Namur qui apparaît comme fort défavorisé et comme une zone dépourvue de maison médicale.

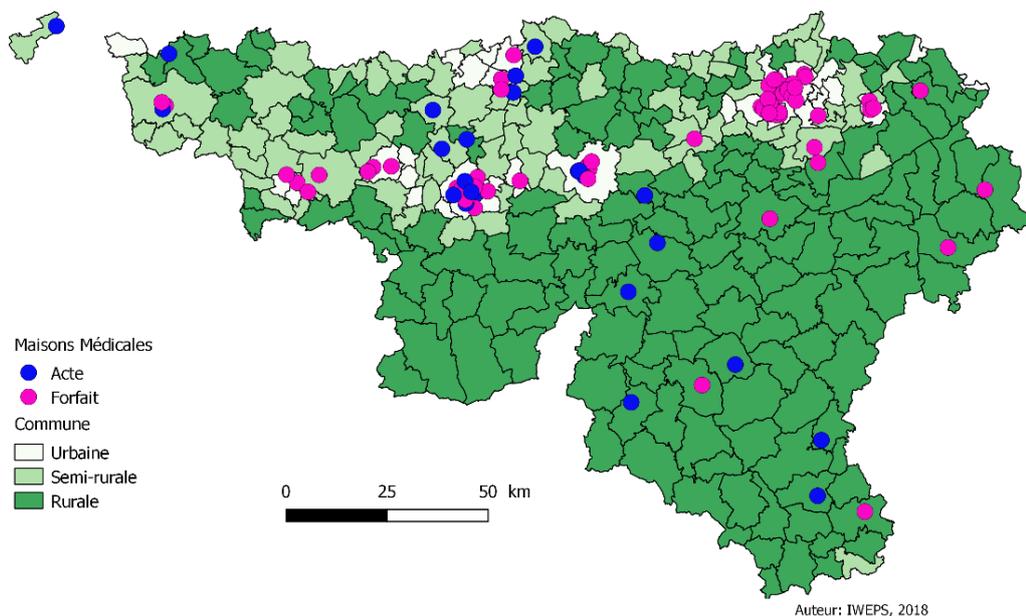
La carte 4 révèle également que les maisons médicales au forfait sont implantées plutôt dans des communes défavorisées (ISADF plus élevé). On remarque une concentration des maisons médicales au forfait dans les grandes villes urbaines et défavorisées : Liège, Charleroi, Mons, mais il existe aussi des pratiques forfaitaires dans des zones plus favorisées comme en Brabant Wallon ou dans la province de Liège. Tandis que les maisons médicales à l'acte sont plus souvent situées dans des communes plutôt favorisées.

Les maisons médicales agréées couvrent les différentes provinces de la Région Wallonne avec une concentration dans certaines grandes villes comme Liège, Namur et Charleroi. Les pratiques forfaitaires qui ne sont pas agréées se trouvent à La Louvière et en province de Liège.

Si l'on s'intéresse maintenant à la localisation des maisons médicales en fonction du caractère urbain des communes, on constate que ces dernières sont en majorité situées dans des communes urbaines. 60 maisons médicales (64%) sont situées dans une commune urbaine, 16 dans une commune semi-rurale et 16 (17%) dans une commune rurale.

Il faut également noter que les communes urbaines sont significativement plus défavorisées (tant au regard de l'ISADF que de la part de BIM) que les communes rurales et semi-rurales. Les maisons médicales sont donc plus souvent localisées dans des communes urbaines et défavorisées.

Figure 4 : Répartition des maisons médicales à l'acte ou au forfait en fonction du caractère rural de la commune

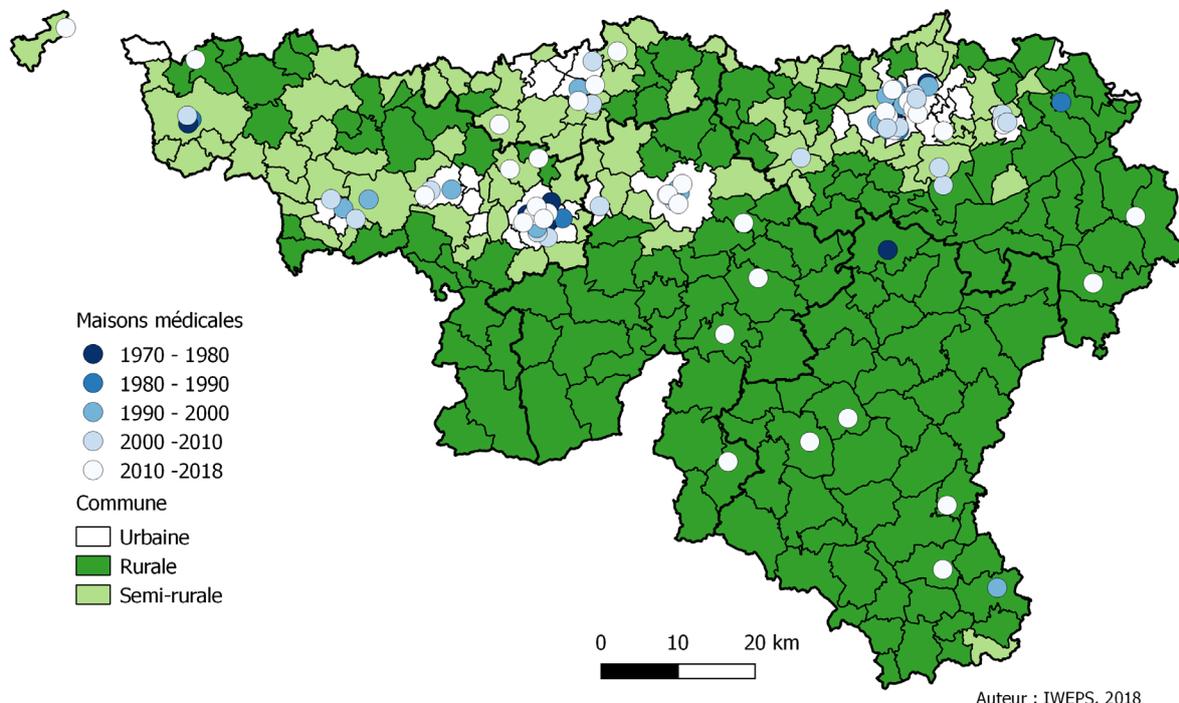


Source : AViQ, INAMI, DG03

À nouveau, une distinction entre maison médicale à l'acte ou au forfait est pertinente. En effet, nous constatons que les maisons médicales au forfait ont tendance à être situées dans une commune urbaine tandis que les maisons médicales à l'acte sont plutôt situées en zone rurale. Il y a une

concentration des pratiques forfaitaires en zone urbaine le long du sillon Sambre-Meuse, mais il existe aussi des pratiques forfaitaires en zones plus rurales, principalement en province de Liège. De leur côté, les pratiques à l'acte sont situées en province de Luxembourg, en Brabant Wallon et autour de Charleroi. Différents facteurs peuvent expliquer cette différence de localisation entre maisons médicales à l'acte et au forfait. Premièrement, l'année de création des maisons médicales est, de manière générale, plus récente en milieu rural qu'en milieu urbain, comme le montre la figure 5. Une majorité des maisons médicales en milieu rural ont ainsi été créées après 2010. Or, il est souvent plus facile de démarrer une maison médicale à l'acte pour éventuellement passer au forfait quelques années plus tard. De plus, en milieu rural, le tissu professionnel permet moins facilement de passer au forfait en intégrant de multiples disciplines. En effet, le nombre de professionnel·le·s de santé étant plus faible, il est plus compliqué d'intégrer uniquement certain·e·s professionnel·le·s dans l'équipe du forfait sans créer de tensions au sein du réseau de professionnel·le·s de la région. D'autre part, le forfait est tout simplement moins connu qu'en milieu urbain (Entretien FMM 2018) et ce sont plus souvent des anciennes ASBL fonctionnant à l'acte qui se transforment en ASI.

Figure 5 : Localisation des maisons médicales en fonction de leur année de création



Source : Moniteur belge, DG03

2.4.1. Cartographie des maisons médicales ayant reçu un subside FEADER

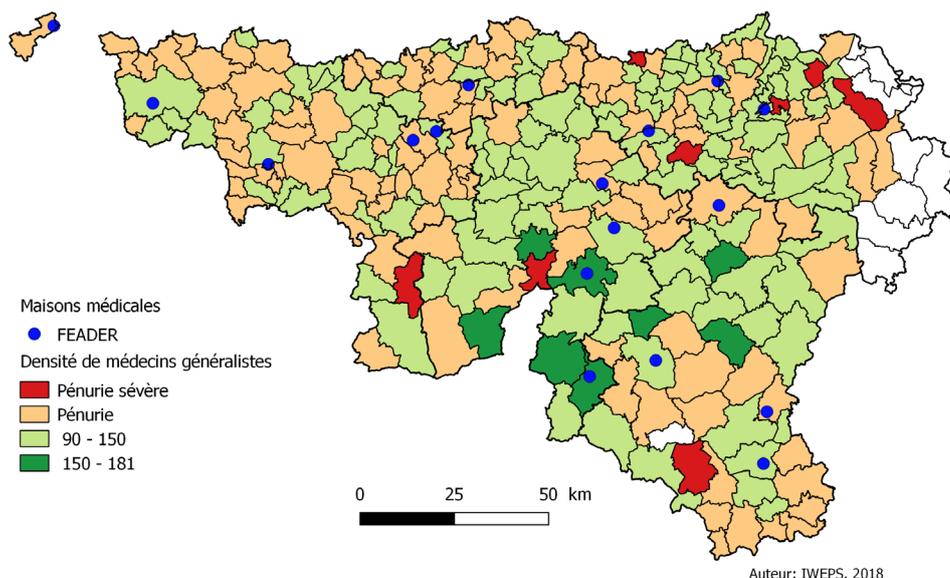
Comme nous le verrons en détail dans la deuxième partie de ce rapport, les trois critères de sélection les plus importants pour bénéficier d'un subside FEADER sont le fait d'être dans une commune rurale ou semi-rurale, le fait d'être dans une zone Impulseo⁸ et le fait d'être dans une commune avec un score ISADF élevé.

La carte suivante montre la localisation des maisons médicales ayant bénéficié d'un subside FEADER selon la densité de médecins généralistes de la commune. Cette densité de médecins généralistes

⁸ Les zones en pénuries sont définies par le dispositif Impulseo selon les critères suivants :

est celle calculée par l'AVIQ au 1^{er} janvier 2016 et ne correspond pas tout à fait aux zones Impulseo. Nous remarquons que les maisons médicales ayant reçu un subside FEADER sont situées dans des communes dont la densité de médecins généralistes est plus importante que la moyenne wallonne (105 médecins généralistes pour 92 en moyenne pour 100 000 habitant-es). Nous attirons l'attention sur le fait que cela ne permet en aucun cas de tirer de conclusion sur l'impact de cette politique sur la densité de médecins généralistes. En effet, nous n'avons pas d'information quant à l'impact des maisons médicales sur la densité de médecins généralistes de la commune au moment de leur création.

Figure 6 : Localisation des maisons médicales ayant bénéficié du FEADER en fonction de la densité de médecins généralistes de la commune

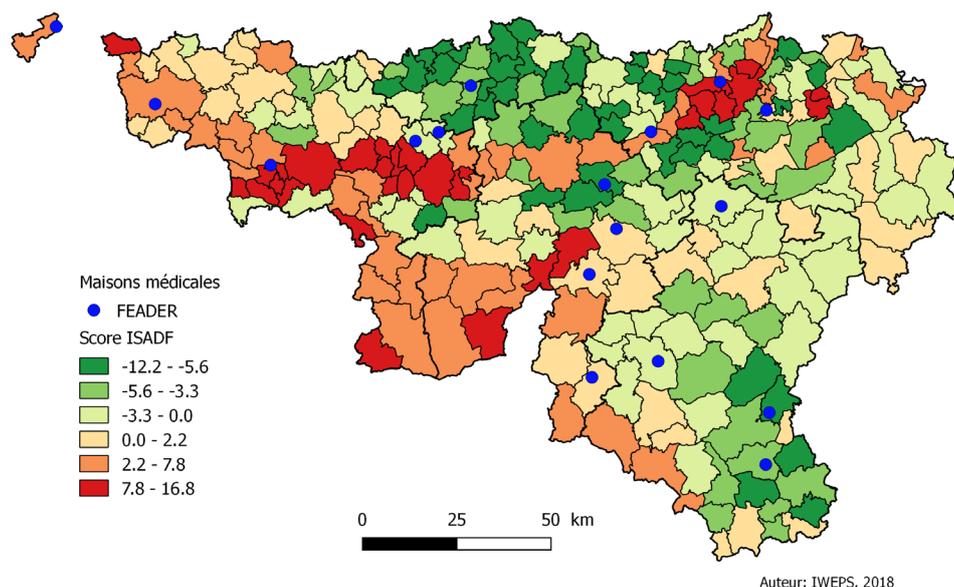


Source : AVIQ

Nous constatons également que les maisons médicales FEADER sont situées dans des communes plus favorisées que la moyenne des maisons médicales (ISADF de 0,45 contre 7,72 en moyenne et proportion de BIM dans la commune de 17,7% contre 25,9% en moyenne). Les maisons médicales ayant bénéficié du FEADER sont implantées dans des communes comprises dans la moyenne wallonne en termes de situation socio-économique. Cette caractéristique est liée au fait que les maisons médicales doivent être situées en zone rurale ou semi-rurale pour pouvoir bénéficier du FEADER. Or, les communes rurales et semi-rurales sont plus favorisées que les communes urbaines.

- une zone de médecine générale avec moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants/km² et moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Les critères de densité s'appliquent pour l'ensemble du territoire couvert par un cercle de médecins généralistes.
- Ou une zone délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes qui correspond à des critères de précarité.

Figure 7 : Localisation des maisons médicales ayant bénéficié du FEADER en fonction de l'ISADF de la commune



Source : AVIQ, IWEPS

2.5. TYPOLOGIE DES MAISONS MÉDICALES EN RÉGION WALLONNE

La typologie réalisée dans le cadre de cette évaluation a un but principalement exploratoire. À partir de différentes caractéristiques (*cf. supra*) des maisons médicales, elle permet de classer ces dernières en différents groupes.

Après avoir récolté ces différentes variables (voir tableau 1 ci-dessus) pour les 92 maisons médicales prises en compte dans l'analyse, nous avons réalisé une Analyse Factorielle Multiple (AFM) uniquement sur les variables ayant directement trait à la maison médicale et en y excluant donc les variables ayant trait à la commune où la maison médicale est située. Ce choix est justifié par le fait qu'il nous permettait dans un second temps, après identification des clusters de maisons médicales, de pouvoir calculer la corrélation entre ces différents clusters et les caractéristiques des communes. Cela permet donc d'analyser si certains types de maisons médicales sont susceptibles de s'installer dans certains types de communes. Pour plus d'informations sur les différentes étapes méthodologiques, consultez l'annexe 2.

La typologie réalisée grâce à l'AFM résulte en 3 groupes de maisons médicales différents. Chacun d'entre eux est décrit ci-dessous avec d'une part, les caractéristiques des maisons médicales appartenant au cluster et d'autre part, les éventuels liens avec les caractéristiques des communes dans lesquelles elles sont implantées. Le tableau 3 reprend les différentes caractéristiques des trois clusters.

Tableau 3 : Caractéristiques des trois groupes de maisons médicales en Région wallonne

Clusters	Nombre de patients	Nombre de maisons médicales	Fédération				Année de création	Forfait		ASI		FEADER	
			FMM	MPLP	FEPRAFO	Non affiliée		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
A	100 006	45	39	4	0	2	1994	41	4	43	2	4	41
B	74 415	40	19	0	0	21	2013	17	23	35	5	13	27
C	15 118	7	0	0	5	2	2006	7	0	0	7	0	7
Total	189 539	92	58	4	5	25	2003	65	27	78	14	17	75
		Disciplines	BIM MM	Patients	Densité MG	BIM Commune	ISADF	Commune			Âge Commune	ASBL	
								R	SR	U		Oui	Non
A		4,8	47,4%	2 273	90	29,6%	11,08	36	7	2	24%	45	0
B		4,8	31%	2 067	98	21,6%	3,98	20	9	11	23,8%	40	0
C		3	40,9%	2 520	97	27,9%	8,52	4	0	3	24,4%	1	6
Total		4,5	40,9%	2 214	94	25,9%	7,72	60	16	16	24%	86	6

Le cluster A est le plus important et comporte 45 maisons médicales et un peu plus de 100 000 patient·e·s. Ces maisons médicales sont principalement affiliées à la FMM, mais il comporte aussi les quatre maisons médicales affiliées à MPLP. Elles sont plutôt vieilles (en moyenne créées en 1994), fonctionnent pour la plupart au forfait (91%), sont agréées par la Région Wallonne et de ce fait, structurées en ASBL. Elles sont caractérisées par une proportion de patient·e·s BIM très importante qui s'élève à 47% (pour 41% pour l'ensemble des maisons médicales). Elles sont plus significativement corrélées avec des communes plus défavorisées (tant BIM que ISADF) que celles du cluster B et plutôt situées en milieu urbain ou semi-rural.

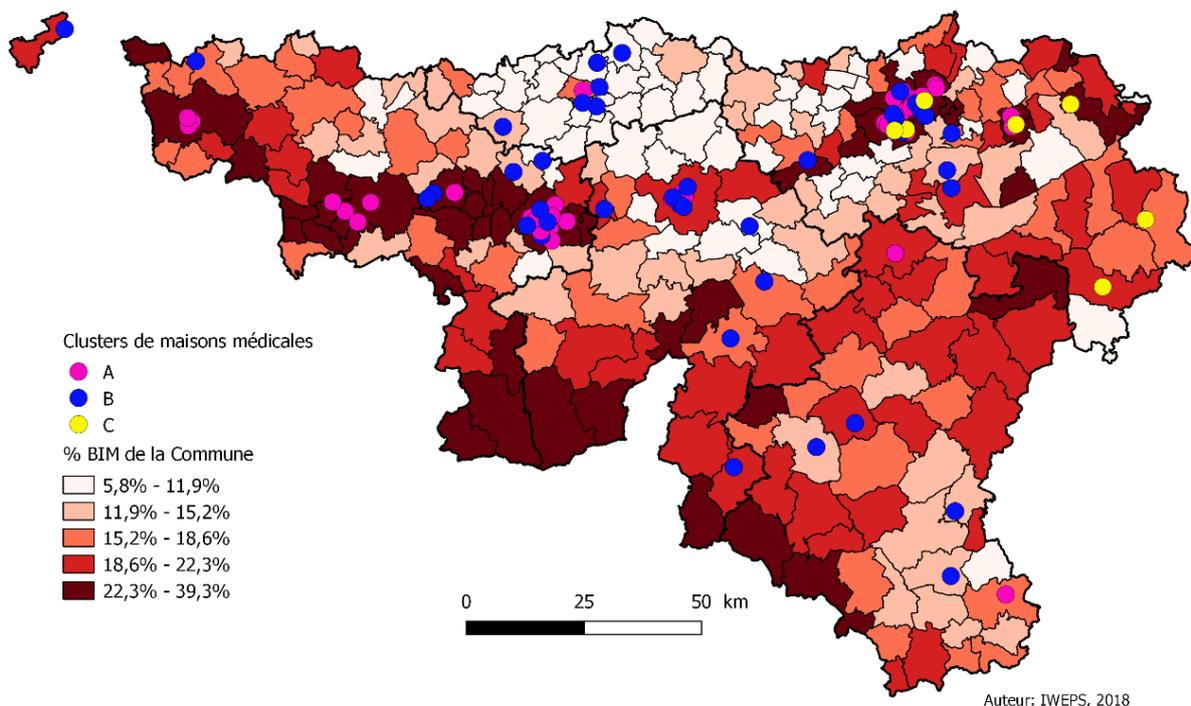
40 maisons médicales font partie du cluster B caractérisé par des maisons médicales affiliées à la FMM ou non affiliées, structurées en ASBL et pour la plupart agréées. Ce cluster rassemble 74 500 patient·e·s. Une petite moitié des maisons médicales fonctionnent au forfait. Ce groupe rassemble donc 85% des maisons médicales fonctionnant à l'acte. Ces maisons médicales ont proportionnellement moins de patient·e·s BIM et sont récentes (création en 2013 en moyenne). Ce cluster a comme particularité de comprendre 75% des maisons médicales ayant reçu un subside dans le cadre du FEADER. Elles sont situées dans des communes plus favorisées que le cluster A. La moitié d'entre elles sont toutefois situées en milieu urbain. Ce groupe comporte 69% des maisons médicales situées en milieu rural.

Le cluster C est le plus petit, il comprend 15 000 patient·e·s dans 7 maisons médicales dont les cinq maisons médicales affiliées à la FEPRAFO. Les deux autres ne sont affiliées à aucune fédération. Ces maisons médicales fonctionnent au forfait, ne sont pas agréées et ont pour particularité, pour toutes sauf une, de ne pas être structurées en ASBL. Elles sont plutôt récentes (création en moyenne en 2006), et offrent significativement moins de disciplines différentes que les deux autres clusters (trois en moyenne). En termes de défavorisation de la commune, de densité de médecins généralistes et de structure d'âge, elles n'ont pas de caractéristiques spécifiques et se situent donc dans la moyenne des communes où sont situées des maisons médicales. Quatre d'entre elles se trouvent en milieu urbain et trois en milieu rural.

La carte ci-dessous illustre l'implantation des maisons médicales en fonction de leur appartenance à un cluster et en fonction du % de BIM des communes de la Région Wallonne. On constate en effet

que les maisons médicales appartenant au cluster A sont situées dans des communes très défavorisées tandis que les maisons médicales appartenant au cluster B sont situées dans des communes moins défavorisées que les premières.

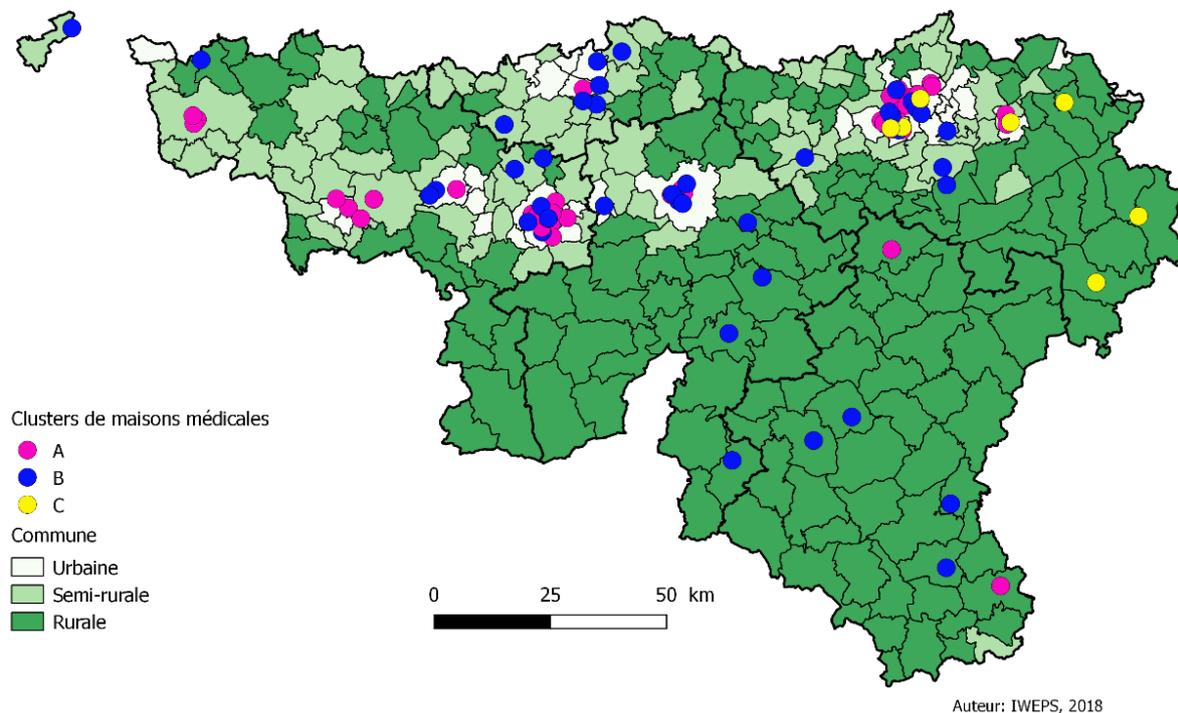
Figure 8 : Répartition des maisons médicales en fonction de leur appartenance à un cluster et du % de BIM de la commune



Source : IWEPS, AVIQ, AIM

La carte ci-dessous montre la localisation des trois clusters de maisons médicales en fonction du caractère rural de la commune. On constate que les maisons médicales du cluster A sont principalement situées en zone urbaine tandis que beaucoup de maisons médicales situées en zone rurale appartiennent au cluster B.

Figure 9 : Localisation des maisons médicales en fonction de leur appartenance à un cluster et du caractère rural de la commune



Source : IWEPS, DG03

2.6. CONCLUSION

Au regard de l'analyse que nous avons réalisée du secteur des maisons médicales, nous avons choisi de considérer, comme maison médicale, pour cette évaluation toutes les pratiques forfaitaires et les maisons médicales agréées par la Région wallonne. Elles sont au nombre de 92. Deux tiers des maisons médicales fonctionnent au forfait, elles ont en moyenne 2 214 patient·e·s dont 40% sont BIM. Elles proposent en moyenne 4,5 disciplines différentes. Une majorité d'entre elles sont constituées en ASBL et sont affiliées à la FMM. Elles sont situées dans des communes plus défavorisées que la moyenne wallonne et une part importante se situe dans des communes urbaines.

Nous avons regroupé les maisons médicales en trois groupes présentant des caractéristiques distinctes. Un premier groupe, le plus important, qui représente plutôt des structures plus âgées, au forfait, implantées dans des communes urbaines et défavorisées. Un deuxième groupe comprenant des structures plus jeunes, fonctionnant pour une majorité à l'acte et implantées dans des communes rurales ou semi-rurales. Enfin, un dernier groupe reprenant les structures récentes, au forfait, affiliées à la FEPRFO et n'étant pas structurées en ASBL.

Cette analyse du secteur nous a également permis de mieux caractériser les maisons médicales en Région wallonne.

3. Analyse de la politique évaluée

3.1. INTRODUCTION

Après avoir décrit et analysé le secteur des maisons médicales en Région wallonne sous ces différents angles, cette partie a pour but d'analyser la politique qui fait l'objet de l'évaluation. Il s'agit de la mesure 5.1.2. du Plan wallon de lutte contre la pauvreté (PLCP) qui vise à soutenir le développement des maisons médicales. Après avoir rapidement expliqué la logique du PLCP, nous nous attardons sur la mesure de développement des maisons médicales et les différentes politiques qu'elle englobe. Nous analysons ensuite l'impact du plan wallon de lutte contre la pauvreté sur le développement des maisons médicales en s'attardant sur le processus de conception et de mise en œuvre du plan.

3.2. LE PLAN WALLON DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Le Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté a été adopté par le Gouvernement wallon en septembre 2015, pour la période 2015-2019. Plusieurs actualisations ont depuis été réalisées et les plus grands changements sont à noter dans le nouveau PLCP tel qu'approuvé par le nouveau Gouvernement wallon en mars 2018. Ce changement de gouvernement n'a pas eu d'impact sur la dimension « santé » du PLCP.

Dans sa déclaration de politique régionale de juillet 2014, le Gouvernement avait indiqué vouloir « mener une politique intégrée d'action sociale préventive [...] afin d'éviter que les personnes ne tombent dans le cercle vicieux de la pauvreté et de l'exclusion » (DPR, 2014-2019, p.50). En effet, en Région Wallonne en 2014, 18,3% des Wallon·ne·s sont en risque de pauvreté (entendu comme ayant un revenu équivalent inférieur à 60% du revenu médian) ce qui est plus important que la moyenne belge atteignant 15,5% (EU SILC, 2017). En prenant en compte un autre indicateur, on constate que 9% de la population wallonne vit dans un ménage en situation de déprivation matérielle sévère⁹ pour 5,9% de la population belge (EU SILC, 2017).

Le PLCP veut s'appuyer sur une approche globale mettant en œuvre une logique transversale impliquant l'ensemble des ministres du Gouvernement. Il est piloté par le Ministre-Président. Il est composé d'un ensemble de 50 mesures visant à lutter contre la pauvreté, touchant certaines compétences de la Région Wallonne¹⁰. Ainsi, le PLCP wallon prend pour base de départ les différentes dimensions de « l'indicateur de déprivation matérielle et en tenant compte du poids de chaque catégorie de dépense dans le budget des ménages wallons » (PLCP, 2/06/2016, p.5) avec l'objectif de diminuer les dépenses dans une série de domaines de la vie. « On a voulu faire des mesures très concrètes pour aider les gens à moins dépenser » (Magnette, 2015, JT RTBF).

Le plan n'est pas assorti d'un budget spécifique. Les différentes mesures du plan, si elles requièrent un financement, doivent être financées par le budget de chaque ministre compétent.

⁹ L'indice de privation matérielle sévère désigne les personnes qui sont dans l'incapacité financière de se procurer au moins quatre des neuf activités ou biens et services considérés comme des nécessités : Payer le loyer ou les factures de consommation courante ; chauffer convenablement son habitation ; faire face à des dépenses imprévues ; consommer de la viande, du poisson ou un aliment équivalent protéiné tous les deux jours ; prendre une semaine de vacances hors du domicile une fois par an ; acheter une voiture ; acheter une machine à laver ; acheter une télévision en couleur ; acheter un téléphone.

¹⁰ Les thèmes abordés sont les suivants : le logement, l'alimentation, l'énergie, l'eau, la santé, les politiques familiales, la mobilité, le tourisme, le numérique et l'accès aux droits.

3.3. LES MESURES CONCERNANT LE DÉVELOPPEMENT DES MAISONS MÉDICALES

Dans le cadre de la dimension « santé » du PLCP, la politique à analyser est le développement des maisons médicales. Cette mesure est inscrite dans le premier objectif de la dimension « santé » qui est l'augmentation de l'accessibilité des services de santé de proximité. Ci-dessous se trouve un tableau synthétisant les différentes mesures qui composent l'axe « santé » du PLCP.

Tableau 4 : Structure de l'axe santé du Plan wallon de lutte contre la pauvreté

Axe 5 : La santé	
5.1 Augmenter l'accessibilité des services de santé de proximité	5.1.1. Soutenir l'installation de médecins généralistes dans les zones en pénurie (revoir les aides à l'installation et favoriser la pratique groupée)
	5.1.2. Développer les maisons médicales
	5.1.3. Sensibiliser les acteurs de soins de première ligne aux réalités de vie des personnes en situation de précarité
	5.1.4. Encourager les CPAS à mieux informer les populations fragiles sur les possibilités de suivi médical (dossier médical global auprès du médecin généraliste et organisme assureur)
5.2. Augmenter l'accessibilité des publics précaires aux dispositifs de médecine préventive	
5.3. Améliorer la prise en charge efficiente des maladies chroniques pour les personnes précaires	
5.4. Améliorer l'accessibilité des services du secteur de la santé mentale pour les publics précarisés	
5.5. Favoriser la transparence et le contrôle des tarifs dans les structures de soins, d'accueil et d'hébergement	
5.6. Soutenir une meilleure articulation des différents acteurs et lignes de soins	

Source : Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté, Gouvernement de la Wallonie 2015-2019, 10/09/2015, pp. 26-31 et Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté, Gouvernement de la Wallonie 2017-2019, 8/03/2018, pp. 28-34.

Plus spécifiquement, l'action du Gouvernement concernant le développement des maisons médicales se concrétise en :

- « continuer à soutenir les initiatives de pratique groupée multidisciplinaire (agrément et subsides aux nouvelles ASI). Pour rappel, en octobre 2016, la Ministre fédérale de la santé avait commandité un audit voulant savoir si les dépenses dans ces maisons médicales étaient bien justifiées, les résultats de cet audit sont positifs. Le moratoire fédéral sur l'ouverture de maisons médicales a été levé en janvier 2018, car les conclusions tirées par l'audit sont positives. Le développement de ces maisons médicales est donc à l'étude ;
- lancer un appel à projets pour la création de maisons médicales, en se fixant comme priorité la couverture des zones économiquement défavorisées ;

- encourager, dans le cadre du Fonds européen agricole pour le développement rural (FEADER), des travaux d'aménagement et de rénovation de maisons médicales existantes » (PLCP, 8/03/2018, p. 31).

Trois mesures composent donc le développement des maisons médicales dans le cadre du PLCP.

La première mesure concerne l'agrément et les subsides aux Associations de Santé Intégrée (ASI). Cette mesure a été insérée dans le PLCP en février 2017 suite à la mise en place du moratoire sur les nouvelles pratiques forfaitaires par la ministre fédérale de la Santé¹¹. Cette politique est définie dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé qui date de décembre 2011 ainsi que dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé de juillet 2013 et modifiée par l'arrêté du Gouvernement wallon du 15 mai 2014. La section suivante se penche sur cette mesure d'agrément et de subsides aux ASI.

La deuxième mesure consiste en un appel à projets pour la création de maisons médicales, en se fixant comme priorité la couverture des zones économiquement défavorisées. Le rapport semestriel du PLCP du 2 juin 2016 fait état d' « un appel à projets pour la création de nouvelles maisons médicales [qui] s'est clôturé en février 2016. Au 1/01/2016, 8 nouvelles ASI ont été agréées. [...] Il est prévu de lancer 2 appels à projets par an jusqu'en 2020 » (PLCP, Rapport semestriel, 2016, p. 13). En fait, cet appel à projets dont ce rapport semestriel fait état est la politique d'agrément et de subsides aux ASI, mesure qui a été ajoutée au PLCP en février 2017. Il ne s'agit donc pas d'un nouvel appel à projets créé, mais bien de la politique d'agrément et de subsides aux ASI. Par la suite, aucun nouvel appel à projets se fixant comme priorité les zones économiquement défavorisées n'a vu le jour. Nous revenons sur l'analyse de la conception et de la non-mise en œuvre de cette mesure dans la partie 3.4.

Enfin, la dernière mesure concerne les travaux d'aménagement et de rénovation de maisons médicales existantes dans le cadre du FEADER. Cette mesure a été planifiée dans le cadre du Programme wallon de Développement rural (PwDR). Elle consiste en un subside pour des biens d'équipement de la maison médicale et/ou des biens d'investissements « immeubles » (construction ou achat et/ou rénovation). La section 3.3.2 revient sur l'analyse de cette mesure spécifique.

L'objectif global poursuivi par le Gouvernement wallon avec cette mesure 5.1.2 du PLCP relative au développement des maisons médicales est d' « augmenter l'accessibilité des services de santé de proximité » (PLCP, 8/03/2018, p. 29). Plus spécifiquement, le Gouvernement wallon entend « soutenir le développement de ce maillon essentiel [les maisons médicales] du dispositif d'accès aux soins primaires, pour son accessibilité tant financière que sociale et ainsi favoriser la mixité sociale » (PLCP, 10/09/2015, p. 28 ; PLCP, 8/03/2018, p. 31).

La mesure du PLCP concernant le développement des maisons médicales s'est donc concrètement traduite par deux politiques existant préalablement au PLCP. D'une part, la politique d'agrément et de subsides aux ASI et d'autre part, la politique d'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé dans le cadre du FEADER. Nous nous penchons tour à tour sur ces deux politiques dans les sections suivantes.

¹¹ La ministre fédérale de la santé a annoncé, à partir d'octobre 2016, l'établissement d'un moratoire sur les maisons médicales au forfait. Ce moratoire suspend provisoirement la reconnaissance de nouvelles pratiques forfaitaires. Durant cette période, un audit commandé par la ministre a été réalisé par KPMG. Suite à cet audit, la Ministre a levé le moratoire en janvier 2018.

3.3.1 Les Associations de Santé Intégrée (ASI)

La politique d'agrément et de subsides aux ASI est une politique assez ancienne de la Région wallonne. Le premier décret date du Gouvernement PS-PSC 1992-1993 de la Communauté française avant que cette matière ne soit transférée à la Région Wallonne. Il a fallu attendre 1999 et le premier arrêté d'exécution pour que ce décret soit mis en œuvre sous le Gouvernement Collignon II (1995-1999). Depuis lors, la politique a connu de légères modifications en 2004, 2009, 2011 et 2014¹². Ces agréments et subventions sont réglementés par le Code wallon de l'action sociale et de la santé (adopté le 29 septembre 2011) et par le Code réglementaire de l'action sociale et de la santé (adopté le 4 juillet 2013), modifié par l'arrêté du Gouvernement wallon modifiant les dispositions relatives aux associations de santé intégrée (adopté le 15 mai 2014). C'est à présent l'AVIQ, l'Agence wallonne pour une vie de qualité, qui est chargée de la mise en œuvre de cette politique. Chaque année, le Gouvernement wallon doit approuver l'enveloppe allouée aux ASI.

Le tableau 5 synthétise les différents critères à remplir pour être considérée comme ASI ainsi que la répartition de la subvention annuelle accordée. Une ASI est donc une ASBL où les différentes disciplines (au minimum deux médecins généralistes, un-e kinésithérapeute, un-e infirmier-ère, et une fonction d'accueil) sont intégrées dans un travail d'équipe. L'ASI doit s'assurer la collaboration de psychothérapeutes et d'assistant-e-s sociaux. L'assemblée générale est composée principalement des membres de l'équipe. L'ASI assure des soins accessibles à tou-te-s, de manière continue. Elle offre des fonctions de santé curatives et non curatives. Elle est connectée au réseau local et fonctionne à l'acte ou au forfait.

L'agrément est, à présent, octroyé pour une durée indéterminée. Une subvention automatique annuelle est octroyée à toutes les associations agréées. Celle-ci est construite selon différents critères tels qu'exposés dans le tableau ci-dessous. La subvention couvre des activités considérées comme clé des ASI : la coordination de l'équipe, la fonction d'accueil, les activités de santé communautaire, la collecte de données épidémiologiques ainsi que les partenariats avec le réseau local. De plus, si l'ASI fonctionne au forfait ou si elle se situe dans une commune à faible densité, une subvention supplémentaire est accordée.

Enfin, une subvention de 20 000€ annuelle est octroyée pendant les deux premières années consécutives pour les frais de première installation pour l'association exerçant son activité dans une commune dont la densité de population est inférieure à 150 habitants/km² ou dont l'ISADF est supérieur à la moyenne.

¹² Arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 1999 relatif à l'agrément et à l'évaluation des associations de santé intégrée ainsi qu'aux subventions octroyées à ces associations ;

Arrêté du Gouvernement wallon du 3 juin 2004 modifiant l'arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 1999 relatif à l'agrément et à l'évaluation des associations de santé intégrée ainsi qu'aux subventions octroyées à ces associations ;

Arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 2009 portant application du décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée ;

Code wallon de l'action sociale et de la santé (arrêté du Gouvernement wallon du 29 septembre 2011) ;

Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé (arrêté du Gouvernement wallon du 4 juillet 2013) ;

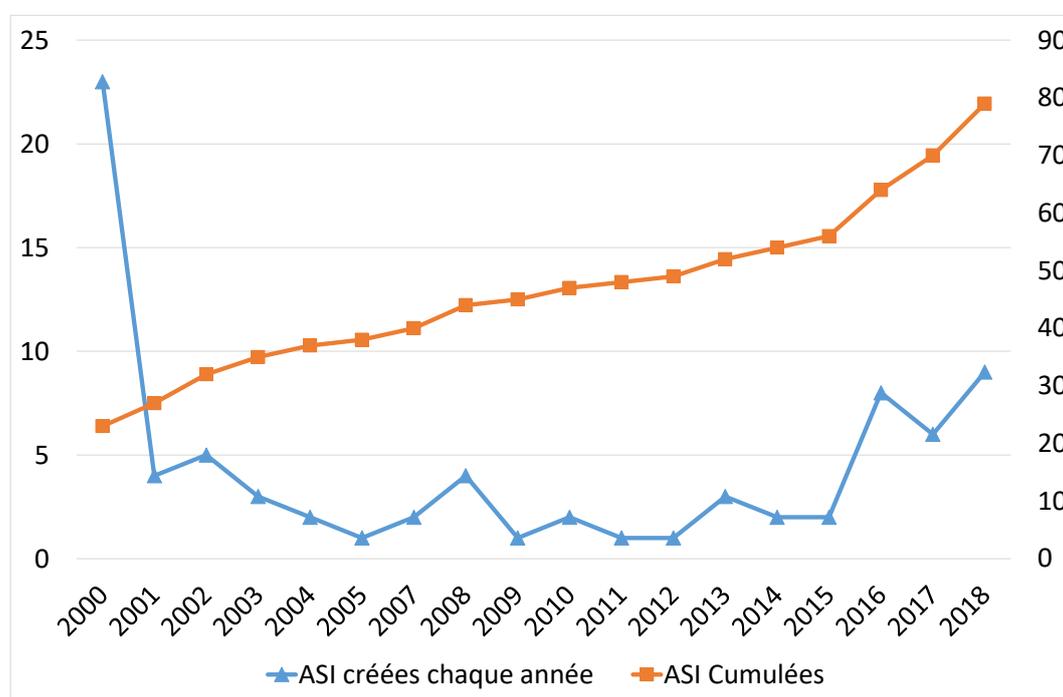
Arrêté du Gouvernement wallon du 15 mai 2014 modifiant, dans le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, les dispositions relatives aux associations de santé intégrée.

Tableau 5 : Critères et subvention des associations de santé intégrée

	Critères pour devenir ASI	Détails	Subvention annuelle
Structure juridique	être une asbl ou être organisé par une autorité publique		
Interdisciplinarité	intégration des différentes disciplines dans un travail d'équipe	collaboration pluridisciplinaire et coordination au moyen de réunions régulières	par patient.e, 2,75 € pour la coordination si l'équipe se coordonne au moins 44 fois à concurrence d'une heure ou 4€ si l'équipe se coordonne à concurrence de deux heures par semaine ; le nombre de patient.e.s pris en compte est plafonné à 4 000.
	équipe composée au min. de deux médecins généralistes, un.e kinésithérapeute, un.e infirmier.ère et un service d'accueil et de secrétariat		
	collaboration avec des travailleurs sociaux et des psychothérapeutes		
Autogestion	L'AG composée majoritairement par des membres de l'équipe		
Fonctions	soins accessibles à tous	L'association s'engage à n'exclure des soins et de ses services aucune personne qui ne dispose pas des ressources financières suffisantes	
	garantir la continuité des soins des fonctions curatives et préventives dans le cadre des soins primaires		
	une fonction de santé communautaire	activités organisées pour la population prise en charge et la population du territoire de l'ASI et ont pour but de faire participer la population à son état de santé	Si, au cours de l'exercice écoulé, l'association peut justifier respectivement, 100 à 200 heures, 200 à 400h ou plus de 400h consacrées par ses membres à des activités de santé communautaire, un subside de respectivement, 3 000, 6 000 ou 9 000€ est accordé.
	une fonction d'observatoire de la santé de première ligne	établir le profil de la population que l'ASI dessert et alimenter la recherche et l'analyse au niveau de l'ensemble de la Région	3 000€ si l'association participe à la collecte de données épidémiologiques.
	une fonction d'accueil	ouverture dix heures par jour du lundi au vendredi, système de garde médicale 24h/24h	25 000€ si une fonction d'accueil d'au moins 38h par semaine est assurée.
Zone géographique	zone géographique limitée à 5 km (zone urbaine) ou 20 km (zone non urbaine) autour du siège d'activité		2 000€ si l'association est localisée sur une commune dont la densité de population est inférieure à 150 habitants/km².
Réseau & partenariat	qui articule l'approche pluridisciplinaire avec le réseau	collaboration avec les centres régionaux pour l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère	1000€ si l'association participe au plan de cohésion sociale ou 1500€ si elle collabore avec un relais social urbain.
Tarification	soit au forfait		2 000€ si l'association fonctionne au forfait.
	soit à l'acte mais doit alors respecter les conventions et appliquer le tiers-payant		

Concernant l'enveloppe totale annuelle accordée aux subventions des ASI, le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé précise que « la programmation est établie le 1^{er} janvier de chaque année, pour les associations ayant introduit, au 1^{er} août de l'année qui la précède, une demande d'agrément complète [...]. Le nombre d'associations qui peuvent être agréées sur base de la programmation est déterminé en fonction du budget disponible pour l'année en cours » (art. 1533/1). Jusqu'à ce jour, toutes les nouvelles demandes d'agrément ont été prises en compte et octroyées si elles répondaient aux critères, il n'y a pas de restrictions budgétaires. Le graphique suivant montre le nombre de structures agréées depuis le début de la politique en 2000. Au 1^{er} janvier 2018, on compte 78 associations de santé intégrée. On constate qu'un nombre important de maisons médicales se sont faites agréer en janvier 2000, ce qui signifie qu'une grande partie d'entre elles existaient avant cette année-là. On constate également une tendance à la hausse depuis 2015 du nombre de maisons médicales agréées chaque année.

Figure 10 : Évolution de nombre d'ASI en Région wallonne



Source : AVIQ

En 2017, l'enveloppe allouée aux ASI s'élevait à un peu plus de 4 millions d'euros soit une subvention moyenne de 57 600€ par ASI.

Nous terminons l'analyse de la politique ASI par l'application du triangle de la politique publique (Knoepfel *et al.*, 2001). Ce triangle permet d'identifier les autorités publiques qui élaborent et appliquent la politique publique, les bénéficiaires finaux de la politique et le groupe cible.

Le triangle de la politique d'agrément et de subsides aux Associations de Santé Intégrée

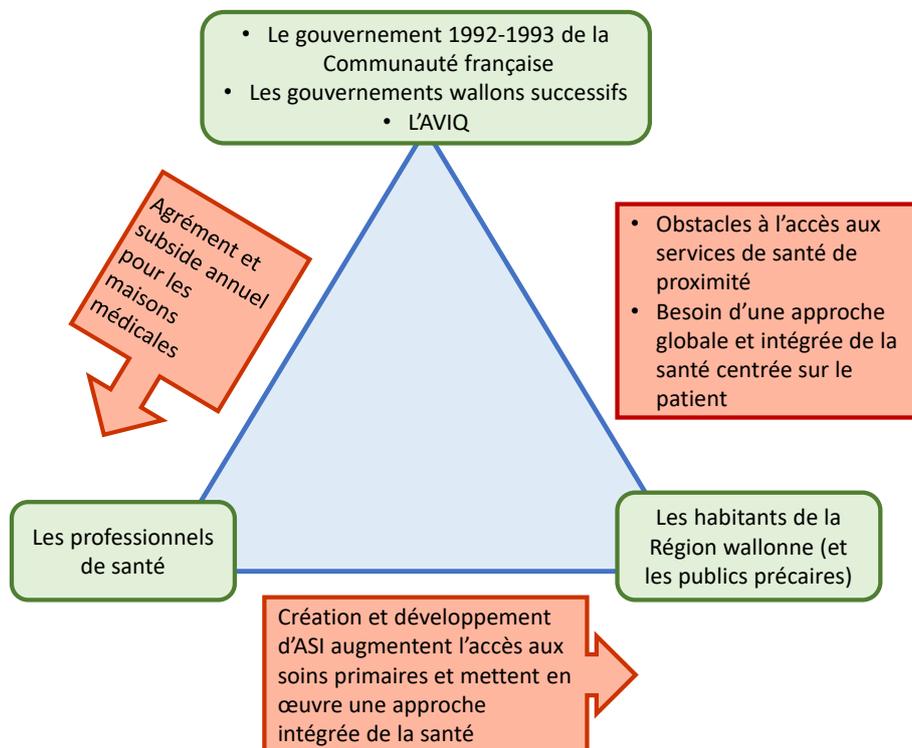
Le constat sur lequel se base cette politique est double. D'une part, il existe encore de nombreux obstacles à l'accès aux services de santé de proximité (et particulièrement, au médecin généraliste) : obstacles financiers, obstacles socio-culturels, mais aussi obstacles liés à la pénurie de l'offre de professionnel·le·s de santé de première ligne et à l'accessibilité physique de ces derniers. D'autre part, le système de santé tel qu'il existe est centré sur l'hôpital et les fonctions curatives et ne valorise pas assez une vision de la santé globale intégrant la prévention et la promotion de la santé notamment. Les autorités politico-administratives décident alors d'agréer et de subsidier des

structures, les maisons médicales, qui, de par leur accessibilité financière, leur mode de fonctionnement et les pratiques qu'elles mettent en place, permettent d'augmenter l'accès aux soins de santé primaires et de mettre en œuvre une approche globale et intégrée de la santé.

Le public cible de la politique est constitué de tous les professionnel·le·s de la santé pouvant exercer leur activité en première ligne avec en ligne de mire, les médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmier·ère·s. La politique vise tant des professionnel·le·s de santé voulant créer une nouvelle maison médicale que des pratiques de groupe multidisciplinaires déjà existantes qui peuvent modifier leur pratique pour être agréée et subsidiée.

Enfin, les bénéficiaires finaux sont bien l'ensemble des habitants de la Région wallonne même s'il est communément admis que les publics précaires bénéficient de manière prépondérante des maisons médicales notamment de par leur localisation dans des quartiers précarisés.

Figure 11 : Triangle de la politique ASI



A l'analyse du triangle de la politique publique appliqué aux ASI, nous constatons un certain décalage entre cette politique telle qu'elle existe et la vision de celle-ci dans le PLCP. En effet, le PLCP met principalement l'accent sur les obstacles financiers à l'accès aux soins, que les ASI permettent de contourner, puisque son but est de diminuer les dépenses en matière de santé. Un des constats de base du PLCP en matière de santé est qu' « une personne sur cinq en Wallonie a reporté ou renoncé à ses soins de santé en 2013 pour des raisons financières, alors qu'elle en aurait eu besoin » (PLCP, 2017, p. 26). Or, les ASI se basent sur un constat et une hypothèse causale plus larges. De même, concernant les bénéficiaires finaux, alors que ceux-ci sont clairement identifiés comme étant les personnes en situation de risque de pauvreté dans le PLCP, les maisons médicales en tant que telles n'ont pas vocation à uniquement soigner ces personnes-là, mais insistent sur la mixité sociale.

3.3.2. La mesure 7.2 du FEADER concernant l'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé

Le Programme wallon de Développement rural (ci-dessous PwDR) pour la période 2014-2020 a été approuvé en juillet 2015 par la Commission Européenne et le Gouvernement wallon. Au sein de celui-ci, une mesure visant « l'investissement dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé » (PwDR 2014-2020, sous-mesure 7.2., p. 231) est prévue. Cette mesure vise à « pallier à la raréfaction, voire à la pénurie, de certains praticiens dans les zones rurales et à améliorer l'accès aux soins de santé » (Guide Pratique mesure 7.2, 2018, p.1). La mesure cible les ASI en milieu rural (ou semi-rural). Cette mesure est financée à 60% par la Région wallonne et à 40% par le FEADER (Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural).

Quatre appels à projets, entre 2016 et 2018, ont ainsi été émis par le Gouvernement wallon dans le cadre de cette mesure. Les critères d'éligibilité sont les suivants (Guide Pratique de la mesure 7.2, 2018, p. 3) :

- Être une association employant moins de 20 ETP ;
- L'association doit être agréée par le Gouvernement wallon (Association de Santé Intégrée) ;
- L'association doit être située dans une commune rurale ou semi-rurale (selon la typologie développée par la DG03) ;
- Le projet doit répondre à un besoin identifié dans un plan comme un PCDR (plan communal de développement rural), un PST (programme stratégique transversal) ou un PCS (plan de cohésion sociale) ;
- L'échéancier financier doit être compatible avec le rythme budgétaire imposé par la Commission Européenne;
- Les résultats du calendrier ne doivent pas excéder la durée de programmation du FEADER 2014-2020.

Différents critères de sélection sont également définis (Guide Pratique de la mesure 7.2, 2018, p. 3) :

- Plus de points sont accordés si l'association se trouve dans une zone « Impulseo »¹³ ;
- Plus de points sont accordés si l'association se trouve dans une zone rurale ;
- Plus de points sont accordés si l'association se trouve dans une commune ayant un ISADF (indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux) au-dessus de la moyenne ;
- Plus de points sont accordés si l'ASI a été créée récemment.

Pour chaque critère, un certain nombre de points sont définis (*cf. tableau suivant*). Une ASI doit atteindre minimum 9 points pour pouvoir être éligible.

¹³ Les zones en pénuries sont définies par le dispositif Impulseo selon les critères suivants :

- une zone de médecine générale avec moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants, soit une zone de médecine générale avec moins de 125 habitants/km² et moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Les critères de densité s'appliquent pour l'ensemble du territoire couvert par un cercle de médecins généralistes.
- Ou une zone délimitée dans le cadre de la politique des grandes villes qui correspond à des critères de précarité.

Tableau 6 : Critères de sélection des ASI pour la mesure 7.2 du PwDR

Critères de sélection	Valeur des critères
Localisation de l'investissement: ZR: Semi R: Impulseo:	5 3 5
Indice ISADF: 0,1 à 5,9: 6 à 10: 10,01 et plus	2 3 5
Nouvelle ASI: N-1 N-2 à N-5	5 3
Total	max 20

Source : Guide Pratique mesure 7.2, 2018, p.14

Si nous analysons l'ensemble des ASI agréées au 1^{er} janvier 2018, 27 d'entre elles répondent aux critères d'éligibilité de l'appel à projets (48 sont exclues, car situées dans une commune urbaine et trois, car elles ont plus de 20 ETP). Sur ces 27 ASI éligibles, 23 obtiennent au moins 9 points dans les critères de sélection et 15 d'entre elles ont bénéficié d'un subside.

Les dépenses pouvant être financées grâce à cette mesure sont des biens d'équipement de la maison médicale et/ou des biens d'investissements « immeubles » (construction ou achat et/ou rénovation). Le taux de subvention est fixé à 100% des dépenses éligibles. Pour la rénovation et l'aménagement des maisons médicales existantes, un budget de 9 891 000€ est prévu (60% supportés par la Région Wallonne et 40% par le FEADER).

Au total, 19 projets ont été sélectionnés après les quatre appels à projets lancés par la Région wallonne (certaines ASI ont été sélectionnées pour plusieurs projets). Ils ont engendré des subventions pour un montant total de 3 975 402€ dont 2,4 millions sont financés par la Région wallonne, soit une subvention moyenne par projet de 210 000€. Une part importante de l'enveloppe budgétaire de départ n'a donc pas été utilisée (un peu moins de 6 millions d'euros).

3.4. LE PROCESSUS D'ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE DU PLCP

Nous proposons le schéma ci-dessous pour mieux comprendre l'articulation entre la conception et la mise en œuvre du PLCP d'une part, et la conception et la mise en œuvre des deux mesures concernant les maisons médicales d'autre part.

Le nouveau Gouvernement wallon prend ses fonctions en 2014 et indique dans sa Déclaration de Politique Générale qu'« en matière de lutte contre la pauvreté, le Gouvernement sera attentif à garantir l'accès aux soins de santé des plus démunis [...] et en encourageant le développement des maisons médicales dans les quartiers défavorisés et en zone rurale » (p. 50). La DPR indique aussi la volonté d'éviter que les personnes ne tombent dans le cercle vicieux de la pauvreté. Pour ce faire, le Gouvernement wallon entend élaborer un Plan de lutte contre la pauvreté. Le cabinet du Ministre-Président est chargé de l'élaboration du plan et consulte une diversité d'acteurs. Le 4 décembre 2014, une première réunion du groupe de travail « lutte contre la pauvreté » a lieu. Elle réunit le cabinet du Ministre-Président, le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP), la Direction de la Cohésion sociale (DiCS), la Direction générale des pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la santé (DG05) et l'IWEPS. Cette réunion élabore une stratégie transversale pour le PLCP, établit un

diagnostic sur base d'indicateurs et prévoit d'identifier les axes de travail prioritaires sur base d'une contribution des acteurs présents. Une seconde réunion de ce groupe de travail a lieu début février 2015. Chaque acteur remet un document reprenant l'ensemble des mesures pouvant être reprises dans un PLCP. Des mesures concernant le développement des maisons médicales sont indiquées dans les documents du RWLP et de la DG05. Le RWLP souhaiterait « augmenter le nombre de maisons médicales avec le souci d'accès à la santé pour tous et de mixité sociale » (Contribution du RWLP, 2015, p.44) tandis que la DG05 propose de « continuer à amplifier le développement des ASI au forfait en mettant les moyens budgétaires à disposition pour l'agrément et le financement de nouvelles initiatives », (DG05, Annexe4, p. 1). Lors de la réunion de février 2015, le groupe de travail acte le fait de prendre des mesures pour les maisons médicales.

Par la suite, une note méthodologique du PLCP est approuvée par le Gouvernement wallon en mars 2015¹⁴. S'en suivent des négociations bilatérales entre le cabinet du Ministre-Président et chacun des ministres concernés par les différentes mesures potentielles. Il s'agit donc du cabinet Prévot, ministre de la Santé, pour les maisons médicales. Début septembre 2015, le PLCP est adopté par le Gouvernement wallon et la mesure 5.12 concernant le développement des maisons médicales reprend deux mesures concrètes : le lancement d'un appel à projets pour la création de maisons médicales en se fixant pour priorité la couverture de zones économiquement défavorisées ainsi que l'encouragement, dans le cadre du FEADER, des travaux d'aménagement et de rénovation de maisons médicales existantes.

Lors de la phase d'élaboration du PLCP (de juillet 2014 à septembre 2015), la politique d'agrément et de subvention des ASI suit son cours, avec le léger changement de procédure introduit en mai 2014. Pour rappel, la politique d'agrément et de subsides aux ASI a été mise en œuvre pour la première fois en 2000. Cette politique a été légèrement modifiée par différents arrêtés, le dernier datant de 2014. Ce dernier arrêté a pour principal objectif d'instaurer une programmation des maisons médicales agréées. À partir de 2015, les maisons médicales désirant être agréées doivent déposer leur dossier avant le 1^{er} août afin d'être agréées au 1^{er} janvier de l'année suivante. Auparavant, les agréments étaient délivrés au compte-gouttes, quelques mois après la remise du dossier par la maison médicale à l'administration wallonne. Ce changement de procédure a pour effet d'induire un déplacement du nombre de structures agréées entre 2015 et 2016 (seules deux nouvelles ASI en 2015 et 8 en 2016).

De son côté, le PwDR est approuvé par la Commission européenne et par le Gouvernement wallon en juillet 2015 et introduit une nouvelle mesure d'investissements en infrastructure pour les ASI. Ce programme a fait l'objet de nombreuses consultations dont une consultation publique qui s'est déroulée entre le 10 mars et le 24 avril 2014. Le PwDR présenté à la consultation à cette époque prévoyait déjà la mesure 7.2 concernant les infrastructures des ASI (CWEFH, 2014, p. 10).

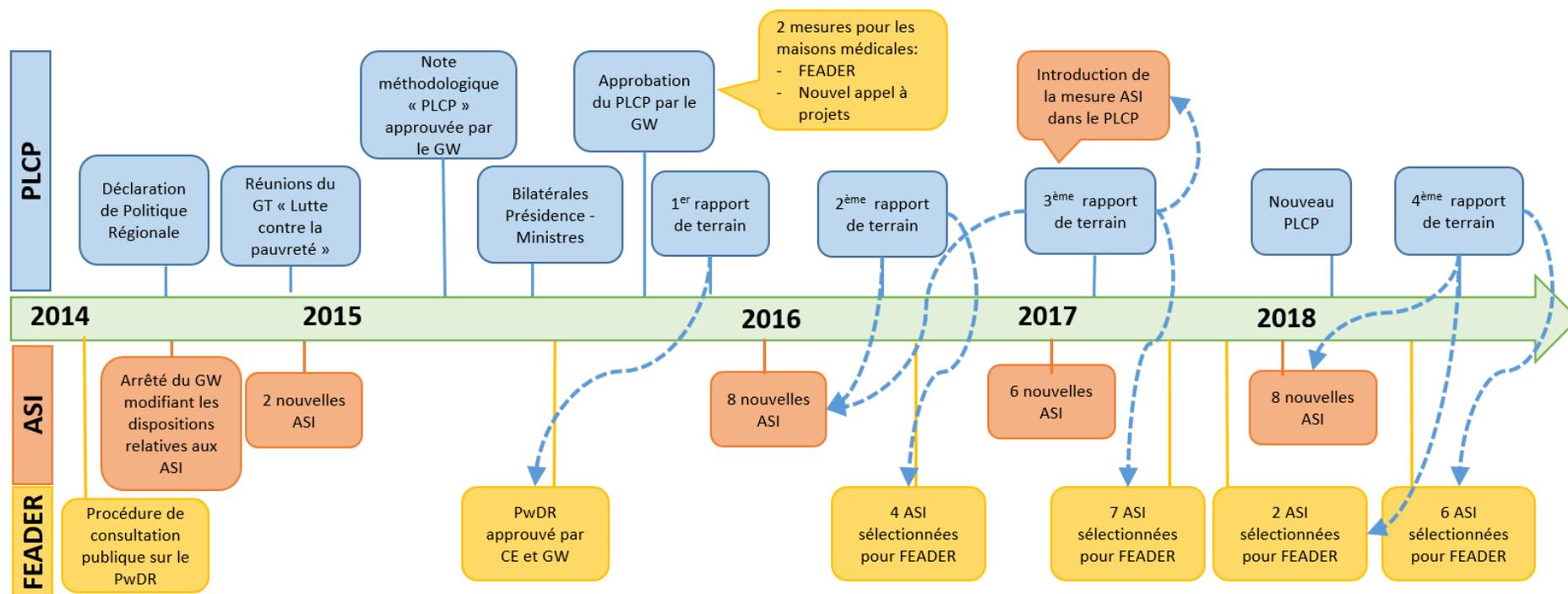
De décembre 2015 à novembre 2018, quatre rapports de terrain ont été réalisés visant à rendre compte de la mise en œuvre du PLCP. Ils sont élaborés par la Cellule des Stratégies transversales du Service public de Wallonie. Ces rapports de terrain font, pour chacun d'eux, état du nombre de nouvelles maisons médicales agréées au 1^{er} janvier de chaque année ainsi que du nombre d'ASI ayant bénéficié d'un subside pour l'investissement en infrastructures à la suite des appels à projets FEADER.

¹⁴ Une annexe à cette note reprenant la liste des mesures potentielles du PLCP a également été approuvée, mais nous n'avons pas pu en prendre connaissance.

Il est à noter que le deuxième rapport de terrain du 2 juin 2016 fait état d'un appel à projets pour la création de nouvelles maisons médicales qui s'est clôturé en février 2016, 8 nouvelles ASI ont été créées au 1^{er} janvier 2016. De plus, le rapport de terrain renseigne qu'il est prévu de lancer deux appels à projets par an jusqu'en 2020. Ce rapport de terrain fait en fait référence à la politique d'agrément et de subsides aux ASI dont la procédure avait été modifiée en 2014. Il semble qu'il y ait donc une réelle confusion entre d'une part, la politique ASI – qui sera insérée en tant que telle dans le PLCP en février 2017 – et d'autre part, la création d'une nouvelle mesure visant à créer des maisons médicales dans des zones économiquement défavorisées. Cette dernière mesure n'a donc pas été mise en œuvre en tant que telle. Aucun des documents ne relatent par la suite, l'idée de faire deux appels à projets par an jusqu'en 2020.

En mars 2018, un nouveau PLCP est présenté par le nouveau Gouvernement wallon en place depuis juillet 2017. Ce changement de gouvernement n'a pas eu d'impact sur la dimension « santé » du PLCP.

Figure 12 : Processus d'élaboration et de mise en œuvre du PLCP vis-à-vis de la mesure concernant le développement des maisons médicales



3.5. CONCLUSION

Nous pouvons conclure de cette analyse de la politique et particulièrement, de la mesure 5.1.2 du PLCP concernant le développement des maisons médicales, que le PLCP n'a pas eu d'impact sur le développement des maisons médicales en Région wallonne entre 2015 et 2018.

En effet, trois mesures concrètes sont citées dans le PLCP et visent à soutenir le développement des maisons médicales. Deux d'entre elles ont été conçues antérieurement au PLCP et ce dernier n'a pas eu d'effet sur leur mise en œuvre.

D'une part, la politique d'agrément et de subsides aux ASI date d'il y a une petite vingtaine d'années, la dernière légère modification de cette politique ayant eu lieu le 15 mai 2014, soit six mois avant le PLCP. Cependant, le corps de la politique n'a plus changé depuis 2013, avant la mise en place du Gouvernement wallon ayant élaboré le PLCP. Sur la période 2014-2018, cette politique a poursuivi son cours de manière indépendante au PLCP.

D'autre part, la mesure concernant les investissements en infrastructure destinée aux ASI dans le PwDR a été adoptée en juillet 2015, peu avant l'adoption du PLCP. Cette mesure est déjà mentionnée lors de la consultation publique du PwDR qui a lieu en mars-avril 2014, c'est-à-dire avant la mise en place du Gouvernement wallon qui a conçu le PLCP.

Enfin, l'appel à projets pour la création de maisons médicales en zones économiquement défavorisées n'a jamais vu le jour en tant que tel. Il y est fait référence dans le deuxième rapport de terrain, mais ce dernier le confond en fait avec la politique d'agrément des ASI. Après l'introduction de la mesure ASI dans le PLCP qui a lieu en février 2017, plus aucun document n'en fait mention. En interrogeant les différents acteurs, nous n'avons pas réussi à clarifier si cette mesure a toujours été confondue avec la politique ASI dès sa conception ou si elle désignait bien un nouvel appel à projets qui n'a jamais été mis en œuvre.

De plus, nous constatons également un relatif décalage entre les mesures concernant le développement des maisons médicales tel qu'envisagé par le PLCP et les deux mesures réellement mises en œuvre (ASI et FEADER). D'une part, au niveau des objectifs des mesures : alors que le PLCP met principalement l'accent sur les obstacles financiers à l'accès aux soins, les ASI se basent sur un constat et une hypothèse causale plus larges et le premier objectif de la politique FEADER est clairement de réduire la pénurie de médecins généralistes, principalement en zone rurale. D'autre part, concernant les bénéficiaires finaux, alors que ceux-ci sont clairement identifiés comme étant les personnes en situation de risque de pauvreté dans le PLCP, les maisons médicales en tant que telles n'ont pas vocation à uniquement soigner ces personnes-là, mais insistent sur la mixité sociale.

Enfin, nous constatons que les objectifs de la mesure concernant le développement des maisons médicales du PLCP ne sont pas quantifiés, ni en termes de nombre de maisons médicales créées, ou ayant reçu un subside ni en termes de population inscrite en maison médicale.

Recommandations

Archiver, dès la phase d'élaboration, tous les documents officiels de la politique et en assurer l'accès à l'instance évaluative

Pour le PLCP, les documents officiels après son adoption par le Gouvernement ont bien été archivés et un accès était assuré par la cellule des Stratégies transversales. Cependant, nous avons connu beaucoup de difficultés à accéder aux documents officiels ayant trait à l'élaboration du PLCP. Or, ces derniers facilitent grandement la compréhension de la logique d'intervention du plan et la façon dont ce dernier a été conçu.

Clarifier, dès le départ, le financement de chacune des mesures du PLCP

Si l'objectif d'un plan est bien d'avoir une ambition supplémentaire en termes de lutte contre la pauvreté, il nous paraît essentiel qu'un budget soit clairement identifié pour chacune des mesures du PLCP nécessitant un financement. Ainsi, les deux mesures du plan concernant les maisons médicales qui ont été mises en œuvre sont des mesures qui bénéficiaient déjà d'un financement identifié. Assortir chaque mesure du plan d'un budget permet également de clarifier chacune de ces mesures et d'en dégager plus facilement des objectifs.

4. La question d'évaluation

L'évaluation du PLCP est elle-même une mesure du plan (mesure 12.5). Un des dispositifs choisis pour une des évaluations thématiques est donc la mesure 5.1.2 concernant le développement des maisons médicales. La question évaluative générale est la suivante : « *Dans quelle mesure les politiques prises par le PLCP visant le développement des maisons médicales favorisent-elles l'accès aux services de santé de proximité pour les personnes précarisées ?* »

L'analyse de la politique (section 2) a engendré deux conclusions importantes pour la construction de notre question d'évaluation. D'une part, le fait que le PLCP n'a pas eu d'impact sur les politiques de la Région wallonne concernant le développement des maisons médicales. D'autre part, le décalage existant entre les objectifs du PLCP et ceux des deux politiques wallonnes concernant les maisons médicales.

Ces différents constats nous amènent à reformuler quelque peu notre question évaluative en ce sens : « *Dans quelle mesure les associations de santé intégrée améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précarisées en Région Wallonne ?* ». Notre évaluation ne se focalise non pas sur l'apport du PLCP, mais bien sur la principale politique wallonne de soutien aux maisons médicales.

Afin de concrétiser cette question, une analyse exploratoire menée au début de cette évaluation réalisée au moyen d'entretiens avec divers acteur·trice·s, une revue de la littérature ainsi qu'un répertoire des données disponibles ont été réalisés et nous ont amené à élaborer différents constats.

Tout d'abord, concernant les maisons médicales au forfait, plusieurs études se sont déjà penchées en profondeur sur les caractéristiques socio-économiques de leur patientèle et sur une comparaison de leur coût et de leur qualité par rapport aux pratiques à l'acte (BOUTSEN *et al.*, 2017a ; ANNEMANS *et al.*, 2008 ; BOUTSEN *et al.*, 2017 ; PERELMAN *et al.*, 2013). Ainsi concernant la patientèle en maison médicale au forfait, l'AIM conclut en 2017 que « les pratiques forfaitaires arrivent à toucher un public socioéconomiquement vulnérable qui n'a pas ou pas suffisamment accès aux pratiques de médecine générale traditionnelles ». D'une part, il y a une proportion nettement plus élevée de patient·e·s ayant droit à l'intervention majorée dans les maisons médicales au forfait (40,9% pour 18% des bénéficiaires de l'assurance maladie). D'autre part, environ 5% des personnes de l'échantillon des maisons médicales utilisé par cette étude n'ont pas pu trouver d'équivalent dans le système de financement à l'acte en raison de leur trop grande vulnérabilité socio-économique. De leur côté, deux études de Solidaritis ont démontré que les maisons médicales au forfait attiraient plus de personnes BIM au sein des mêmes secteurs statistiques de trois villes belges : Gand, Liège et Bruxelles. Cela montre que la proportion de personnes plus précarisées dans les maisons médicales au forfait n'est pas uniquement due à l'implantation de ces dernières dans des quartiers plus précaires.

Par contre, les maisons médicales à l'acte n'ont pas encore été étudiées. Or, elles représentent près d'un tiers des ASI en Région wallonne. La première partie de notre évaluation répond à deux questions qui permettent d'éclairer la réalité des maisons médicales à l'acte. D'une part, une analyse des caractéristiques socioéconomiques et des comportements de la patientèle de trois types de pratiques de médecine générale (maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratique à l'acte classique) permet de mieux comprendre la patientèle en maison médicale à l'acte et son comportement et de pouvoir comparer trois types de pratiques de médecine générale. D'autre part, une analyse de l'accessibilité des maisons médicales à l'acte est réalisée pour les villes de Charleroi et de Namur et permet de corriger le biais d'implantation.

On sait donc que les maisons médicales au forfait ont une patientèle nettement plus précarisée que la moyenne belge et que cette différence n'est pas uniquement expliquée par l'implantation de ces dernières dans des communes plus précaires. Cependant, au-delà de cet aspect quantitatif, on connaît peu les mécanismes que ces maisons médicales mettent en place qui expliquent cette accessibilité pour les personnes précaires. De plus, on ne peut différencier l'impact du mode de financement au forfait de celui des autres mécanismes mis en place par ces dernières. En effet, la revue de la littérature ainsi que les différents entretiens exploratoires soulignent le fait que le type de financement (au forfait) n'est pas la seule raison expliquant l'accessibilité qu'offrent les maisons médicales aux soins de santé pour les publics précarisés (ANNEMANS *et al.*, 2008). Grâce à une analyse qualitative, nous tentons d'expliquer comment et pourquoi les maisons médicales sont une porte d'entrée importante pour les publics précaires dans notre système de soins de santé.

Notre évaluation se concrétise donc autour de trois questions :

1. Dans quelle mesure les caractéristiques socioéconomiques ainsi que le comportement de la patientèle diffèrent selon le type de pratiques de médecine générale (maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratiques à l'acte classique) ?
2. En milieu urbain, les maisons médicales à l'acte ont-elles une patientèle significativement plus précarisée ?
3. Quels sont les différents mécanismes que les maisons médicales mettent en place qui ont un impact sur l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne ?

La partie 5 répond aux deux premières questions de l'évaluation grâce à une analyse quantitative basée sur les données de l'AIM et de la FMM. La méthodologie utilisée est détaillée dans la première section de cette partie.

La partie 6 répond à la troisième question de l'évaluation et est basée sur des études de cas (Yin, 2009). La méthodologie utilisée y est également expliquée.

5. Volet quantitatif

Ce volet de l'évaluation a pour but de répondre aux deux premières questions d'évaluation de manière quantitative. Dans un premier temps, nous comparons les caractéristiques socioéconomiques de trois types de patientèle : les maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte et la pratique à l'acte classique. On tente ainsi de comprendre dans quelle mesure les maisons médicales à l'acte et au forfait répondent à des besoins d'une patientèle plus précarisée. Dans un second temps, on analyse le comportement de ces trois types de patientèles vis-à-vis du/de la médecin généraliste. Enfin, on analyse si les maisons médicales à l'acte ont une patientèle plus précarisée en contrôlant le biais d'implantation. Une dernière partie est consacrée à la population qui a été exclue de cette analyse quantitative comme expliqué dans la méthodologie.

5.1. MÉTHODOLOGIE

Pour pouvoir répondre à ces questions, nous avons utilisé deux sources de données. D'une part, l'Agence intermutualiste nous a fourni des données sur les caractéristiques sociodémographiques de la patientèle selon le type de pratiques de médecine générale ainsi que des données sur le comportement de la patientèle en médecine à l'acte. D'autre part, la FMM nous a fourni des données sur le comportement d'une partie de la patientèle au forfait.

5.1.1. Les données de l'Agence intermutualiste (AIM)

Les données de l'AIM concernent les personnes bénéficiaires de l'assurance maladie en 2016 et résidant en Région wallonne. L'année 2016 est en effet l'année la plus récente disponible. En 2016, 3 511 338 personnes bénéficiaient de l'assurance maladie en Région Wallonne, ce qui correspond à 97,1% des habitants de la Région Wallonne¹⁵. Les nouveau-né·e·s et décédé·e·s en 2016 ont été exclus de l'analyse, ils sont 50 047 personnes en 2016¹⁶. De même, les personnes s'étant vues facturer moins de dix forfaits mensuels « maison médicale »¹⁷ ont été exclues de l'analyse. En effet, elles ont, au cours de l'année 2016, potentiellement consulté un·e médecin généraliste à l'acte et au forfait et ne peuvent dès lors pas faire entièrement partie d'une catégorie de pratique de médecine générale. Elles sont 17 522 en 2016¹⁸. Nous prenons donc en compte, dans notre analyse, 3 443 677 patient·e·s soit, 98,1% des patient·e·s bénéficiant de l'assurance maladie ou 95,3% de la population de la Région wallonne.

¹⁵ Statbel, structure de la population, consulté le 3/12/2018 : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

¹⁶ Ayant instauré la règle de minimum 10 forfaits mensuels « maison médicale » pour identifier la population en maison médicale au forfait, les nouveau-nés et décédés étaient de facto exclus de cette catégorie de patientèle. Nous les avons donc exclus des autres catégories également.

¹⁷ Lorsqu'une personne est inscrite en maison médicale au forfait, la maison médicale reçoit, mensuellement, un forfait pour cette dernière.

¹⁸ Nous analysons ces personnes dans une section spécifique

Tableau 7 : Population prise en compte dans l'analyse pour les données de l'AIM

	Nombre	En pourcentage de la population wallonne au 1/01/2017	En pourcentage des personnes bénéficiaires de l'assurance maladie en 2016
Population en Région wallonne au 01/01/2017	3 614 473	100%	
Nombre de personnes ne bénéficiant pas de l'assurance maladie en 2016	- 103 135	2,9%	
Nombre de personnes bénéficiaires de l'assurance maladie en 2016 en Région wallonne	3 511 338	97,1%	100%
Nombre de nouveaux nés et décédés en 2016 en Région wallonne	- 50 047	1,4%	1,4%
Nombre de patient·e·s ayant eu entre 1 et 9 forfaits mensuels « maison médicale » en 2016	- 17 522	0,5%	0,5%
Nombre de patient·e·s pris en compte dans l'analyse	3 443 675	95,3%	98,1%

Source : Statbel, AIM

Encadré 2 : Focus sur les personnes résidentes en Région wallonne et non bénéficiaires de l'assurance maladie

Il ressort de nos données que 97,1% des habitants de la Région wallonne bénéficient de l'assurance maladie en 2016. Cela signifie que 103 135 personnes ne bénéficient pas de l'assurance maladie en Région wallonne. Nous n'avons donc pas de données administratives sur ces dernières. On peut regrouper ces personnes en trois groupes :

- Les personnes étrangères en séjour irrégulier en Belgique : elles ne sont pas prises en compte dans les statistiques de la population résidant en Région wallonne. On estime qu'il y a en Belgique entre 100 000 à 150 000 personnes étrangères en séjour irrégulier (CIRE, 2018). Ces personnes ont droit à l'aide médicale urgente (AMU) qui est délivrée par le CPAS. En 2016, on compte 8 177 personnes bénéficiaires mensuellement de l'AMU (SPP Intégration sociale, 2018, p.32).
- Les demandeur·e·s d'asile: bénéficient des soins de santé via leur structure d'accueil. Certain·e·s médecins généralistes soignent des demandeur·e·s d'asile et c'est Fedasil qui prend en charge le coût des soins de santé.
- Les personnes non en ordre de mutuelle : ce sont donc les personnes non bénéficiaires de l'assurance maladie dont on a soustrait les demandeurs d'asile et les personnes résidant en Région wallonne, mais couvertes par une convention internationale.

Les habitant·e·s de la Région Wallonne sont divisés en trois catégories de patientèle différentes en fonction du type de médecin généraliste principal qu'ils consultent :

1. La patientèle en maison médicale au forfait : ce sont les patient·e·s inscrits dans une maison médicale au forfait qui ont reçu au moins dix forfaits mensuels « maison médicale » en 2016.
2. La patientèle en maison médicale à l'acte : ce sont les patient·e·s dont le-la médecin généraliste principal·e pratique dans une des 19 maisons médicales à l'acte agréées par la Région wallonne en 2016 (voir annexe 1). Nous explicitons la méthodologie pour assigner un·e médecin généraliste à chaque patient·e dans l'encadré 3.

- La patientèle en pratique à l'acte classique : toute la patientèle qui n'est pas considérée comme étant en maison médicale (à l'acte ou au forfait) se trouve dans cette catégorie.

Ainsi, 95,2% de la population wallonne consultent un-e médecin généraliste en pratique à l'acte classique tandis que 3,6% sont inscrites en maison médicale au forfait et 1,3% en maison médicale à l'acte.

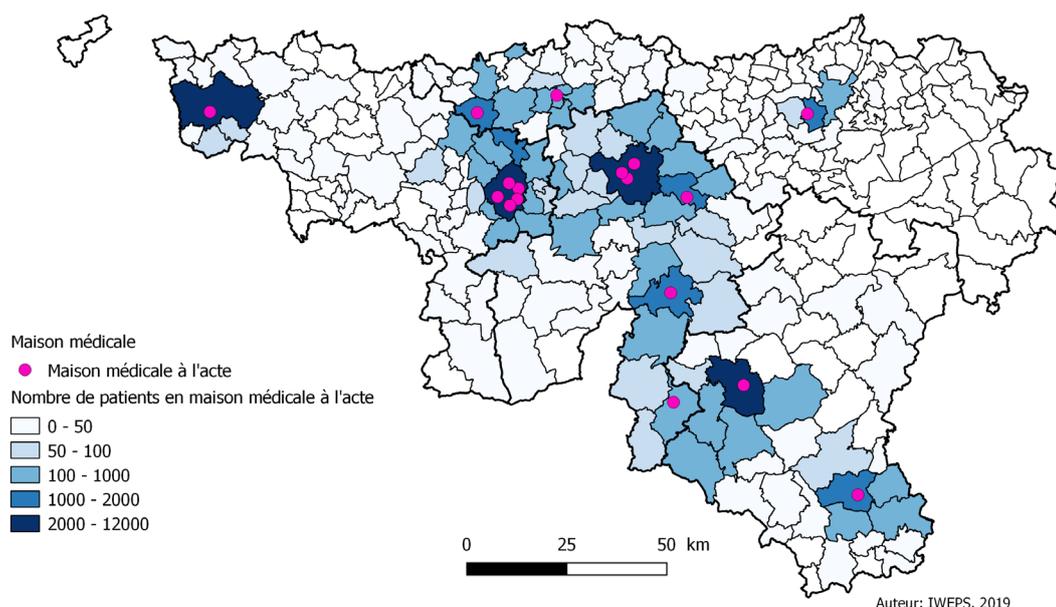
Tableau 8 : Répartition de la population selon le type de pratiques de médecine générale

	Nombre	Pourcentage
Maison médicale au forfait (AIM)	122 317	3,6%
Maison médicale à l'acte	44 042	1,3%
Pratique à l'acte classique	3 277 318	95,2%
Total	3 443 677	100%

Source : AIM

La figure 13 illustre la localisation des maisons médicales à l'acte en Région wallonne prises en compte dans cette analyse ainsi que la localisation de leur patientèle.

Figure 13 : Localisation des maisons médicales à l'acte et de leur patientèle en 2016



Source : AIM, AVIQ

Encadré 3 : Méthodologie pour désigner un-e médecin généraliste principal

L'assignation d'un-e médecin généraliste principale à chaque personne en Région wallonne a été réalisée selon la méthodologie développée par l'AIM. Si la personne a son Dossier Médical Global (DMG) inscrit chez un-e médecin généraliste, c'est cette dernière qui est désigné-e comme médecin généraliste principale. Si aucun DMG n'est enregistré, c'est le-la médecin généraliste qui a enregistré le plus de contacts avec cette personne en 2016 qui est désigné-e comme médecin généraliste principale (AIM, 2018).

Cette méthodologie présente certaines limites pour pouvoir identifier la patientèle en maison médicale à l'acte, et ce, principalement pour les personnes n'ayant pas de DMG inscrit. En effet, prenons le cas d'une personne habituellement patiente d'une maison médicale à l'acte, mais qui

consulte peu son/sa médecin généraliste de manière générale. Si, sur l'année étudiée (2016), elle a consulté un-e autre médecin généraliste et qu'elle n'a pas consulté la maison médicale, car elle n'en a pas eu besoin, elle sera considérée dans la catégorie « médecine à l'acte classique » alors qu'elle devrait appartenir à la catégorie « maison médicale à l'acte ».

5.1.2. Les données de la FMM

La FMM nous a fourni des données sur la patientèle en maison médicale au forfait. Ces données concernent donc la patientèle, habitant en Région wallonne et inscrite dans une maison médicale au forfait pour laquelle la FMM récolte des données extraites du dossier informatisé dans le cadre du projet « Tableau de bord »¹⁹. Les maisons médicales prises en compte dans l'analyse sont au nombre de 35 pour la Région wallonne (elles sont toutes ASI et affiliées à la FMM). Quelques maisons médicales bruxelloises interviennent également dans l'analyse pour les quelques patient·e·s wallon·ne·s inscrit·e·s dans une maison médicale bruxelloise (il s'agit de 159 personnes). Il est donc important de noter que ces données portent sur 60% des maisons médicales au forfait de la Région wallonne (il existe 59 pratiques forfaitaires actives en 2016). Il s'agit de 78 673 patient·e·s. De cette patientèle, nous excluons les personnes non inscrites au forfait pour la médecine générale (3 091 personnes). Une analyse de ces personnes non inscrites au forfait est réalisée dans la section 1.6. De plus, afin de garder la meilleure correspondance possible avec les données de l'AIM sur la patientèle au forfait, nous excluons également les personnes inscrites en cours d'année 2016 (qui ont donc eu moins de dix forfaits mensuels). Il s'agit de 9 084 personnes. Cela signifie que les données portent sur 66 648 personnes inscrites en maison médicale au forfait, résidant en Wallonie et non-inscrites en cours d'année.

Tableau 9 : Population prise en compte dans l'analyse pour les données de la FMM

	Nombre	Pourcentage
Personnes inscrites dans une des maisons médicales au forfait de la FMM en 2016 et habitant en RW	78 673	100%
Dont personnes non-inscrites pour le forfait médecine générale	-3 091	-3,9%
Dont personnes inscrites en cours d'année	-9 084	-11,5%
Nombre de patient·e·s pris en compte dans l'analyse	66 648	84,7%
Personnes inscrites dans une maison médicale au forfait en 2016 en Région wallonne (données AIM)	122 317	
Patientèle prise en compte / Patientèle totale		54,5%

Source : AIM, FMM

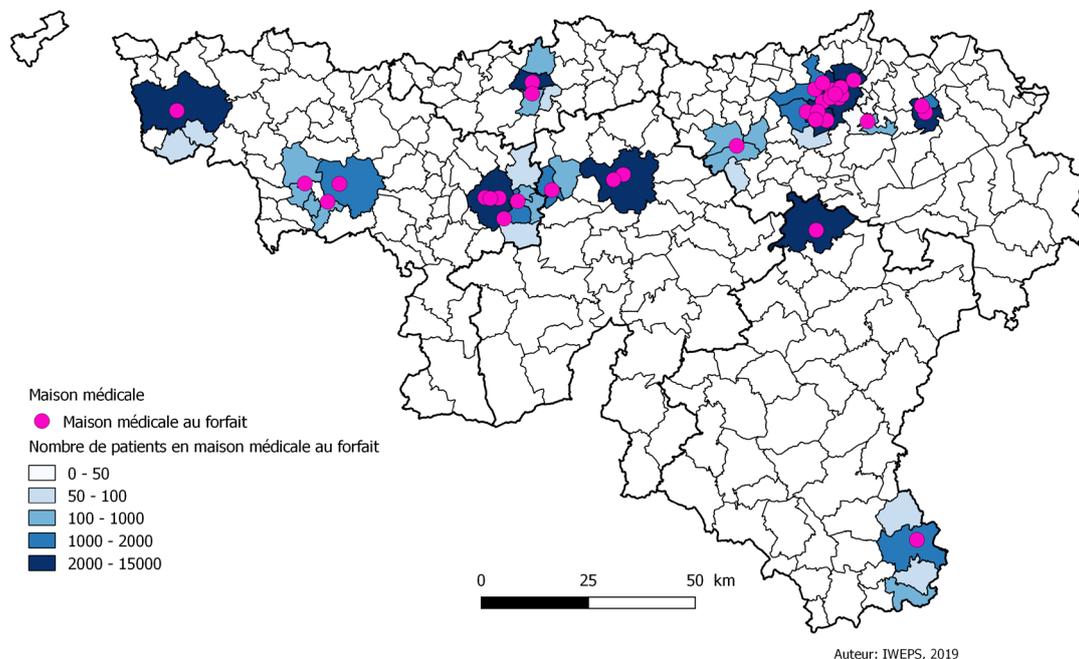
Les données de la FMM portent donc sur 54,5% de la population wallonne inscrite dans une maison médicale au forfait. La patientèle prise en compte dans les données de la FMM est donc un échantillon de la population wallonne au forfait inscrit dans des maisons médicales issues exclusivement de la FMM et participant au projet « tableau de bord ». Cet échantillon se caractérise par une surreprésentation des moins de 55 ans et des patient·e·s BIM dans une moindre mesure

¹⁹ Ces maisons médicales sont également utilisatrices du logiciel Pricare (DSI).

(43,7% versus 42,6%). Vous trouverez en annexe 3 une analyse plus détaillée de la représentativité de l'échantillon.

La figure 14 illustre la localisation des maisons médicales au forfait et de leur patientèle prises en compte dans l'analyse.

Figure 14 : Localisation des maisons médicales au forfait et de leur patientèle en 2016



Source : FMM

Une dernière remarque importante sur les données de la FMM concerne l'encodage des actes des médecins généralistes. En effet, alors qu'en pratique à l'acte, le financement dépend directement du nombre d'actes encodés, il n'en est rien en pratique au forfait (le forfait dépendant du nombre de patient·es inscrits et de leurs caractéristiques). Cela génère un non-encodage pour un certain nombre de contacts. La FMM estime que dans l'échantillon concerné, la proportion de non-encodage de contacts se situe entre 5 et 10%. Cette proportion est probablement plus élevée pour les visites à domicile qui impliquent le plus souvent un encodage *a posteriori*. De plus, ces différences de financement engendrent probablement des différences dans le type de contacts (temps accordé par consultation, etc.).

Pour une meilleure compréhension de la suite de l'analyse, nous nommons l'échantillon des maisons médicales au forfait issu des données de la FMM « maison médicale au forfait FMM » tandis que la population en maison médicale au forfait issue des données de l'AIM s'appelle « maison médicale au forfait AIM ».

5.2. CARACTÉRISATION DU CONTEXTE LOCAL DES TROIS TYPES DE PRATIQUES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Avant d'analyser les caractéristiques des trois types de patientèle, nous nous attardons sur le contexte dans lequel chacune d'entre elles se situe. Les données utilisées sont celles de l'AIM pour

les pratiques à l'acte et en maison médicale à l'acte et celles de la FMM pour les maisons médicales au forfait²⁰.

Le tableau 10 propose différentes variables qui caractérisent les communes où sont implantés les trois types de pratique de médecine générale. Ces variables sont à chaque fois pondérées par le nombre de patient·e·s de la commune. Ainsi, on remarque que les maisons médicales au forfait sont implantées dans des communes plus précaires que les maisons médicales à l'acte, elles-mêmes implantées dans des communes plus précaires que les pratiques à l'acte classique (au regard de l'ISADF et de la part de BIM dans la commune). Concernant l'espérance de vie, les maisons médicales au forfait sont situées dans des communes où cette dernière est plus courte. Au vu des différentes variables qui permettent de caractériser la structure d'âge de la commune (part des moins de 20 ans, part des 60 ans et plus et part des 80 ans et plus), il n'y a pas de fortes différences entre les types de pratiques de médecine générale. Enfin, on constate une forte représentation des communes urbaines pour les maisons médicales au forfait (75% de la patientèle au forfait se trouve dans des communes urbaines pour 51 % de la patientèle en maison médicale à l'acte et 35% de la patientèle en pratique classique).

Tableau 10 : Caractérisation des communes en fonction du type de pratiques de médecine générale, pondérée par le nombre de patient·e·s

	Maison médicale au forfait (FMM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique
ISADF	10,39	5,04	-0,3
BIM Commune	29,2%	22,2%	20,9%
Espérance de vie	78,3	79,4	79,8
Part de moins de 20 ans	23,2%	23,7%	23,3%
Part de plus de 60 ans	23,8%	23,9%	24,3%
Part de plus de 80 ans	5,3%	5,3%	5,2%
Urbaine	75%	51%	35%
Semi-rurale	17%	19%	36%
Rurale	8%	30%	29%
Nombre de patient·e·s²¹	65 233	41 667	2 578 610

Source : AIM, FMM, IWEPS, DG03

5.3. CARACTÉRISTIQUES DES HABITANTS DE LA RÉGION WALLONNE SELON LE TYPE DE PRATIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans cette section, nous caractérisons la patientèle des trois types de pratique de médecine générale en fonction des variables suivantes : l'âge, le sexe, la province, le type de régime ainsi que différentes variables ayant trait à la situation socioéconomique de la patientèle. Toutes ces variables

²⁰ Nous avons reçu les données au niveau communal uniquement pour les pratiques à l'acte de l'AIM.

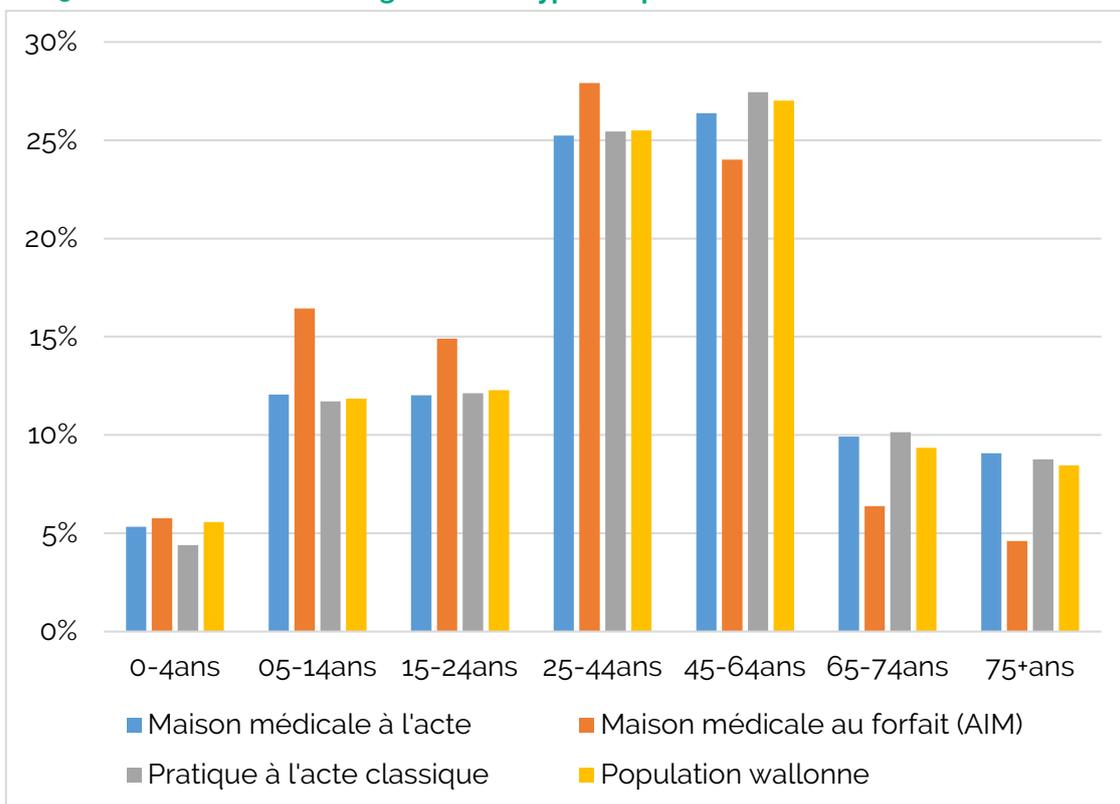
²¹ Pour les pratiques à l'acte classique, la caractérisation des communes a été faite sur base des patient·e·s ayant consulté au moins une fois une médecin généraliste en 2016. Il en va de même pour les maisons médicales à l'acte et ce, pour raisons méthodologiques.

sont à chaque fois prises en compte tant pour les titulaires que pour les ayants droits de l'assurance maladie. Ce sont les données de l'AIM qui ont été utilisées dans cette section, y compris pour les maisons médicales au forfait.

5.3.1 Selon l'âge

Le graphique suivant montre la structure d'âge selon le type de patientèle et la compare à la structure d'âge de l'ensemble de la population wallonne.

Figure 15 : Caractérisation selon l'âge des trois types de patientèle



Source : AIM

Nous remarquons que les maisons médicales à l'acte ainsi que les pratiques à l'acte classique ont une structure d'âge à peu près équivalente à celle de la population wallonne. Par contre, les maisons médicales au forfait ont très clairement une population plus jeune que les deux autres pratiques. Or, les trois types de pratique de médecine générale ne représentent pas de différence de contexte communal en termes de structure d'âge, comme détaillé à la section 5.2. Nous devons donc exclure comme explication le fait que les maisons médicales au forfait se situeraient dans des communes plus jeunes²². Une des explications pouvant justifier cette différence notable est l'année de création des maisons médicales au forfait. En effet, elles sont, pour une partie importante, des structures assez jeunes (54% d'entre elles ont été créées après 2000). Comme la patientèle d'un.e médecin généraliste vieillit avec l'âge de ce.tte dernier.ère, la patientèle en maison médicale au forfait serait plus jeune simplement parce que les médecins généralistes y travaillant sont plus jeunes.

²² Un point d'attention : la caractérisation du contexte communal pour les maisons médicales au forfait a été réalisée à partir des données de la FMM (et non de l'AIM). 23 maisons médicales au forfait en 2016 sont donc exclues de cette analyse. Cependant ces dernières sont aussi principalement situées en milieu urbain (83%) et ont une structure d'âge équivalente à la population wallonne (part des 60 ans et plus est de 24.4%).

Concernant les maisons médicales à l'acte, beaucoup d'entre elles sont également relativement récentes, mais il s'agit dans de nombreux cas, de médecins généralistes pratiquant à l'acte avant qui se sont constitués en ASI. On émet donc l'hypothèse que les médecins généralistes des maisons médicales à l'acte seraient plus âgé·es que ceux pratiquant en maison médicale au forfait²³.

5.3.2. Par sexe

Il y a sensiblement plus de femmes en maison médicale à l'acte que dans les deux autres types de pratique.

Tableau 11 : Répartition par sexe selon le type de pratiques de médecine générale

	Homme	Femme
Maison médicale au forfait (AIM)	48,94%	51,06%
Maison médicale à l'acte	45,82%	54,18%
Pratique à l'acte classique	48,68%	51,32%
Total	48,65%	51,35%

Source : AIM

5.3.3. Par province

Le tableau ci-dessous montre la répartition par province des patient·es selon les différentes pratiques.

Tableau 12 : Répartition par province selon le type de pratiques de médecine générale

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Brabant wallon	1,5%	1,1%	97,5%	100,0%
Hainaut	2,6%	1,4%	96,0%	100,0%
Liège	6,8%	0,2%	93,0%	100,0%
Luxembourg	2,2%	3%	94,9%	100,0%
Namur	1,5%	2,7%	95,8%	100,0%
Total	3,6%	1,2%	95,2%	100,0%

Source : AIM

Les maisons médicales au forfait sont fort présentes en province de Liège et dans une moindre importance dans le Hainaut (plus de 85% des patient·es en maison médicale au forfait habitent dans ces deux provinces). En province de Liège, c'est 6,8% des habitant·es qui sont en maison médicale au forfait. Les maisons médicales au forfait sont moins présentes en province de Namur et du Brabant-Wallon.

Les patient·es en maison médicale à l'acte sont principalement issus de la province de Namur et du Hainaut (75,3% d'entre eux). C'est en province de Liège qu'il y a le moins de patient·es en maison médicale à l'acte. Ceci s'explique entre autres par la présence importante de maisons médicales au

²³ Cette hypothèse serait à vérifier dans une étude ultérieure se concentrant sur les caractéristiques des médecins généralistes exerçant dans les différentes pratiques.

forfait dans la province. C'est dans les provinces du Luxembourg et de Namur que la proportion de la patientèle en maison médicale à l'acte est la plus importante. Or, ce sont également les deux provinces où la patientèle en maison médicale au forfait est la moins importante.

5.3.4. Selon le type de régime*²⁴

La grande majorité des habitant·e·s de la Région wallonne sont affilié·e·s sous le régime général de l'assurance obligatoire soins de santé. Les personnes sous le régime indépendant sont sensiblement moins représentées dans les maisons médicales à l'acte et encore moins dans les maisons médicales au forfait.

Tableau 13 : Répartition par type de régime selon le type de pratiques de médecine générale

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique
Régime général	95,5%	92,7%	91,3%
Régime indépendant	4,5%	7,3%	8,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Source : AIM

5.3.5. Selon la situation sociale

Un premier tableau montre les différents statuts selon lesquels chacun bénéficie de l'assurance maladie (ce sont les catégories de patientèle de l'INAMI). La catégorie la plus importante est celle des actifs qui représente 66,6% de la population en Région Wallonne. Cependant, il y a proportionnellement moins de personnes actives en maison médicale à l'acte (63,2%) et au forfait (64,6%). Le pourcentage d'affilié·e· via le registre national est très important en maison médicale au forfait (10,6% pour 3,3% en Région wallonne). Il y a également un pourcentage important d'invalides et de personnes handicapées en maison médicale à l'acte (9,7%) et au forfait (11,7%) comparé à la population wallonne (7,7%). Enfin, on remarque qu'il y a proportionnellement peu de pensionné·e·s et de veufs/veuves en maison médicale au forfait (11,1% et 2,1% contre 18,8% et 3,5%), ce qui est dû au fait que la population en maison médicale au forfait est plus jeune que la moyenne.

²⁴Lorsqu'une * est indiquée à côté du titre, cela signifie que l'information n'est pas disponible pour 24 017 personnes, soit 0,8% de la population prise en compte, car leur situation est indéfinissable.

Tableau 14 : Répartition par situation sociale selon le type de pratiques de médecine générale*

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Actif	64,6%	63,2%	66,7%	66,6%
Affilié Registre national	10,6%	4,5%	3,1%	3,3%
Invalide ou handicapé	11,7%	9,7%	7,5%	7,7%
Pensionné	11,1%	18,8%	19,1%	18,8%
Veuf	2,1%	3,9%	3,6%	3,5%
Autres (orphelins et communauté religieuse)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : AIM

Un second tableau montre la situation sociale de la patientèle. La pratique à l'acte classique reflète la situation sociale de la population wallonne en général. Les maisons médicales au forfait se différencient par : le nombre élevé d'ouvrier·ère·s (46,4% contre 32,1%), le nombre faible d'employé·e·s (19,8% contre 26,8%), le nombre faible d'agents statutaires et d'indépendant·e·s (respectivement 3,5 et 4% pour 6,3% et 7,2%), le nombre faible de pensionné·e·s/veufs/veuves et orphelin·e·s (12,8% pour 21%), le nombre élevé de personnes handicapées (2,4% pour 1,3%), le nombre élevé de personnes appartenant à la catégorie « autres » (11,1% pour 5,3%). Les maisons médicales à l'acte ont, en termes de situation sociale, une patientèle assez similaire à celle de la population wallonne. Elles comptent sensiblement plus de personnes handicapées, pensionnées ou appartenant à la catégorie « autres ».

Tableau 15 : Répartition par situation sociale selon le type de pratiques de médecine générale²⁵

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Ouvrier actif	46,4%	31,7%	31,5%	32,1%
Employé actif	19,8%	27,2%	27,1%	26,8%
Agent statutaire du service public	3,5%	6,0%	6,4%	6,3%
Travailleur indépendant actif	4,0%	5,9%	7,4%	7,2%
Personne handicapée	2,4%	1,9%	1,3%	1,3%
Pensionné, veuf ou orphelin	12,8%	21,5%	21,3%	21,0%
Autres	11,1%	5,8%	5,1%	5,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : AIM

²⁵ Les catégories « employé et ouvrier actif » regroupent également les personnes au chômage ou en invalidité qui étaient, auparavant, ouvrier et employé.

5.3.6. Selon le fait de bénéficier de l'intervention majorée

20,8% des habitant·e·s de la Région wallonne sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), soit 717 662 personnes. Les maisons médicales au forfait ont plus du double de BIM dans leur patientèle par rapport à la proportion de BIM en Région wallonne, ce qui représente 42,6% de leurs patient·e·s. Les maisons médicales à l'acte ont également plus de BIM dans leur patientèle (soit 27,2%), mais dans une moindre mesure.

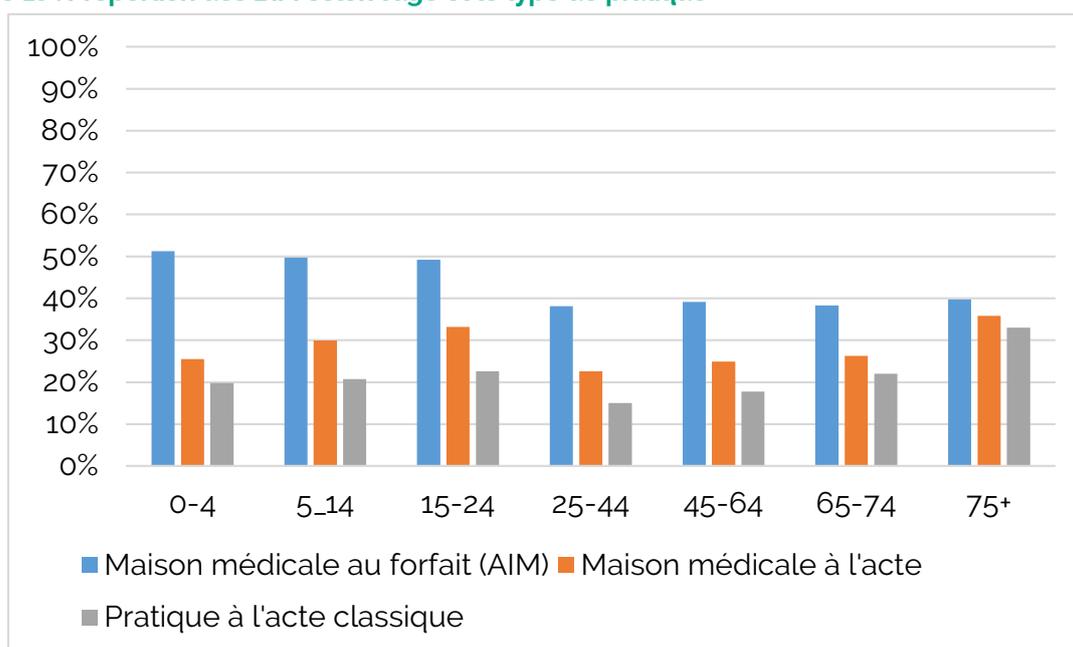
Tableau 16 : Répartition du statut BIM selon le type de pratiques de médecine générale

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Ne bénéficie pas de l'intervention majorée	57,4%	72,8%	80,1%	79,2%
Bénéficie de l'intervention majorée	42,6%	27,2%	19,9%	20,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : AIM

On peut aussi s'attarder sur la répartition des BIM par tranche d'âge. On constate que la proportion de BIM au forfait est toujours plus importante qu'en maison médicale à l'acte qui est elle-même plus importante qu'à l'acte. Cependant, cet écart entre types de pratique diminue avec l'âge.

Figure 16 : Proportion des BIM selon l'âge et le type de pratique



Source : AIM

Il y a deux manières d'être BIM. D'une part, une série de personnes sont automatiquement BIM parce qu'elles sont dans une situation sociale particulière. D'autre part, une série de personnes a le droit d'être BIM sur base de leurs conditions de revenu. Le statut BIM est alors attribué par la mutuelle après une enquête.

En Région Wallonne, 9,84% de la population sont automatiquement BIM²⁶ tandis que 10,99% le sont après en avoir fait la demande.

Ainsi, les bénéficiaires du RIS (revenu d'intégration sociale) ou du GRAPA sont automatiquement BIM.

En Région wallonne, 3,7% des habitant·e·s sont bénéficiaires du RIS ou du GRAPA. Ils sont plus nombreux en maison médicale à l'acte (5,2%) et de manière plus importante encore, en maison médicale au forfait (9,2%).

Tableau 17 : Proportion des bénéficiaires RIS-GRAPA selon le type de pratiques de médecine générale

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Bénéficiaire du RIS ou du GRAPA	9,2%	5,2%	3,5%	3,7%

Source : AIM

5.3.7. Selon le fait de bénéficier d'une allocation de chômage

8,8% de la population wallonne bénéficient d'allocations de chômage (y compris la prépension). Cette population est surreprésentée en maison médicale au forfait puisqu'elle représente 12,2% de la patientèle.

Parmi ces personnes bénéficiaires d'allocations de chômage, 133 959 d'entre eux bénéficient des indemnités de chômage depuis plus de 12 mois. Cela représente 3,9% de la population. Cette population est surreprésentée dans les maisons médicales à l'acte (4%) et au forfait (5,27%).

Tableau 18 : Proportion des bénéficiaires d'allocation de chômage

	Maison médicale au forfait (AIM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique	Total
Bénéficiaire d'allocation de chômage	12,2%	8,8%	8,7%	8,8%
En situation de chômage de longue durée (plus de 12 mois)	5,3%	4%	3,8%	3,9%

Source : AIM

5.3.8. Conclusion

On constate que la patientèle en maison médicale au forfait est la plus précarisée et est plus jeune que la patientèle en pratique à l'acte classique. La patientèle en maison médicale à l'acte a un profil intermédiaire entre les deux autres catégories de patientèle. La patientèle en maison médicale au forfait est principalement située en province de Liège et du Hainaut tandis que la patientèle en maison médicale à l'acte est principalement située en province de Namur et du Hainaut.

²⁶ BIM automatique pour : personnes ayant bénéficié durant 3 mois ininterrompus du revenu d'intégration sociale ou aide équivalente ; personnes bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA) ; personnes bénéficiant d'une allocation aux personnes handicapées ; mineurs étrangers non accompagnés (MENA) ; enfants ayant un handicap physique ou mental d'au moins 66% ; enfants titulaires orphelins de père et de mère (et bénéficiaires d'allocations familiales majorées) et âgés de moins de 25 ans.

5.4. COMPARAISON DES COMPORTEMENTS ENTRE DEUX TYPES DE PRATIQUES À L'ACTE EN RÉGION WALLONNE

Après avoir analysé les caractéristiques démographiques et socioéconomiques de la patientèle de la Région wallonne selon le type de pratique de médecine générale, il est également intéressant de se pencher sur le comportement de cette dernière. Cette section vise à analyser les différences éventuelles de comportements dans la patientèle selon le type de pratiques de médecine générale en s'intéressant à deux indicateurs : d'une part, la part de la population n'ayant eu aucun contact avec un·e médecin généraliste en 2016 (et son contraire : la part de la population ayant eu au moins un contact) et d'autre part, le nombre de contacts moyens annuels pour les personnes ayant consulté au moins une fois le·la médecin généraliste en 2016.

5.4.1. Part de la population ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016

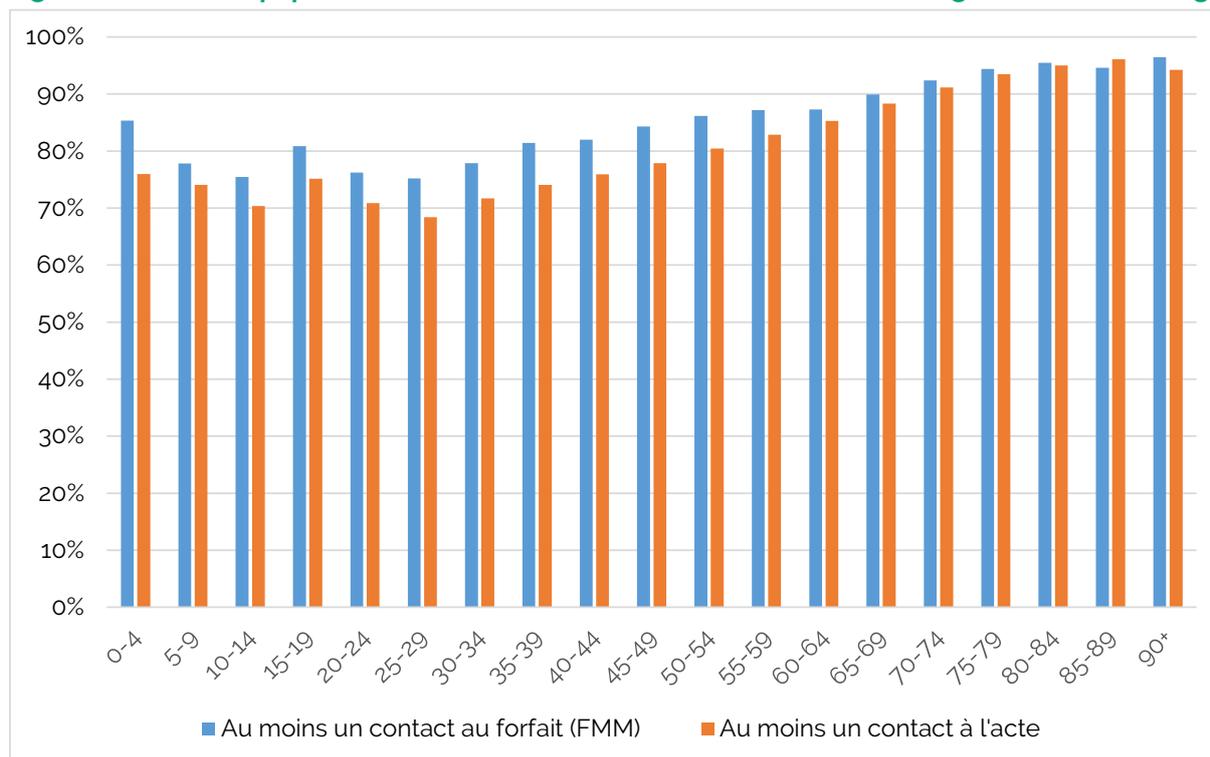
Cette partie se penche sur l'indicateur suivant : la part de la population ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste au cours de l'année 2016. Pour les patient·e·s qui ne sont pas inscrit·e·s dans une maison médicale au forfait et qui n'ont pas de DMG, il faut au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016 pour pouvoir déterminer s'ils sont suivis ou pas dans une maison médicale à l'acte. Dès lors, quand il s'agit d'analyser la part de la population ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste, il faudra se contenter d'une dichotomie binaire « acte/forfait ». Nous comparons donc uniquement la proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste entre les maisons médicales au forfait (via les données de la FMM) et les pratiques à l'acte (via les données de l'AIM).

En 2016, 79% des patient·e·s à l'acte ont eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste. Pour ce qui concerne les maisons médicales au forfait, 82% de leur patientèle a eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016.

Analysons cette proportion par tranche d'âge. Le graphique 17 montre, pour la patientèle à l'acte et celle au forfait, la proportion de personnes qui a eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016 selon leur tranche d'âge. Nous observons que, pour l'ensemble de la population, la part de personnes ayant eu au moins un contact augmente avec l'âge, et ce, à partir de 25 ans. De 4 à 25 ans, elle a plutôt tendance à diminuer. Cette tendance reflète assez logiquement le besoin de consulter un·e médecin généraliste (assez élevé entre 0 et 4 ans, faible jusqu'à 25 ans puis augmentant avec l'âge). À partir de l'âge de 70 ans, la proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste atteint 90%. On note aussi une claire différence entre l'acte et le forfait. En moyenne, la proportion de personnes avec au moins un contact est plus élevée au forfait, mais cette moyenne reflète une hétérogénéité selon la tranche d'âge. Ainsi, l'écart entre le forfait et l'acte est très élevé pour les tout petits de 0 à 4 ans et est de plus de cinq points de pourcentage entre 10 et 55 ans. Cet écart entre les pratiques diminue ensuite avec l'âge pour atteindre moins de 2% après 60 ans²⁷.

²⁷ À partir de 80 ans, les données de la FMM comptent moins de 1000 personnes par tranche d'âge ce qui diminue fortement leur significativité.

Figure 17 : Part de la population avec au moins un contact avec un-e médecin généraliste selon l'âge



Source : FMM, AIM

On constate également que les femmes sont plus nombreuses à avoir eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste que les hommes et ce, tant à l'acte qu'au forfait (voir tableau 19).

Tableau 19 : Part de la population avec au moins un contact avec un-e médecin généraliste selon le sexe

	Homme	Femme
Maison médicale au forfait (FMM)	78,2%	85,2%
Médecine à l'acte	74,6%	83,3%

Source : FMM, AIM

A. Selon le fait d'être BIM

Analysons la part de personnes ayant eu au moins un contact avec le-la médecin généraliste selon le fait qu'elles soient BIM ou pas. Le graphique 18 analyse par tranche d'âge, la proportion de BIM, à l'acte et au forfait, ayant consulté au moins une fois un-e médecin généraliste. Différents constats apparaissent.

Tout d'abord, dans les maisons médicales au forfait, il n'y a pas de différences significatives entre les personnes BIM et non BIM ayant consulté au moins une fois un-e médecin généraliste. Par contre en pratique à l'acte, les personnes BIM sont plus nombreuses à avoir consulté au moins une fois un-e médecin généraliste que les personnes non BIM. L'écart est de plus de 6 points de pourcent pour les tranches d'âge de 5 à 64 ans.

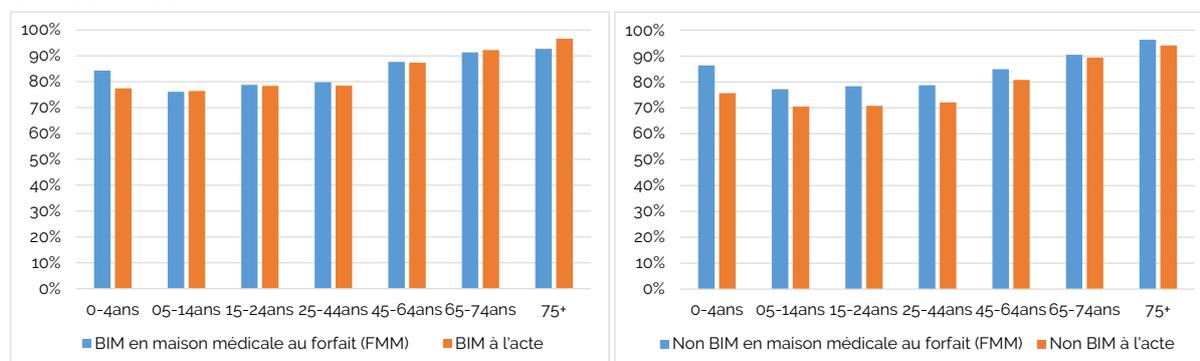
Ensuite, si on compare le comportement des personnes BIM au forfait et à l'acte, on constate peu de différences, excepté pour les deux tranches d'âges situées aux extrémités. Ainsi, pour la tranche d'âge 0 à 4 ans, les personnes BIM en maison médicale au forfait sont 84,3% à avoir consulté un-e médecin généraliste pour 77,4% à l'acte. Par contre, pour les 75 ans et plus, elles sont plus

nombreuses à avoir consulté un-e médecin généraliste à l'acte (96,6%) qu'au forfait (92,7%). Il est important de signaler l'introduction, en octobre 2015, du tiers-payant social généralisé chez le-la médecin généraliste qui est donc d'application en 2016. Il réduit fortement les barrières financières à l'accès aux soins chez le-la médecin généraliste pour les personnes BIM.

Il n'empêche que, même si on ne peut conclure à une part plus importante de BIM consultant le-la médecin généraliste en maison médicale au forfait, les personnes BIM sont massivement inscrites dans ces dernières. Cela signifie qu'elles y trouvent d'autres choses positives qu'uniquement la fréquence de consultation du-de la médecin généraliste. On peut également émettre l'hypothèse que les maisons médicales au forfait n'éliminent pas tous les obstacles à l'accès aux soins (par exemple, les problèmes de mobilité).

Enfin, on observe une différence importante de comportements entre les deux pratiques de médecine générale pour les personnes non BIM. Ces dernières sont plus nombreuses à avoir consulté un-e médecin généraliste au forfait qu'à l'acte et ce, pour toutes les tranches d'âge, même si l'écart entre les deux types de pratiques se réduit avec l'âge de la patientèle.

Figure 18 : Part de la population avec au moins un contact avec un-e médecin généraliste selon l'âge et le statut BIM



Source : AIM, FMM

Ces résultats concernant les personnes non BIM entre l'acte et forfait peuvent être dus à deux situations différentes. Elles ont trait, soit à une différence de l'état de santé entre la population non BIM de l'acte et du forfait, soit à une différence de l'accès aux soins pour les personnes non BIM entre l'acte et le forfait. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que le forfait attire des personnes non BIM avec une morbidité plus importante. Ce qui signifie que la patientèle non BIM au forfait a un état de santé moins bon que celle à l'acte et a donc plus besoin de consulter le-la médecin généraliste²⁸. Une seconde explication possible est que le forfait diminue voire élimine une série de barrières à l'accès aux soins pour les personnes non BIM (notamment les barrières financières). Cela signifie qu'il y aurait un report de soins de consultations chez le-la médecin généraliste en pratique à l'acte classique pour les personnes non BIM.

B. Analyse par commune

Enfin, une analyse par commune est également intéressante. La part de personnes ayant eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste est corrélée avec différents indicateurs communaux, mais de manière assez faible. Premièrement, elle est corrélée négativement à 31,4%

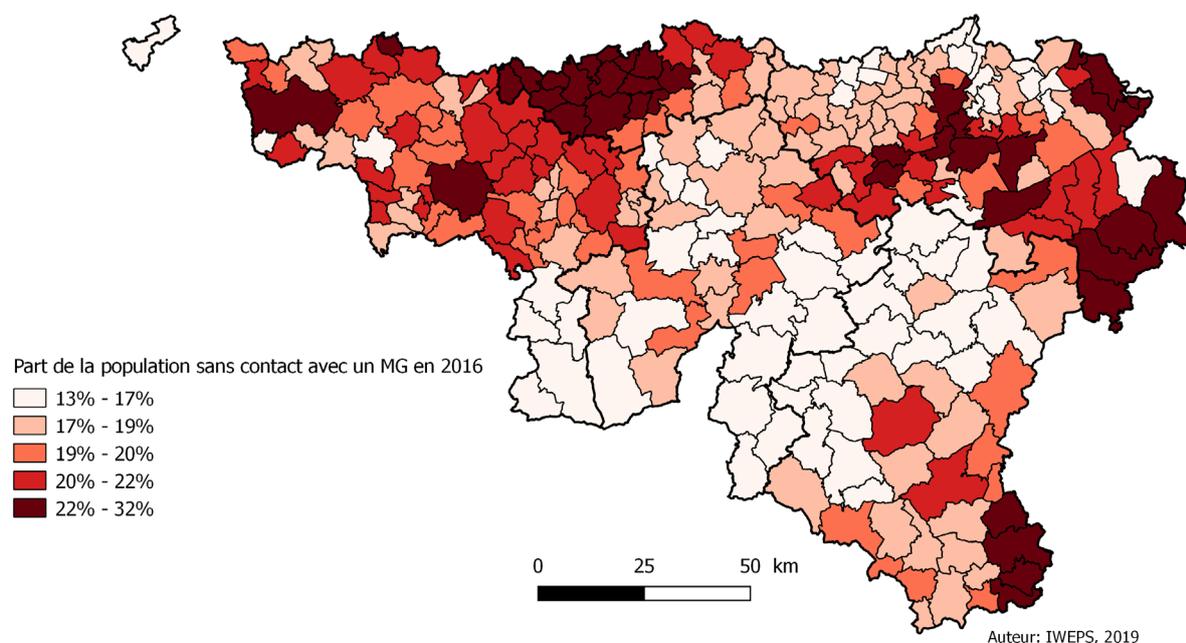
²⁸ Cela nous amène à suggérer une étude ultérieure approfondie sur la morbidité des personnes au forfait. Un premier indicateur de morbidité est la part plus importante de personnes invalides et handicapées dans la patientèle au forfait. Cependant, ces personnes sont souvent BIM. Or, les données ne nous permettent pas de constater une différence pour les personnes BIM entre l'acte et le forfait.

avec l'espérance de vie moyenne de la commune. Ensuite, elle est corrélée de manière faible (23,9%) à la densité de médecins généralistes. De plus, la part de personnes avec au moins un contact est faiblement corrélée avec les indices de défavorisation de la commune (-13,6% pour l'ISADF et -19,4% pour la part de BIM de la commune). Cela s'explique notamment par le fait que l'ISADF est un indicateur fortement corrélé à l'espérance de vie (-64,34%). Dans les communes où l'ISADF est faible, c'est-à-dire des communes favorisées, l'espérance de vie est plus élevée, les habitants sont donc en meilleure santé et ont moins besoin de consulter le/la médecin généraliste. Il y a peut-être également dans ces communes favorisées une partie des habitant·e·s qui consultent peu la première ligne, mais s'adressent directement à la seconde ligne (médecin spécialiste, etc.).

L'aspect rural ou non de la commune n'a pas d'impact sur la part de personnes avec au moins un contact.

La carte 19 montre la part de la population sans contact avec un·e médecin généraliste par commune en 2016 (c'est-à-dire l'exact inverse de la part de personnes avec au moins un contact). Cette dernière est fort élevée dans la province du Brabant Wallon, puis en province du Hainaut et de Liège (en communauté germanophone), et dans le sud de la province du Luxembourg.

Figure 19 : Part de la population sans contact avec un·e médecin généraliste en 2016 par commune



Source : FMM, AIM

Dans la plupart des communes (33 sur 41), il y a plus de personnes en maison médicale au forfait qui consultent au moins une fois un·e médecin généraliste que de personnes à l'acte.

5.4.2. Nombre de contacts moyens par type de pratique de médecine générale

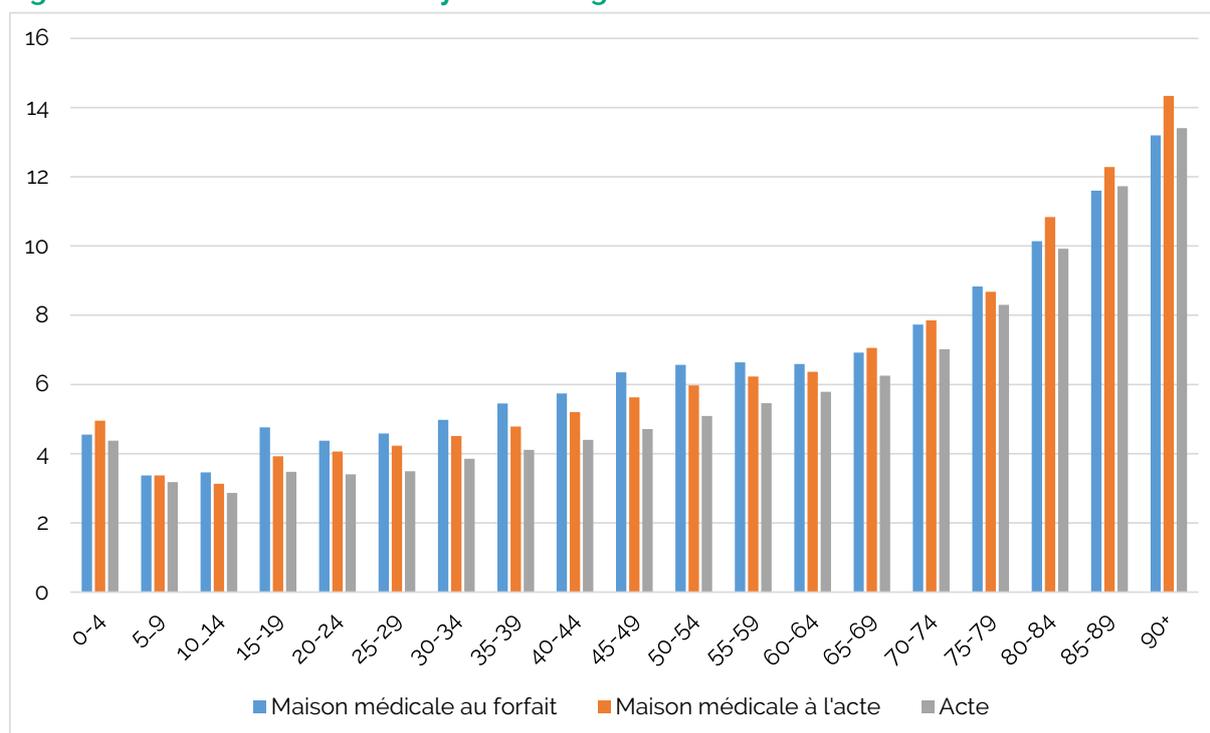
Nous nous intéressons à présent au nombre de contacts moyen annuel pour les personnes ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016. Ce nombre de contacts moyens est libellé selon différentes caractéristiques et pour trois pratiques de médecine générale : les maisons médicales au forfait, les maisons médicales à l'acte et les pratiques à l'acte classiques.

Pour la population qui a eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016, le nombre de contacts moyen se situe autour de 5 par an : 5,45 en maison médicale au forfait, 5,7 en maison médicale à l'acte et 5,22 en pratique à l'acte classique.

Ce nombre varie en fonction de l'âge. Excepté la catégorie 0-4 ans, le nombre de contacts augmente avec l'âge pour atteindre plus de 14 contacts par an pour les 95 et plus. Le groupe des 5-14 ans est celui qui consulte le moins (voir figure 20).

Une analyse par tranche d'âge permet de voir que, pour les tranches d'âge de 10 à 60 ans, il y a plus de consultations au forfait, puis en maison médicale à l'acte puis à l'acte. À partir de 60 ans, l'avantage du forfait diminue et les maisons médicales à l'acte prennent le dessus. La différence entre le nombre de contacts en maison médicale à l'acte et en pratique à l'acte est stable au cours de l'âge et est d'environ 0,7 contact supplémentaire par an en maison médicale à l'acte. La différence entre le forfait et l'acte augmente jusque 50 ans puis diminue. Cette évolution peut être en partie due au sous-encodage des actes en maison médicale au forfait qui est plus important pour les visites à domicile (or, ces dernières sont souvent effectuées pour des personnes âgées).

Figure 20 : Nombre de contacts moyen selon l'âge



Source : FMM, AIM

Lorsque nous analysons ce même indicateur selon le fait d'être BIM et réparti par tranche d'âge, nous arrivons sensiblement aux mêmes conclusions que pour la proportion de personnes avec au moins un contact. La figure 21 donne le nombre de contacts moyen selon le fait d'être BIM standardisé par tranche d'âge et par type de pratiques.

Dans les maisons médicales au forfait, les personnes BIM ont tendance à légèrement consulter plus souvent que les personnes non BIM (entre 0,25 et 1,8 contact supplémentaire par an selon la tranche d'âge). En maison médicale à l'acte et en pratique à l'acte classique, cette tendance s'observe aussi et dans des proportions plus importantes (entre 0,6 et 3,9 contacts supplémentaires en maison médicale à l'acte et entre 0,7 et 3,4 contacts supplémentaires en pratique classique).

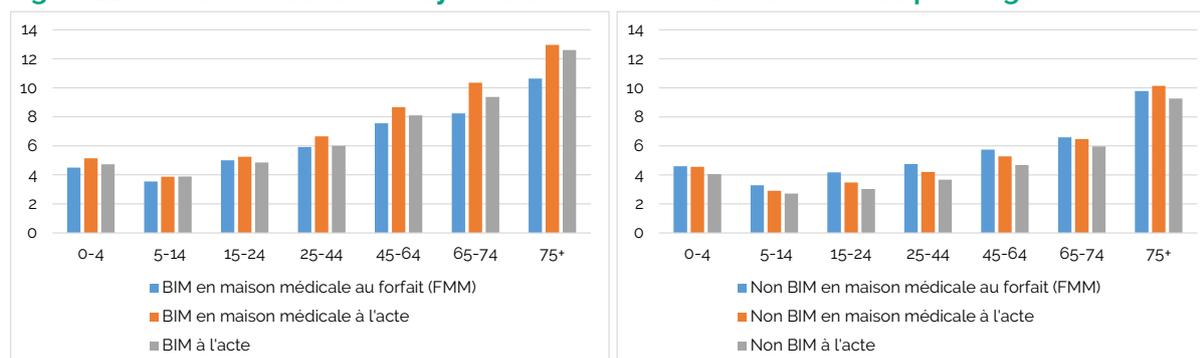
Si on compare les types de pratiques entre eux pour les personnes BIM, on constate que les maisons médicales à l'acte comptabilisent, pour toutes les tranches d'âge à l'exception des 5-14 ans, un nombre de contacts moyens plus importants que la pratique classique. Au vu des problèmes de sous-encodage des données pour les maisons médicales au forfait et du fait de leur structure d'âge

plus jeune²⁹, les données ne nous permettent pas de conclure qu'il y a une différence entre les maisons médicales au forfait et les deux autres pratiques.

En ce qui concerne les personnes non BIM, c'est en maison médicale au forfait que leur nombre de contacts annuel est le plus important, et ce, pour toutes les tranches d'âge excepté les plus de 75 ans. Le nombre de contacts en maison médicale à l'acte est également plus élevé qu'en pratique à l'acte classique.

On peut à nouveau avancer les deux hypothèses de morbidité plus élevée au forfait et de la diminution des barrières à l'accès aux soins dans les maisons médicales pour les personnes non BIM.

Figure 21 : Nombre de contacts moyen selon le fait d'être BIM standardisé pour l'âge



Source : FMM, AIM

De plus, les femmes consultent plus que les hommes et ce, peu importe la pratique, mais leur nombre de consultations est le plus important en maison médicale à l'acte.

Tableau 20 : Nombre de contacts moyens selon le sexe

	Maison médicale au forfait (FMM)	Maison médicale à l'acte	Pratique à l'acte classique
Homme	5	5,11	4,65
Femme	5,86	6,19	5,71

Source : FMM, AIM

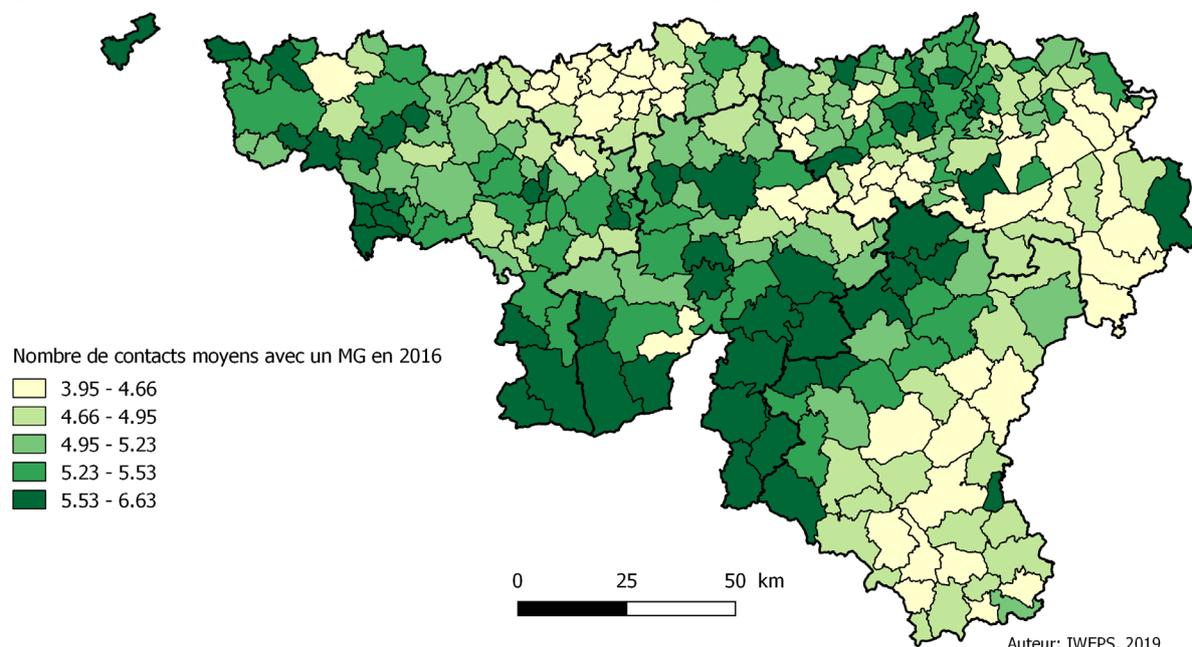
Enfin, il est intéressant d'analyser cet indicateur par commune. Tout d'abord, la corrélation la plus significative est avec l'espérance de vie de la commune, plus une commune a une espérance de vie élevée, plus le nombre de contacts moyen sera faible (-52,6%). Le nombre de contacts moyen augmente avec les indices de défavorisation de la commune et est plus fortement corrélé avec ces derniers que la part de personnes sans contact (57,6% pour l'ISADF et 24% pour la part de BIM de la commune). Au plus il y a une densité élevée de médecins généralistes, au plus le nombre de contacts moyen augmente également, mais la corrélation est assez faible (23,9%). Enfin, contrairement à la part de personnes sans contact, le nombre de contacts moyen est corrélé à la structure d'âge de la commune, il diminue dans les communes plus jeunes et augmente dans les communes plus âgées (corrélation de -20,7% avec la part de 20 ans et plus ; 30,3% avec la part de

²⁹ Car nous ne disposons pas de la classification en tranche d'âge de 5 ans pour cet indicateur et les tranches d'âge Wonca (0-4 ans ; 5-14 ans ; 15-24 ans ; 25-44 ans ; 45-64 ans ; 65-74 ans ; 75 ans et +) sont parfois trop grandes pour permettre de standardiser.

60 ans et plus ; 30% avec la part de 80 ans et plus). Le nombre de contacts moyen n'est pas corrélé à l'indice de ruralité de la commune.

La carte ci-dessous illustre le nombre de contacts moyen par commune en Région wallonne. Ce nombre est faible en province du Brabant wallon, dans le sud de la province du Luxembourg et une partie de la province de Liège.

Figure 22 : Nombre de contacts moyen avec un-e médecin généraliste en 2016 par commune



Source : FMM, AIM

5.4.3. Conclusion

La part de la population qui a consulté au moins une fois un-e médecin généraliste est plus importante au forfait qu'à l'acte, mais surtout, pour les personnes non BIM et les personnes de moins de 65 ans. Cette part de la population sans contact est assez faiblement corrélée au contexte communal. Le nombre de contacts moyen augmente avec l'âge et est le plus élevé en maison médicale à l'acte. Il est plus élevé pour les personnes non BIM en maison médicale au forfait. Il est fortement corrélé à l'espérance de vie et l'ISADF et faiblement corrélé à la densité de médecins généralistes et à la structure d'âge de la commune.

Cette analyse met en évidence l'existence de barrières à l'accès au médecin généraliste pour les personnes non BIM en pratique à l'acte classique. Ces barrières semblent beaucoup moins présentes pour les maisons médicales au forfait et dans une moindre mesure pour les maisons médicales à l'acte. De plus, une analyse de la morbidité de la patientèle selon le type de pratiques serait très intéressante, car notre analyse tend à montrer une morbidité plus importante des patient-e-s en maison médicale.

5.5. ANALYSE DES PATIENT·E·S EN MAISON MÉDICALE À L'ACTE À CHARLEROI ET À NAMUR

L'objectif de cette section est d'analyser de manière plus approfondie la patientèle en maison médicale à l'acte dans les villes de Namur et de Charleroi. Pour ce faire, nous inspirons de la méthodologie développée par le service d'études de Solidaris (BOUTSEN *et al.*, 2017b). Dans cette étude, les auteurs mesurent l'accessibilité aux soins des maisons médicales au forfait par la

proportion de BIM dans ces pratiques. Une standardisation pour prendre en compte le biais d'implantation des maisons médicales au forfait est réalisée. En effet, les maisons médicales au forfait sont plutôt implantées dans les quartiers paupérisés des villes. Pour supprimer ce biais d'implantation, une analyse au sein de chaque quartier statistique des trois villes analysées (Gand, Bruxelles et Liège) est réalisée en comparant la proportion de patient·e·s BIM du quartier statistique inscrite dans des maisons médicales au forfait à la proportion de patient·e·s BIM dans la population totale du quartier statistique.

Pour la seule ville wallonne analysée, Liège, 75 quartiers statistiques sur 154 ont été pris en compte dans l'analyse, car ils comportaient au moins 30 affiliés à Solidaris abonnés au forfait. Il ressort que 85,3% des quartiers statistiques connaissent une proportion plus élevée de patient·e·s BIM au forfait que celle du quartier statistique. Le cas contraire est avéré dans 2,7% des quartiers statistiques.

Cela signifie qu'au-delà du lieu d'implantation des maisons médicales au forfait, elles recrutent significativement plus de BIM que la moyenne observée dans le quartier statistique.

Nous avons voulu reproduire cette méthodologie pour analyser la patientèle des maisons médicales à l'acte, c'est-à-dire, les associations de santé intégrée fonctionnant à l'acte. Nous nous concentrons sur deux villes wallonnes où il y a une assez importante concentration de maisons médicales à l'acte, Charleroi (5 maisons médicales à l'acte en 2016) et Namur (trois maisons médicales à l'acte en 2016). Les données sont celles de l'année 2016.

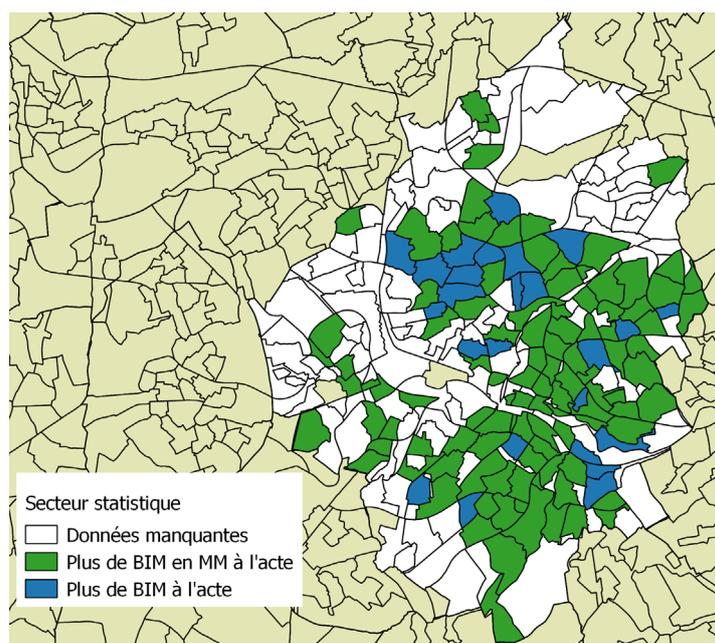
A Charleroi, le tableau et la figure suivants montrent les résultats. Pour 160 quartiers statistiques, soit 29,3% des habitants, les données sont manquantes (c'est-à-dire qu'il y a trop peu de patient·e·s en maison médicale à l'acte dans ces quartiers statistiques). Dans la majorité des quartiers statistiques restants, soit 106, représentant la majorité de la population carolo, soit 57,5% des habitant·e·s, la proportion de BIM en maison médicale à l'acte est plus importante que celle en pratique à l'acte classique. Le cas contraire est avéré dans 25 quartiers statistiques représentant 13,2% de la population carolo.

Tableau 21 : Analyse de la proportion de BIM en maison médicale à l'acte à Charleroi

Charleroi	Nombre de secteurs statistiques	En % des secteurs statistiques	Nombre d'habitants	En % du nombre d'habitants
Données manquantes	160	55,0%	59 220	29,3%
Plus de BIM en maison médicale à l'acte	106	36,4%	116 231	57,5%
Plus de BIM en pratique à l'acte classique	25	8,6%	26 731	13,2%
Total	291	100%	202 182	100%

Source : AIM

Figure 23 : Proportion de BIM par secteur statistique à Charleroi



Source : AIM

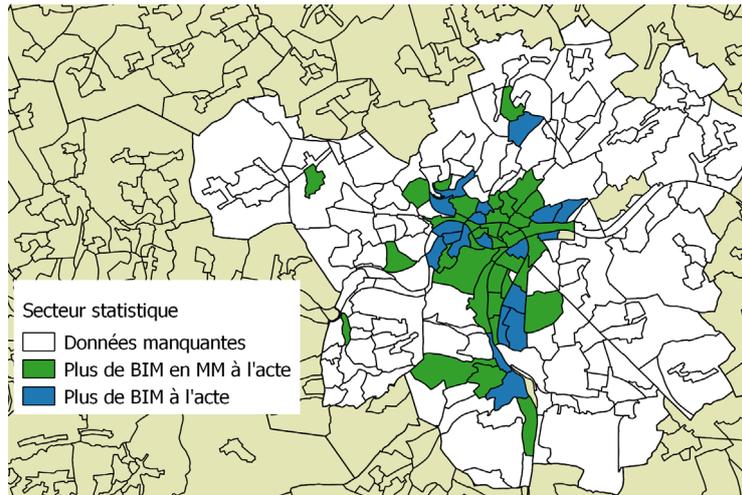
À Namur, les résultats sont les suivants (tableau 22 et figure 24). De nombreux quartiers statistiques ont trop peu de patient·es en maison médicale à l'acte rendant l'analyse impossible. Pour les quartiers statistiques pour lesquels des données sont disponibles, 37 d'entre eux représentant 37,5% des habitant·es namurois·es connaissent une proportion plus importante de BIM dans les maisons médicales à l'acte. 20 quartiers statistiques représentant 18,3% des habitant·es connaissent la situation contraire.

Tableau 22 : Analyse de la proportion de BIM en maison médicale à l'acte à Namur

Namur	Nombre de secteurs statistiques	En % des secteurs statistiques	Nombre d'habitants	En % du nombre d'habitants
Données manquantes	151	72,6%	48 930	44,2%
Plus de BIM en MM à l'acte	37	17,8%	41 506	37,5%
Plus de BIM en pratique à l'acte classique	20	9,6%	20 196	18,3%
TOTAL	208	100,0%	110 632	100,0%

Source : AIM

Figure 24 Proportion de BIM par secteur statistique à Namur



Source : AIM

Nous constatons que la proportion de quartiers statistiques avec une part plus importante de BIM en maison médicale à l'acte qu'en pratique classique est nettement plus élevée que le cas contraire. Cette proportion est plus importante à Charleroi qu'à Namur. Le fait que les maisons médicales à l'acte aient une patientèle plus précaire ne s'explique donc pas uniquement par leur lieu d'implantation. Elles recrutent en général plus de BIM que la proportion de BIM existante dans les lieux où elles sont implantées, et ce, de manière moins importante que les maisons médicales au forfait (BOUTSEN et al., 2017b).

5.6. ANALYSE DES PERSONNES EXCLUES MÉTHODOLOGIQUEMENT DE LA PATIENTÈLE AU FORFAIT

5.6.1. Les personnes exclues de la patientèle au forfait dans les données de l'AIM

Nous avons exclu de notre analyse toutes les personnes qui se sont vues facturer, au cours de l'année 2016, entre un et neuf forfaits mensuels « maison médicale ». Cela correspond à 17 610 personnes. Comme ces personnes ont, en 2016, en même temps été en maison médicale au forfait et, en même temps, été dans un autre type de pratique de médecine générale, il n'était pas possible de les catégoriser clairement dans un type de pratique. C'est pourquoi ces personnes ont été exclues de l'analyse.

Cependant, cette section vise à caractériser ces personnes, et ce, parce que ces dernières risquent d'avoir un profil spécifique.

Nous avons séparé les profils exclus en trois groupes différents. Le premier groupe, qui est le plus important, concerne 11 941 personnes (soit 67,8% des exclus). Il reprend toutes les personnes qui ont reçu un premier forfait mensuel « maison médicale » au cours de l'année et qui n'ont pas connu d'interruption de ce dernier. Autrement dit, ce sont des personnes qui se sont inscrites en maison médicale au forfait en 2016 et qui, au 31/12/2016, étaient toujours inscrites. Un deuxième groupe de personnes concerne celles qui se sont désinscrites d'une maison médicale. Ce sont donc les personnes qui étaient inscrites en maison médicale au forfait au 1/01/2016 puis se sont désinscrites en cours d'année. Ce groupe représente 26,7% des exclus ou 4 695 personnes. Enfin, un dernier groupe reprend toutes les personnes qui sont inscrites en maison médicale au forfait au 1/01/2016 et au 31/12/2016, mais ont connu une période d'interruption. Ce groupe concerne 974 personnes ou 5,53% des exclus.

Tableau 23 : Composition des personnes ayant reçu entre 1 et 9 forfaits « maison médicale »

	En nombre	En %
Personnes exclues, car entre 1 et 9 forfaits mensuels en 2016	17 610	100%
Personnes exclues n'ayant connu aucune interruption	16 636	94,47%
Dont les personnes désinscrites en 2016	4 695	26,7%
Dont les personnes inscrites en 2016	11 941	67,8%
Personnes exclues ayant connu une interruption	974	5,53%

Source : AIM

A. Les personnes qui ont connu une interruption

Attardons-nous d'abord sur le dernier groupe de personnes reprenant des personnes ayant reçu entre un et neuf forfaits mensuels et ayant connu une interruption de ce forfait en cours d'année. En analysant leur profil, on constate que ce sont proportionnellement beaucoup de personnes BIM (56,47% pour 42,6% de BIM dans les maisons médicales au forfait). Ce sont également légèrement plus de femmes (52,26% pour 51,06% dans les maisons médicales au forfait). Les catégories d'assuré·es invalides et affilié·es Registre National sont surreprésentées dans ce groupe (17% et 18,7%, pour respectivement 11,7% et 10,6%). En termes d'âge, les tranches 0-4 ans et 15-44 ans sont surreprésentées. Enfin, au niveau de la localisation de ces personnes, elles se situent de manière plus importante que les maisons médicales au forfait, en province du Hainaut, de Namur et du Luxembourg.

Ce groupe de personnes comprend principalement deux catégories de personnes. D'une part, ce sont des personnes qui, en raison d'une longue hospitalisation (au minimum un mois), connaissent une interruption du forfait, car elles sont hospitalisées. Ces longues hospitalisations sont sans doute en majorité liées à des problèmes d'ordre psychiatrique. D'autre part, ce sont des personnes qui connaissent des soucis liés à la facturation du forfait entre la mutuelle et la maison médicale (soit lié à un changement de mutuelle, un retard de facturation de la maison médicale, etc.). Il est important de noter que les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle en cours d'année seront désinscrites seulement au 1^{er} janvier de l'année suivante et peuvent être réinscrites rétrospectivement. Ces dernières ne sont donc pas dans les personnes ayant connu une interruption du forfait en cours d'année.

B. Les personnes sans interruption

Ce groupe de personnes reprend les personnes qui se sont inscrites ou désinscrites d'une maison médicale en 2016. Logiquement, les enfants 0 à 4 ans sont surreprésentés, on observe également proportionnellement plus de personnes entre 25 et 44 ans et moins entre 45 et 64 ans (probablement dû au fait que les personnes déménagent plus souvent dans ces tranches d'âge). Ces personnes sont également plus souvent BIM (46,81%) que la patientèle au forfait (42,6%). Elles ont aussi moins souvent le statut d'actif et plus souvent celui d'affilié Registre National. On ne constate pas de différences substantielles entre provinces.

5.6.2. Les personnes non suivies au forfait dans les données de la FMM

Nous avons exclu de l'échantillon FMM de la patientèle en maison médicale au forfait les personnes qui sont suivies par ces maisons médicales, mais n'y étaient pas inscrites au forfait. Cela représente

3 091 personnes dont 2 222 étaient inscrites pour l'année complète en 2016. Ces personnes sont donc des personnes prises en charge par les maisons médicales au forfait, mais non inscrites au forfait.

7 ASI concentrent plus de la moitié de ces patient·e·s non inscrit·e·s. Ces dernier·e·s sont nombreux·ses à ne pas être en ordre de mutuelle (33,6%). Pour plus d'un tiers, on ne connaît pas leur statut BIM. Pour celles et ceux dont on connaît le statut BIM, 32,8% le sont. Les personnes de moins de 44 ans sont également surreprésentées dans cette population non inscrite. Ces personnes sont moins nombreuses à avoir eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste en 2016 (44% versus 71% dans l'échantillon maison médicale au forfait de la FMM) et leur nombre de contacts moyen avec un·e médecin généraliste est également moins élevé (4,74 versus 5,45).

En contactant différentes maisons médicales qui ont un nombre important de patient·e·s non inscrit·e·s au forfait, nous constatons que ces personnes sont des personnes bénéficiant de l'AMU (aide médicale urgente), des personnes accueillies en ILA (initiatives locales d'accueil), des personnes en maison d'accueil ou encore des personnes non en ordre de mutuelle, mais reçues via une collaboration avec les relais santé.

5.7. CONCLUSION

Cette analyse quantitative de la patientèle selon le type de pratique de médecine générale révèle plusieurs éléments.

Tout d'abord, en ce qui concerne la caractérisation de la patientèle, cette dernière est plus jeune au forfait. Au forfait, la patientèle est également plus fortement précarisée (au vu des différents indicateurs) qu'à l'acte. La patientèle en maison médicale à l'acte est également plus précaire, mais se rapproche plus, selon certains indicateurs, de la patientèle à l'acte que de celle au forfait. Cette précarité de la patientèle s'explique notamment par le contexte communal nettement plus défavorisé pour les maisons médicales au forfait et de manière moins importante pour les maisons médicales à l'acte. Cependant, ce contexte communal n'explique pas tout. En effet, lorsqu'on corrige le biais d'implantation des maisons médicales, celles au forfait recrutent systématiquement plus de BIM tandis que les maisons médicales à l'acte, pour Charleroi et Namur, recrutent également en majorité plus de BIM que la pratique à l'acte classique.

Toujours en ce qui concerne la localisation de la patientèle, la patientèle en maison médicale au forfait est principalement située en province de Liège et du Hainaut tandis que la patientèle en maison médicale à l'acte est principalement située en province de Namur et du Hainaut.

Ensuite, lorsqu'on se penche sur le comportement de la patientèle, on constate, de manière générale, que tant la part de la population ayant eu au moins un contact avec un·e médecin généraliste que le nombre de contacts moyen augmentent avec l'âge et est plus important chez les femmes. Les maisons médicales au forfait se distinguent par un nombre de contacts moyen et une part de la population ayant eu au moins un contact significativement plus élevé chez les non BIM que les deux autres types de pratique, et ce, peu importe la classe d'âge. Cela tend à illustrer une morbidité plus importante de la patientèle au forfait ainsi que des barrières à l'accès aux soins pour les personnes non BIM qui consultent en pratique à l'acte classique. Le nombre de contacts moyen en maison médicale à l'acte est plus élevé qu'en pratique à l'acte classique et ce, peu importe la tranche d'âge ou le statut BIM.

Le nombre de contacts moyen dépend en partie du contexte communal. Il est négativement corrélé à l'espérance de vie de la commune, positivement corrélé à l'indice de défavorisation de la commune et à la structure d'âge de la population.

Enfin, il faut également noter que deux catégories de personnes ont été exclues de la patientèle en maison médicale au forfait. D'une part, les personnes exclues des données AIM, car bénéficiant d'entre 1 et 9 forfaits mensuels sont des personnes encore plus précarisées que la patientèle au forfait. D'autre part, les personnes suivies à l'acte par des maisons médicales affiliées à la FMM sont aussi des personnes avec des profils de précarité spécifiques (personne en séjour irrégulier, demandeurs d'asile ou personnes sans domicile fixe).

Il est finalement important de citer les différentes limites de notre analyse. Tout d'abord, le fait que nous n'avons aucune donnée sur la morbidité de la patientèle ainsi que sur les caractéristiques des médecins généralistes limite la portée de l'analyse. Ensuite, la pratique à l'acte classique regroupe en fait différents types de pratiques (pratique de groupe monodisciplinaire, voire multidisciplinaire, pratique en solo, etc.) que nous n'avons pas pu analyser cette fois-ci. De plus, il se peut que le nombre de contacts en maison médicale au forfait soit sous-estimé du fait que l'enregistrement des contacts dans ce modèle ne soit pas lié au financement de ces pratiques contrairement aux pratiques à l'acte. Enfin, nous n'avons pu explorer les différences quant au contenu et à la forme de contact, notamment la durée, entre le forfait d'une part et l'acte d'autre part. Nous nous sommes restreints à une analyse quantitative.

Au regard de cette analyse, nous pouvons conclure que les maisons médicales à l'acte représentent des pratiques spécifiques ayant certains traits des maisons médicales au forfait. En corrigeant leur biais d'implantation, elles recrutent dans la majorité des secteurs statistiques plus de BIM que la pratique à l'acte même si cette différence est moins importante que pour les maisons médicales au forfait. Le nombre de contacts moyen avec un-e médecin généraliste est également plus élevé en maison médicale à l'acte qu'en pratique classique ce qui tend à révéler un accès aux soins facilité ou une plus grande morbidité de la patientèle.

Il est donc intéressant de se pencher sur les maisons médicales, qu'elles soient à l'acte ou au forfait, de manière plus qualitative afin de mieux comprendre comment ces dernières favorisent un meilleur accès aux soins pour les personnes précaires. C'est l'objet de la dernière partie de cette évaluation.

6. Volet qualitatif

6.1. INTRODUCTION

Ce volet de l'évaluation a pour but de répondre à la question suivante : « Quels sont les différents mécanismes mis en place par les maisons médicales qui ont un impact sur l'accès aux soins de première ligne des publics précaires en Région wallonne ? ». Nous précisons dans un premier temps cette question de recherche en expliquant la conceptualisation de l'accès aux soins de première ligne sur laquelle nous nous appuyons, en explicitant les hypothèses de recherche et en présentant les limites de notre analyse. Dans un second temps, nous faisons part des résultats des études de cas réalisées : d'une part, en caractérisant chacune des maisons médicales ayant fait l'objet d'une étude de cas ainsi qu'en caractérisant les patient·e·s interviewé·e·s et d'autre part, en présentant les résultats pour chacune des dimensions de l'accès aux soins.

6.2. PRÉCISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

6.2.1. Conceptualisation de l'accès aux soins de santé primaire

L'accès aux soins est un terme polysémique et multidimensionnel utilisé par beaucoup, mais peu s'attardent à le définir. Notre approche se base sur différents auteurs (Guagliardo, 2004 ; Penchansky & Thomas, 1981 ; Levesque, 2013) qui ont conceptualisé les différentes dimensions de l'accès aux soins.

Nous nous intéressons tant aux dimensions spatiales qu'aux dimensions a-spatiales de l'accès aux soins et nous nous ne penchons pas seulement sur l'accès potentiel, mais aussi sur l'accès effectif.

Penchansky & Thomas (1981) sont les premiers à avoir conceptualisé les différentes dimensions qui composent l'accès aux soins. Ils en distinguent cinq.

Les deux premières dimensions sont des dimensions spatiales de l'accès aux soins.

1. **La disponibilité de l'offre** désigne la quantité et la localisation des points d'offre par rapport à la demande (Lucas *et al.*, 2016). Elle fait donc référence à la quantité de professionnel·le·s de santé de première ligne et à leur distribution géographique.
2. **L'accessibilité physique** à cette offre désigne la capacité de déplacement entre la localisation du·de la patient·e et les points d'offre (Lucas *et al.*, 2016). Elle comprend le temps de déplacement, le coût du déplacement et la distance de déplacement pour accéder aux soins de santé.

Les trois dernières dimensions sont des dimensions a-spatiales.

3. **La commodité** désigne la relation entre la façon dont sont organisés les soins et la capacité du·de la patient·e de le comprendre et de s'en accommoder. Elle comprend notamment les heures d'ouverture, la façon de prendre un rendez-vous, etc.
4. **L'accessibilité financière**, c'est-à-dire la relation entre le coût des soins de santé et ce que les personnes peuvent prendre en charge.
5. **L'acceptabilité** est liée aux caractéristiques sociales et culturelles du·de la patient·e et à ses attitudes à l'égard de la santé et du système de santé, ainsi qu'à celles des professionnel·le·s de soins et des structures de soins.

Levesque *et al.* (2013) rajoutent deux dimensions, une en amont et une en aval. En amont, l' « **approachability** » désigne la capacité pour un·e patient·e de détecter qu'il a un problème de santé et d'identifier qu'il existe un service de santé qui est disponible et qui peut l'aider. En aval, l' «

appropriateness » désigne la qualité des soins pour le-la patient-e et leur appropriation avec son problème de santé (coordination et continuité des soins). Nous nommerons cette dernière dimension « **pertinence et qualité des soins** ».

Notre concept d'accès aux soins effectif se compose donc de sept dimensions.

6.2.2. Ouvrir la « boîte noire » de la maison médicale

Après avoir défini l'accès aux soins de santé, il est donc nécessaire de conceptualiser de manière plus précise ce qu'est une maison médicale. Pour ce faire, de nombreux acteurs de terrain ont été consultés³⁰ afin de mieux comprendre ce qui fait la spécificité d'une maison médicale. Nous avons finalement opté pour sept activités principales qui définissent une maison médicale. Elles sont reprises dans le tableau 24. Pour chacune d'entre elles, différentes dimensions composent l'activité. Nous avons également repris dans ce tableau les critères ASI qui influencent les activités de la maison médicale.

Ainsi, une première activité se compose des caractéristiques des professionnel-le-s de la maison médicale. Nous les avons regroupées en trois dimensions : la sensibilité à la précarité, la mixité en termes de genre et en termes d'origine socioculturelle.

La deuxième activité est l'équipe interdisciplinaire. Cette activité peut se concrétiser de différentes manières selon la maison médicale et est composée de quatre dimensions : la pratique de groupe (c'est le cas pour toutes les maisons médicales), la manière dont l'équipe se coordonne, la composition de l'équipe en termes de disciplines et le fait de fonctionner ou non en autogestion.

Ensuite vient la troisième activité de la maison médicale qui consiste en la manière dont cette dernière organise les consultations. Cela comprend l'amplitude des heures d'ouverture et de consultation, l'organisation des consultations (avec ou sans rendez-vous), les visites à domicile, la manière de prendre contact avec la maison médicale et le temps accordé à chaque consultation.

Le réseau et les partenariats que met en place la maison médicale constituent la quatrième activité. Elle désigne tant les partenariats formels avec d'autres structures que l'implication de la maison médicale ou de certains professionnel-le-s dans le réseau local.

Ensuite, les activités non curatives regroupent d'une part, les activités de prévention et d'autre part, les activités de santé communautaire³¹.

La sixième activité est la stratégie financière pour assurer l'accès aux soins qui se traduit de manière différente dans chaque maison médicale. Elle est également fortement dépendante du fait que la maison médicale fonctionne à l'acte ou au forfait. Différentes dimensions la composent : la gratuité des consultations (que ce soit à l'acte ou au forfait), l'application du tiers-payant social³² et du tiers-payant généralisé (pour l'acte), la présence de professionnel-le-s de santé conventionné-e-s, la manière de prescrire les médicaments et enfin, le fait de ne pas exclure des patient-e-s pour des raisons financières.

Enfin, la dernière activité de la maison médicale est la fonction d'accueil.

³⁰ La FMM, l'AVIQ, Solidaris, et plusieurs professionnel-le-s de santé travaillant en maison médicale.

³¹ L'action communautaire en santé repose sur une conception globale et positive de la santé, telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa. Cette stratégie vise le changement social et contribue à développer le droit à la santé pour tous ; elle se caractérise par une base collective et un processus participatif entre tous les acteurs concernés.

³² Le tiers-payant social, entré en vigueur au 1^{er} octobre 2015, oblige tous les médecins généralistes à appliquer le tiers-payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

Pour être une maison médicale agréée par la Région wallonne, différents critères doivent être respectés. Ces derniers ont un impact sur les activités de la maison médicale. Le tableau suivant reprend pour chacune des activités de la maison médicale, les éventuels critères ASI les influençant. Ainsi, les critères ASI portent sur l'équipe interdisciplinaire en obligeant un nombre de disciplines différentes minimum, une coordination de l'équipe et la composition de l'assemblée générale. Le fait d'être ASI implique une amplitude horaire importante et une fonction d'accueil. De plus, les ASI doivent assurer des fonctions non curatives et établir des partenariats. Enfin, concernant l'accessibilité financière, les professionnel·le·s de santé doivent être conventionné·e·s et l'ASI ne peut exclure de patient·e·s pour des raisons financières.

Certaines activités des ASI sont également spécifiquement subsidiées. Il s'agit de la fonction d'accueil, des activités en santé communautaire, de la coordination de l'équipe, de l'établissement de partenariats spécifiques, de la collecte de données épidémiologiques et du fait de fonctionner au forfait (plus de détails dans la troisième partie de ce rapport).

Tableau 24 : Les activités de la maison médicale et les critères pour être ASI

Activités de la maison médicale	Critères pour être ASI
A. Les caractéristiques des professionnel·le·s	-
Sensibilité à la précarité	-
La mixité en termes de genre	-
La mixité en termes d'origine socioculturelle	-
B. L'équipe interdisciplinaire	
Pratique de groupe	Obligatoire
Multidisciplinarité	Au minimum deux médecins généralistes, un·e kinésithérapeute, un·e infirmier·ère, un service d'accueil et de secrétariat et une convention de collaboration avec des travailleurs sociaux et des psychothérapeutes
Coordination de l'équipe	Intégration des différentes disciplines dans un travail d'équipe et coordination au moyen de réunions d'équipe régulières avec tous les membres de l'équipe et les personnes liées par une convention
Autogestion	L'assemblée générale doit être composée majoritairement de membres de l'équipe
C. Organisation des consultations	
Amplitude des heures d'ouverture	Ouverture minimum 10h par jour du lundi au vendredi
Avec ou sans rendez-vous	-
Manière de contacter la maison médicale	-
Visites à domicile	-
Temps accordé à une consultation	-

D. Réseaux et partenariats	Articuler l'approche interdisciplinaire avec le réseau ; collaboration avec les centres régionaux pour l'intégration de personnes étrangères ou d'origine étrangère ; conventions de collaboration entre institutions
E. Activités non curatives	
Activités de prévention	Assurer des fonctions préventives dans le cadre des soins de santé primaires
Activités en santé communautaire	Assurer une fonction de santé communautaire : activités organisées pour la population prise en charge par l'ASI et la population du territoire de l'ASI qui ont pour but de faire participer la population à son état de santé
F. Stratégie financière pour assurer l'accès aux soins	L'ASI peut fonctionner à l'acte ou au forfait
Gratuité des consultations	
Application du tiers-payant social	Obligatoire
Application du tiers-payant généralisée	
Professionnel.le-s de santé conventionné.e-s	Obligatoire
S'engager à ne pas exclure de patient.e-s pour raisons financières	Obligatoire
Prescription des médicaments	
G. Accueil	Qualité et permanence continue de l'accueil pendant les heures d'ouverture

6.2.3. Hypothèses de recherche et méthodologie

Nous avons donc défini d'un côté, les différentes dimensions de l'accès aux soins et de l'autre, les différentes activités de la maison médicale. L'objectif de ce volet de l'évaluation est donc bien de comprendre, comme l'explique le graphique ci-dessous, comment les activités de la maison médicale (la cause), via différents mécanismes, ont un impact sur une des sept dimensions de l'accès aux soins. Cette relation peut dépendre fortement ou non du contexte dans lequel elle agit. Cette méthodologie de recherche s'inspire de l'analyse de contribution (Mayne, 2015) et du *process tracing* (Beach, 2019).



Source : IWEPS, 2019

Nous avons élaboré différentes hypothèses de recherche qui désignent les mécanismes possibles du schéma ci-dessus. Une même activité de la maison médicale peut avoir un impact sur différentes dimensions de l'accès aux soins en déclenchant différents mécanismes. Par exemple, le fait que la

maison médicale soit une pratique de groupe (activité de la maison médicale) augmente l'offre disponible de médecins généralistes (impact sur une dimension de l'accès aux soins), car la pratique de groupe permet un meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle (mécanisme).

Ces hypothèses sont reprises en annexe 8. Elles sont regroupées d'abord par dimension de l'accès aux soins et ensuite, à l'intérieure de celles-ci, par activité de la maison médicale.

Pour répondre à ces hypothèses de recherche, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas. (Yin, 2009 ; Albarello, 2011), car elle nous paraissait être la plus appropriée. En effet, comme toute approche qualitative, elle n'a pas pour but de produire des résultats chiffrés, mais ambitionne de décrire et d'expliquer certains phénomènes. C'est une méthode appropriée à l'évaluation de politiques publiques qui entend éclairer le pourquoi et le comment. C'est ce que nous recherchons dans ce volet de l'évaluation.

L'étude de cas peut être unique ou multiple. Nous nous situons dans le second cas de figure puisque nous avons sélectionné quatre maisons médicales. Ces dernières ont été choisies grâce à la typologie exploratoire (voir partie 2 de ce rapport) qui a résulté en l'identification de trois groupes de maisons médicales. En identifiant les maisons médicales qui avaient des positions centrales au sein des clusters, nous avons sélectionné une maison médicale représentative du cluster A, une autre pour le cluster C et deux maisons médicales ont été sélectionnées pour le cluster B. En effet, les deux maisons médicales des clusters A et C fonctionnent au forfait, la première étant agréée et affiliée à la FMM et la seconde pas. Il nous semblait dès lors important, au sein du cluster B rassemblant la majorité des maisons médicales fonctionnant à l'acte, d'également choisir une maison médicale affiliée à la FMM et l'autre pas.

L'étude de cas nécessite de récolter le plus possible de matériau provenant de techniques de récolte de données différentes. Nous explicitons ci-dessous les différentes données récoltées pour chaque étude de cas.

Données récoltées

Concernant la récolte de données, nous avons procédé de manière similaire pour chaque étude de cas afin de permettre une analyse transversale des résultats.

Nous avons d'abord réalisé un entretien exploratoire avec le/la gestionnaire de la maison médicale afin de comprendre son fonctionnement et ses caractéristiques (dans un cas avec un·e médecin généraliste).

Ensuite, nous avons réalisé un focus group avec les professionnel·le·s de la maison médicale : au minimum une personne par discipline de la maison médicale y était présente. Deux questions principales y ont été abordées :

- Quels sont, selon vous, les processus et actions que la maison médicale met en place qui améliorent l'accès aux soins de santé pour les publics précarisés ?
- Qu'est-ce qui vous a amené, en tant que professionnel·le de santé, à travailler dans une maison médicale ? Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients ?

De plus, nous avons interviewé entre six et huit patient·e·s de la maison médicale selon la méthode d'entretien semi-directif. Les patient·e·s interviewé·e·s ont, soit, été sélectionné·e·s sur proposition de l'équipe de la maison médicale, soit directement en salle d'attente. Nous avons également réalisé deux entretiens semi-directifs avec des patientes en situation de précarité et suivies par un·e médecin généraliste en pratique solo. Ces deux patientes ont été contactées par l'intermédiaire d'un relais santé.

Enfin, nous avons eu recours à de l'observation directe pour observer l'accueil de la maison médicale d'une part et ce, dans toutes les maisons médicales, et d'autre part, lors d'une activité de santé communautaire organisée par une maison médicale.

6.2.4. Limites de l'analyse

Avant de rendre compte des résultats de l'analyse, il nous semble important de clarifier ces diverses limites.

Tout d'abord, la méthodologie de récolte de données présente certaines limites. Elle nous a amené à interviewer proportionnellement beaucoup de patient·e·s qui sont souvent en contact avec la maison médicale et qui sont donc plutôt de grands consommateurs de soins. De plus, les patient·e·s qui ont été abordé·e·s directement en salle d'attente étaient souvent moins disposé·e·s à accorder plus de temps à l'entretien ce qui a rendu l'information récoltée pour ces dernière·s plus limitée.

Ensuite, certains mécanismes sont difficiles à prouver de manière purement qualitative sans une analyse quantitative de la consommation de soins des patient·e·s. Il s'agit notamment de l'impact des activités de prévention sur l'accès financier et la qualité des soins ainsi que l'impact de l'organisation des rendez-vous sur la consommation de la deuxième ligne de soins. Cela nous amène à suggérer une future étude comparant, plus en profondeur, la consommation de soins et les pratiques de prévention selon le type de pratique de médecine générale.

De plus, le choix de nos études de cas s'est dirigé uniquement vers des maisons médicales afin de pouvoir avoir une diversité de pratiques de maisons médicales. Ce choix nous a obligé à limiter nos entretiens avec d'autres types de pratiques (médecin généraliste solo, pratique de groupe à l'acte, mais non agréée), faute de temps. Cependant, un nombre important de patient·e·s en maison médicale avait connu d'autres types de pratiques avant et ont pu donc donner leur point de vue. Cela a pour effet de parfois limiter notre analyse au constat qu'une certaine activité a un impact sur l'accès aux soins sans pouvoir affirmer que cette activité est la spécificité des maisons médicales. Autrement dit, il va de soi que certaines activités mentionnées ci-dessous peuvent également être mises en place par d'autres pratiques de première ligne.

Enfin, nous aurions aimé pouvoir visiter plus de maisons médicales non affiliées pour avoir un aperçu plus global de ce type de maison médicale. Cela n'a pas été possible, car elles étaient plus compliquées à contacter et que le temps disponible était limité.

6.3. RÉSULTATS DES ÉTUDES DE CAS

Avant d'aborder les résultats de l'étude de cas pour chacune des dimensions de l'accès aux soins, nous caractérisons chacune des maisons médicales qui a fait l'objet d'une étude de cas. Ensuite, nous nous attardons également sur les caractéristiques des patient·e·s qui ont été interviewé·e·s via des entretiens semi-directifs.

6.3.1. Caractérisation des maisons médicales

Le tableau suivant reprend les caractéristiques des quatre maisons médicales. Ces dernières sont ensuite décrites à l'aube des sept activités définies ci-dessus.

Tableau 25 : Caractéristiques des quatre maisons médicales sélectionnées

Caractéristiques contextuelles	Cluster A	Cluster B FMM	Cluster B non affiliée	Cluster C
ASI	Oui	Oui	Oui	Non
FEADER	Non	Oui	Non	Non
Forfait	Oui	Non	Non	Oui
FMM	Oui	Oui	Non	Non
Nombre de patients inscrits	3 250	1 787	2 866	5 999
Nombre d'ETP	14,77	7,85	6,5	25
Année de création de la maison médicale	1992	2015	1981	2006
Statut juridique	Asbl	Asbl	Asbl	Sprl
%BIM de la maison médicale	53,1%	18%	18,5%	61,1%
% BIM de la commune	33,1%	18,3%	14,6%	35,9%
Ruralité de la commune	Urbain	Rural	Semi-rural	Urbain
ISADF	16,8	0,5	-1,0	12,0

Une maison médicale représentative du cluster A – une maison médicale au forfait et ASI

Pour le cluster A, c'est une maison médicale située dans une grande ville wallonne qui a été choisie. Cette maison médicale compte déjà de nombreuses années d'existence et fonctionne au forfait depuis 1994. Elle est agréée depuis 2000 et est affiliée à la FMM. Elle est implantée dans un des quartiers les plus paupérisés d'une grande ville wallonne. Elle compte 14,8 équivalents temps plein pour environ 3250 patient-e-s dont plus de la moitié est BIM.

L'équipe multidisciplinaire (médecins généralistes, infirmières, psychologue, accueillantes, assistante sociale et gestionnaires) est essentiellement féminine et comporte des personnes de différentes origines socioculturelles. A noter donc que l'équipe ne contient pas de kinésithérapeute en interne. L'équipe se réunit une fois par semaine : une heure pour discuter de cas, une heure pour discuter du fonctionnement de l'équipe et une heure supplémentaire de coordination entre les médecins généralistes. L'équipe accueille également deux assistants en médecine générale. Elle fonctionne en autogestion, c'est-à-dire que la plupart des décisions sont prises en réunion d'équipe tandis que le conseil d'administration, composé de membres de l'équipe, prend les décisions budgétaires entre deux assemblées générales. L'assemblée générale est composée majoritairement de membres de l'équipe et d'un tiers de membres externes ayant une expérience utile pour la maison médicale.

Concernant l'organisation des consultations, celles-ci se font uniquement sur rendez-vous de 9h à 19h du lundi au vendredi (la maison médicale est ouverte à partir de 8h). Une consultation avec un-e médecin généraliste a une durée prévue de 20 minutes. La maison médicale est joignable soit par téléphone, soit sur place. Environ 10% des consultations des médecins généralistes se font à domicile. La raison principale des visites à domicile est l'incapacité physique de se déplacer, mais certaines visites se font également pour des patient-e-s souffrant de pathologies psychiques ou pour les personnes ne pouvant se déplacer pour des raisons financières.

La maison médicale a élaboré différents partenariats avec le relais santé et avec le CPAS. L'équipe de la maison médicale connaît également bien les acteurs du quartier : ONE, Comité de quartier, Restos du cœur et aide alimentaire, aide au logement, etc. Elle est enfin impliquée dans l'intergroupe de la FMM rassemblant les différentes maisons médicales de la ville affiliées à la FMM.

C'est la maison médicale où les activités de santé communautaire sont les plus développées : un journal de la maison médicale est publié trimestriellement, différents ateliers sont organisés (notamment un potager communautaire) ainsi que des visites culturelles en partenariat avec d'autres maisons médicales. La maison médicale vient de déménager dans un nouveau bâtiment de plain-pied qu'elle a fait construire, permettant d'accueillir de nombreux·ses patient·es et bénéficiant d'une grande salle pour les activités de santé communautaire et d'un jardin spacieux.

À propos de l'accès financier aux soins, le forfait rend les consultations « gratuites » pour le·la médecin généraliste et les soins infirmiers. Le coût pris en charge par un·e patient·e pour les consultations psychologiques se situe entre 0,5 et 5€. Pour les consultations kiné, la maison médicale collabore avec des kinés indépendants. La maison médicale fournit aux patient·es une liste de kinésithérapeutes pratiquant le tiers-payant, exerçant en dehors de la maison médicale. Tous les professionnel·le·s de santé sont conventionné·e·s, c'est une obligation ASI. La maison médicale n'exclut pas de patient·es pour raisons financières et suit annuellement une soixantaine de personnes qui ne sont pas inscrites au forfait. Il s'agit de personnes bénéficiant de l'AMU³³ et pour lesquelles la maison médicale reçoit un remboursement du CPAS ou de personnes envoyées par le relais santé (la maison médicale reçoit un subside afin de participer aux réunions du relais santé et de suivre leurs bénéficiaires) ou enfin, de personnes pas en ordre de mutuelle. Enfin, une attention particulière est accordée aux médicaments : médicaments génériques, les moins chers, utilité de la prescription et mise à disposition de médicaments si nécessaire.

Enfin, la fonction d'accueil est prise en charge par cinq accueillantes qui sont parfois deux à être à l'accueil en même temps. Elles sont responsables de l'accueil physique des personnes arrivant à la maison médicale, de répondre au téléphone, de la gestion des rendez-vous et de certaines tâches administratives.

Une maison médicale représentative du cluster B – une maison médicale à l'acte et non affiliée

Cette maison médicale a été reconnue ASI en 2011. Toutefois, la majorité de l'équipe de la maison médicale y travaillait déjà depuis plusieurs dizaines d'années. L'ASBL a été créée à l'initiative d'un médecin généraliste, actuellement âgé de 71 ans, mais toujours très actif. Il a rassemblé autour de lui des professionnel·le·s de santé. L'équipe se compose aujourd'hui, de deux médecins généralistes, d'un kinésithérapeute, d'une infirmière (qui gère une équipe d'infirmières à domicile), d'un psychologue ainsi qu'une assistante sociale également gestionnaire et de deux accueillantes. Elle accueille également un assistant en médecine générale. L'équipe entretient également d'étroites collaborations avec des médecins spécialistes. 2 866 patient·es y ont leur médecin généraliste principal et l'équipe compte 6,5 équivalents temps plein.

L'assemblée générale est composée majoritairement de membres de l'équipe. Le conseil d'administration est, quant à lui, composé d'une partie des membres de l'équipe, mais ouvert à tous et de membres extérieurs. L'équipe a la volonté de se réunir une fois par semaine (pendant deux heures) malgré des difficultés à réunir à chaque fois tous les membres de l'équipe, mais une fois par mois au minimum tout le monde est présent. La coordination médicale autour des patient·es se fait

³³ Aide Médicale Urgente : aide financière du CPAS pour les personnes en situation de séjour irrégulier sur le territoire belge.

aussi souvent par des contacts informels entre les professionnel·les de santé concerné·es. La dynamique perçue de l'équipe reste celle d'une jeune équipe qui tente d'évoluer vers plus de coordination.

Fonctionnant à l'acte, chaque indépendant se rémunère personnellement en rétribuant un pourcentage à la structure. C'est la seule maison médicale que nous avons étudiée où le financement n'est pas centralisé par la structure. Chaque indépendant prend donc en charge le paiement de ses consultations ainsi que sa facturation.

L'équipe n'a jamais voulu s'affilier à une fédération.

Située en plein centre-ville, la maison médicale accueille un public plutôt plus précaire que la moyenne communale avec notamment de nouveaux arrivants sur la commune. Une attention particulière est accordée aux obstacles financiers possibles à l'accès aux soins de santé. Ainsi, le tiers-payant est appliqué dans la plupart des cas pour les consultations de médecine générale (et de kinésithérapie) et le ticket modérateur n'est pas toujours perçu, en fonction de la situation financière de chaque personne. Les médecins généralistes apportent également une attention aux prescriptions de médicaments : génériques, médicaments les moins chers et dons d'échantillon. Aucune personne n'est exclue des soins pour des raisons financières. Lorsque des personnes non en ordre de mutuelle se présentent, la maison médicale les accompagne dans les démarches de régularisation et effectue également le relais avec le CPAS.

Concernant le réseau et le partenariat, la maison médicale est impliquée dans le Plan de cohésion sociale de la commune et a un partenariat avec le CPAS. Elle est connue par certaines structures sociales du réseau local. Les activités de santé communautaire ne sont à ce jour pas encore développées même si c'est une volonté de l'équipe.

L'accueil de la maison médicale est ouvert de 8h à 17h du lundi au vendredi et également le samedi matin. La maison médicale a la particularité de fonctionner avec des consultations sans rendez-vous pour les médecins généralistes (consultations de 8h30 à 11h et de 16h à 18h30). Les médecins et autres membres de l'équipe sont toujours joignables pour les urgences. Environ 30% des consultations pour les médecins généralistes sont des visites à domicile. Parfois, les médecins se déplacent pour d'autres raisons qu'une incapacité physique notamment pour des personnes avec de lourdes pathologies psychiques.

Le service d'accueil de la maison médicale est ouvert toute la journée. Il s'apparente beaucoup à un secrétariat et s'occupe principalement de tâches administratives. Les personnes qui attendent pour les consultations de médecine générale ou chez d'autres professionnel·les ne passent pas systématiquement par l'accueil. Les accueillantes restent néanmoins le premier contact et relais.

Une maison médicale représentative du cluster B – une maison médicale à l'acte et FMM

Créée en 2015, c'est la plus récente des maisons médicales que nous étudions. Elle est située dans une commune rurale et compte, en 2017, 1787 patient·es et 7,85 équivalents temps plein. Elle est agréée par la Région Wallonne et affiliée à la FMM. La structure a également bénéficié de deux financements grâce aux appels à projets FEADER (voir partie 1).

L'équipe est composée de cinq médecins généralistes, d'un assistant en médecine générale, de deux kinésithérapeutes, de deux psychothérapeutes, de deux accueillantes dont l'une est également la comptable et l'autre l'infirmière qui s'occupe du dispensaire et enfin, d'une gestionnaire. Il y a une mixité de genre dans l'équipe.

L'équipe a des réunions hebdomadaires dont la moitié du temps est consacrée à des cas cliniques et l'autre au fonctionnement de l'équipe (les médecins généralistes se coordonnent également entre eux à raison d'une demi-heure par semaine). Tous les membres de l'équipe font partie de l'AG et du CA et participent donc à toutes les décisions de la maison médicale. Fonctionnant à l'acte, le personnel est principalement indépendant. Cependant, c'est la structure qui centralise les financements et les redistribue à chacun en retirant une contribution de 20%.

La maison médicale est ouverte de 8h à 18h du lundi au vendredi et est joignable sur place et par téléphone. Les consultations se font sur rendez-vous et ont une durée prévue de 20 minutes. La proportion de visites à domicile pour les médecins généralistes est importante (32%). Les visites à domicile se font tant pour des raisons d'incapacité physique de déplacement que pour des raisons financières ou de mobilité.

Concernant les partenariats, la maison médicale a un partenariat avec le CPAS, le PCS et le service de santé mentale ainsi qu'avec deux laboratoires. L'équipe de la maison médicale entretient des contacts réguliers avec les autres professionnels de santé de la région. Elle est également intégrée dans l'intergroupe des maisons médicales FMM de la région.

De nombreuses activités de santé communautaire sont organisées : séances de bien-être, conférences, ateliers de massage parents-enfants, séances de marche ou de course à pied, arrêt tabac, etc.

Concernant l'accès financier, une attention particulière est accordée au tiers-payant : un accord a été trouvé avec l'INAMI pour que toutes les consultations de kinésithérapie soient payées au tiers-payant tandis que pour les consultations en médecine générale, le tiers-payant est plutôt la règle que l'exception. Tous les professionnels sont conventionnés et la maison médicale n'exclut pas de patientes pour raisons financières. Le prix des consultations psychologiques dépend du revenu des patientes (entre 20 et 45€), mais des arrangements sont trouvés lorsque ce prix est un frein.

Enfin, le rôle des deux accueillantes est d'abord d'accueillir les personnes et de répondre à leur demande. Elles répondent également au téléphone et s'assurent de la communication interne et externe entre le ou la patiente et la maison médicale. Elles gèrent les rendez-vous et assurent également certaines tâches administratives.

Une maison médicale représentative du cluster C – une maison médicale au forfait non ASI

Située en plein centre urbain, cette maison médicale est une structure importante : plus de 6500 patientes, 25 équivalents temps plein et 3 sites de consultation depuis octobre 2018.

Active depuis plus de dix ans, cette maison médicale est également confrontée à une population très paupérisée et très multiculturelle (61% de BIM). La maison médicale offre d'ailleurs les services d'une médiatrice interculturelle et d'une accueillante parlant le russe, étant donné la proportion importante de patientes d'origine tchétchène.

La maison médicale est née de l'initiative de deux médecins généralistes travaillant auparavant dans une autre maison médicale au forfait, mais fatigués par son fonctionnement et les conflits. Ils ont donc créé une autre structure fonctionnant également au forfait. La maison médicale est affiliée à la FEPRFO, nouvelle fédération nationale ayant vu le jour en 2013 et voulant défendre et regrouper les pratiques forfaitaires dans leur pluralité, de part et d'autre des frontières linguistiques.

Cette maison médicale n'est pas agréée par la Région wallonne.

L'équipe, composée de huit médecins généralistes, de quatre assistantes en médecine générale, de kinésithérapeutes, d'infirmières, d'accueillantes, de secrétaires, d'une médiatrice interculturelle,

d'un dentiste, d'une psychothérapeute et de deux psychologues, se réunit une fois par semaine, mais a également de nombreux contacts informels entre praticien-ne-s. Il y a également des réunions hebdomadaires pour chaque discipline. C'est le conseil d'administration qui prend les décisions importantes concernant la structure.

La maison médicale est ouverte de 9h à 19h du lundi au vendredi ainsi que le samedi matin. Les consultations se font essentiellement sur rendez-vous et ont une durée prévue de 20 minutes. Pour les situations urgentes, il existe également une consultation sans rendez-vous en fin de matinée et fin de journée qui est assurée par les médecins disponibles. Il est possible de prendre un rendez-vous par téléphone, par internet ou sur place. Les visites à domicile sont peu nombreuses (moins de 10%).

La maison médicale a de nombreuses collaborations avec le réseau de santé : centre hospitalier, plate-forme de soins palliatifs, service d'aide à domicile, maisons de repos, centre de santé mentale, services sociaux des mutuelles, CPAS.

Elle n'organise pas d'activités en santé communautaire.

Concernant l'accès financier, le forfait rend « gratuites » les consultations en médecine générale, kiné et soins infirmiers. Le tiers-payant est appliqué systématiquement pour les soins dentaires. Les consultations chez la psychothérapeute sont gratuites tandis qu'elles sont de l'ordre de 40€ chez les deux psychologues. Les médecins généralistes portent une attention à la prescription de médicaments en favorisant les moins chers et donnent aussi régulièrement des échantillons. Certain-e-s patient-e-s sont suivi-e-s à l'acte comme les AMU.

Concernant les accueillantes, elles doivent accueillir les personnes et expliquer le système forfaitaire, gérer les appels téléphoniques ainsi que les rendez-vous et remplir une série de tâches administratives.

6.3.2. Caractérisation des patient-e-s interviewé-e-s

Au cours de l'étude, 31 personnes, patient-e-s, ont été interviewées via des entretiens semi-directifs. 8 d'entre elles étaient patient-e-s à la maison médicale au forfait et ASI (cluster A), 8 autres à la maison médicale à l'acte et FMM (cluster B), 6 à la maison médicale au forfait et non ASI (cluster C), 7 à la maison médicale à l'acte et FMM (cluster B) et deux sont suivies par un relais santé et consultent un-e médecin généraliste solo.

Les entretiens ont duré entre 19 minutes et 1 heure 16 minutes. La durée moyenne étant de 40 minutes. Avec l'accord des personnes, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits.

21 personnes sont des femmes et 10 sont des hommes. Les personnes interviewées diffèrent selon l'âge, la catégorie la plus représentée étant les personnes entre 45 et 64 ans qui sont au nombre de 12. Deux personnes avaient entre 15 et 24 ans, 7 entre 25 et 44 ans, 5 entre 65 et 74 ans et 3 avaient plus de 75 ans.

En ce qui concerne le remboursement de la mutuelle, 17 personnes sont BIM tandis que 12 ne le sont pas. Leurs situations sociale et professionnelle sont décrites dans le tableau suivant. Nous avons interviewé proportionnellement beaucoup de personnes invalides ou en incapacité de travail. Peu des personnes interviewées (9 sur 31) sont actives sur le marché de l'emploi.

Tableau 26 : Répartition des personnes interviewées selon la situation sociale et professionnelle

Situation sociale	En nombre	En pourcent	Situation professionnelle	En nombre	En pourcent
Affilié.e registre national	2	6%	En emploi	6	19%
Actif	11	35%	Au chômage	3	10%
Invalide	9	29%	En incapacité/invalidité	10	32%
Pensionné	8	26%	Pensionné.e	8	26%
Veuf	1	3%	Etudiant.e	2	6%
			Au CPAS	2	6%
Total	31	100%	Total	31	100%

Source : IWEPS

Concernant la situation familiale des personnes interviewées, 11 vivent en couple sans enfants, six couples avec enfants, cinq sont titulaires d'une famille monoparentale tandis que neuf personnes vivent seules. Au regard du niveau d'instruction, outre les 8 personnes pour lesquelles ce dernier est inconnu, 5 n'ont pas fini les primaires, 8 ont le CEB, 6 le certificat d'études secondaires (CESS) et 4 ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

Enfin, concernant leur comportement en matière de soins de santé de première ligne, 23 personnes consultent uniquement sur place, 3 consultent uniquement à domicile et 5 font les deux. Le tableau suivant montre le type de professionnel.le.s de première ligne que consultent les personnes interviewées. Ainsi, 12 d'entre elles consultent uniquement le médecin généraliste.

Tableau 27 : Type de professionnels de santé consultés par les personnes interviewées

Type de professionnel.le.s	En nombre
Uniquement le MG	12
et l'infirmier.ère	8
et le-la kiné	8
et le-la psy	5
et l'AS	2
et les activités de santé communautaire	4

Source : IWEPS

6.3.3. Résultats pour chacune des dimensions de l'accès aux soins

Ci-dessous, nous présentons les résultats de notre analyse pour chacune des sept dimensions de l'accès aux soins. Tous les noms cités ci-dessous sont des noms d'emprunt. L'annexe 8 reprend l'ensemble des hypothèses de départ et montre si ces dernières ont pu être infirmées, confirmées ou n'ont pas pu être testées de manière complète.

I. Disponibilité de l'offre

A l'heure où la pénurie de médecins généralistes en Région wallonne se fait de plus en plus criante³⁴, il nous semblait intéressant d'analyser comment les maisons médicales peuvent apporter une partie de la réponse pour attirer et maintenir les médecins généralistes, mais aussi les autres professionnel·le·s de santé, vers la première ligne de soins.

L'avantage de travailler en maison médicale qui a été mentionné le plus souvent et en premier lieu est le fait de travailler en équipe. Ce travail en équipe permet d'une part, une meilleure conciliation de la vie privée avec la vie professionnelle grâce à des horaires allégés par rapport à un·e professionnel·le travaillant en solo et grâce à une organisation « *plus flexible* »³⁵ du temps de travail. D'autre part, le travail en équipe attire également des professionnel·le·s car il permet de travailler avec des collègues, d'échanger, de ne pas avoir « *des métiers sinon assez solitaires* »³⁶.

« Moi, c'est pas par rapport à la patientèle ou autre, c'est juste que j'ai besoin de travailler avec des collègues, je déteste travailler toute seule. Si, la médecine générale c'était travailler à deux ou toute seule, j'aurais changé, parce que je n'aime vraiment pas travailler toute seule, j'aime travailler dans une structure organisée, échanger avec des collègues, et puis l'aspect du travail est fort différent. »
(Louise, médecin généraliste)

L'interdisciplinarité attire également des professionnel·le·s vers la première ligne, car elle permet de se nourrir du regard de plusieurs disciplines. Elle est plus souvent mentionnée par les paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmier·ères) notamment, car cela leur permet d'être facilement en contact avec le ou la médecin généraliste qui suit les patient·e·s.

« Pour moi si j'ai un souci, je peux appeler le médecin ou le kiné, c'est bien d'être en groupe, si maintenant ça ne va pas, je peux l'appeler et c'est rassurant, il [le médecin] va réagir tout de suite. Sinon, il y a des médecins qui ne répondent jamais. » (Anne, infirmière)

Le fait que les maisons médicales soient souvent confrontées de manière importante à un public précaire est considéré par certain·e·s comme une charge lourde à gérer émotionnellement et est recherché par d'autres.

« Pour ma part, je suis venue ici, d'abord je cherchais un travail qui reste dans le social avec des gens précarisés et puis aussi, ça me permettait d'avoir des meilleurs horaires. Ça permettait aussi de faire un travail beaucoup plus varié. Je faisais non seulement des soins à domicile, mais aussi la santé communautaire. » (Émilie, infirmière)

De même, fonctionner en autogestion peut être perçu de manière positive ou négative. Ainsi, la maison médicale du cluster C s'est créée lorsque deux médecins généralistes ont quitté une maison médicale au forfait notamment à cause de son fonctionnement autogestionnaire. D'autres professionnel·le·s sont attiré·e·s par ce mode de gestion. Même si tout le monde reconnaît que ce mode de gestion est chronophage.

De plus, certain·e·s médecins, mais peu nombreux, ajoutent que le forfait est, en soi, une des raisons qui explique le fait de pratiquer la médecine générale. Ils et elles apprécient le fait que le forfait permet d'éliminer la relation financière entre le·la médecin et le·la patient·e, de poser un cadre plus

³⁴ 144 communes wallonnes connaissent une pénurie de médecins généralistes (moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants) dont 52 sont en pénurie grave (moins de 50 médecins généralistes pour 100 000 habitants) selon le dernier cadastre de l'AVIQ (chiffre au 31/12/2017).

³⁵ Malika, médecin généraliste.

³⁶ Véronique, psychologue.

clair et de pouvoir voir le-la patient-e plusieurs fois, lorsque ça leur semble nécessaire, sans qu'il n'y ait de barrières financières.

Enfin, la plupart des professionnel-le-s reconnaissent que le service d'accueil, de secrétariat et de gestion permet de décharger les professionnel-le-s de santé de tâches administratives et d'accueil importantes.

« Au début on a vraiment senti un allègement. D'abord, on a commencé juste avec une secrétaire puis après on a eu des gestionnaires quand on a vraiment été maison médicale et petit à petit on a pu enlever des tâches administratives et vraiment se concentrer sur notre travail. Donc d'abord ne plus avoir à répondre au téléphone tout le temps puis après la comptabilité, la prise de rendez-vous, fin il y a plein de choses. » (Aurore, médecin généraliste)

Il n'y a qu'un seul focus group où ce mécanisme n'a pas été soulevé, il s'agit de la maison médicale à l'acte et non affiliée (cluster B) où, justement, le service d'accueil, de gestion et de secrétariat est le moins développé.

Les assistant-e-s en médecine générale ont également insisté sur le fait qu'être en équipe interdisciplinaire leur fournit une meilleure formation.

« Une bonne formation, moi je commence, je trouve ça vraiment facile entre guillemets d'avoir des gens à qui je sais que je peux téléphoner tout le temps. C'est tout bête, mais je sais aussi qu'il y a des assistants qui ont un maître de stage et le maître de stage il est juste pas là. Et donc il y a des fois, ils peuvent même pas l'appeler. » (Maxime, assistant en médecine générale)

« Le fait d'avoir toute l'équipe, ça c'est vraiment super chouette, les kinés, les infirmières, ce sont des questions, ce sont des trucs où en formation, en prescription de soins, nous on connaît zéro donc c'est bien de leur demander parce qu'eux peuvent nous dire, il faut faire comme ça. » (Camille, assistante en médecine générale)

Enfin, dans les quatre maisons médicales, il y avait au moins un-e assistant-e en médecine générale (jusqu'à quatre). Les maisons médicales accueillent également régulièrement des médecins stagiaires. Il semble qu'elles soient, proportionnellement des lieux de formation importants ce qui constitue un levier supplémentaire pour attirer des étudiant-e-s et jeunes médecins vers la médecine générale.

Toutes ces raisons expliquent comment, en milieu rural, alors qu'un médecin généraliste de la commune était sur le point d'arrêter la pratique, la création de la maison médicale a permis à ce médecin de continuer la pratique et à deux médecins généralistes, qui avaient arrêté de pratiquer, de recommencer. La maison médicale au forfait non ASI (cluster C) ne connaît aucun souci de recrutement de médecins généralistes (ils sont huit et quatre assistant-e-s).

La maison médicale à l'acte et non affiliée (cluster B) témoigne de difficultés à recruter des médecins généralistes et c'est celle où la pratique en équipe interdisciplinaire et le service d'accueil sont les moins développés. Cependant, la maison médicale au forfait et ASI (cluster A) fait aussi face à des difficultés de recruter des médecins généralistes ainsi que des infirmier-ère-s.

Ces résultats corroborent ceux de l'étude réalisée par Lenoir (2017). Elle recommande d'ailleurs au monde politique de promouvoir les associations pluridisciplinaires, car le fait d'être en association facilite la régulation de la charge de travail, l'engagement d'une aide administrative et la pluridisciplinarité permet un soutien clinique et psychologique aux prestataires de soins. Ces pratiques se développent de plus en plus (elles concernent 40,3 % des médecins généralistes

diplômés après 2010 et seulement 16 % de ceux qui ont été diplômés avant 2002) et répondent à des aspirations des jeunes médecins généralistes.

II. Accès physique

Concernant l'accessibilité physique de l'offre de soins, les maisons médicales ont un impact sur cette dernière via trois mécanismes. Ceux-ci réduisent tant le temps, le coût que la distance du déplacement.

Tout d'abord, les quatre maisons médicales sont bien situées au niveau des transports en commun et se situent à chaque fois dans le centre-ville. Deux d'entre elles sont d'anciennes pratiques de médecine générale solo qui étaient déjà situées en centre-ville et deux autres sont situées de manière optimale parce que ce sont des pratiques de groupe. Il semble que le fait d'être une pratique de groupe incite un choix de localisation plus optimal en termes d'accès.

Ensuite, la multidisciplinarité de la maison médicale permet de centraliser plusieurs disciplines au même endroit et ainsi de diminuer les déplacements. Ce sont les patient·e·s de la maison médicale située en milieu rural qui ont le plus insisté sur l'impact de la présence de la maison médicale regroupant des professionnel·le·s de disciplines différentes sur les déplacements.

« Les maisons médicales, c'est l'avenir, on retourne au principe des polycliniques dans les petites villes, c'est génial, on avait tout sur place ». (Élise, patiente)

« On n'est pas obligé de courir jusque XX [nom de la ville la plus proche], dans les hôpitaux, attendre, etc. Avec des plus courts trajets, vu le prix du diesel aujourd'hui. C'est vrai que ça va vite, pour les petits comme nous, ça devient cher, faut qu'on fasse vraiment attention d'où on veut aller. » (Denise, patiente)

Enfin, une de nos hypothèses était que la pratique de groupe facilite l'organisation des visites à domicile et permet donc de répondre plus facilement à cette demande lorsqu'elle est justifiée. Il existe de grandes différences entre les quatre maisons médicales concernant les visites à domicile. Ainsi, les deux maisons médicales au forfait insistent plus que les deux maisons médicales à l'acte pour que les patient·e·s se déplacent à la maison médicale. Le fait que les maisons médicales au forfait font moins de visites à domicile a déjà été mis en évidence par les acteurs de terrain³⁷. Les deux maisons médicales à l'acte sont celles qui font proportionnellement le plus de visites à domicile (autour de 30%), mais ce sont aussi celles qui sont situées en milieu (semi)-rural et qui ont une patientèle plus âgée. L'audit réalisé par KPMG constate également que, pour les maisons médicales au forfait, le nombre de visites à domicile est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (KMPG, 2017, p. 37). Pour les visites à domicile, on constate donc d'une part, une différence entre le forfait et l'acte et d'autre part, entre les milieux ruraux et urbains.

Cependant, la maison médicale au forfait non ASI (cluster C) se distingue des trois autres tant en termes de proportion de visites à domicile significativement inférieure qu'en termes de motifs des visites à domicile. Les médecins y font proportionnellement peu de visites à domicile, les motifs de pathologies psychiques ou de soucis de prendre en charge financièrement le coût du déplacement n'ont pas été mentionnés comme des motifs de visites à domicile comme dans les autres maisons médicales. De plus, une patiente de cette maison médicale nous raconte la difficulté d'avoir une

³⁷ Certaines maisons médicales nous font remarquer que leur passage de l'acte au forfait a engendré une diminution des demandes de visites à domicile par les patient·e·s

médecin à domicile même lorsque ça lui semble nécessaire, car elle est dans l'incapacité physique de se déplacer.

" Quand je faisais un lumbago, je téléphonais et quand mon mari disait que je savais pas bouger, ils [une autre maison médicale] disaient : « Ecoutez, on vous envoie un médecin dans le courant de la journée. » Là, il venait. Ici, il faut prier pour qu'ils viennent à domicile." (Amina, patiente)

Ces éléments semblent indiquer une tendance des pratiques au forfait non ASBL à faire moins de visites à domicile, même lorsque celles-ci sont justifiées, mais ce fait devrait être étudié de manière plus approfondie via une analyse quantitative.

Dans certains cas, c'est tout de même la pratique de groupe qui facilite les visites, notamment en institution, comme en milieu rural, où la maison médicale a pris en charge toutes les visites d'un home situé non loin qui ne trouvait plus de médecins généralistes pour suivre ses résident·e·s. La gestionnaire de la maison médicale nous explique que le fait qu'ils soient plusieurs médecins permet de répartir la charge entre plusieurs personnes et la rend de ce fait moins lourde.

Même si les maisons médicales améliorent l'accès physique, elles ne résolvent pas toutes les questions de mobilité. Ces dernières restent un obstacle pour un nombre conséquent de personnes, surtout en milieu rural. En effet, pour les personnes en milieu rural qui ont une voiture, certaines rationalisent leurs déplacements en raison de leur coût. Pour d'autres, qui n'ont pas de voiture, les horaires des transports en commun ne sont pas toujours adaptés aux heures d'ouverture des structures de soins.

III. « Approachability »

Notre analyse indique que les maisons médicales renforcent la capacité d'un·e patient·e d'identifier le service de santé adéquat, et ce, principalement grâce aux réseaux et partenariats qu'elles mettent en place.

Les réseaux dans lesquels les maisons médicales sont impliquées et les partenariats qu'elles développent permettent à des personnes éloignées du système de soins de santé de pouvoir avoir accès aux soins.

Maria, assistante sociale, explique que l'existence du réseau permet d'améliorer l'accès aux soins : *« Par le fait que je travaillais au CPAS avant, il y a pas mal d'anciens collègues du CPAS qui peuvent me contacter pour envoyer des patients qui sont en galère parce qu'ils n'ont plus de médecin depuis des années, c'est pas toujours facile. Je me souviens avoir déjà téléphoné, quand j'étais au CPAS, notamment pour des patients en aide médicale urgente, je passais des coups de fil à plein de médecins pour trouver un médecin qui veut bien accepter ces patients-là, mais ils ne voulaient pas parce que c'est une charge administrative énorme. Ici, la charge administrative, elle est répartie. »*

On remarque que le fait d'avoir un service de secrétariat et de gestion permet aussi de diminuer la charge administrative pour le·la médecin généraliste que requiert une prise en charge de certaines personnes comme les AMU.

Seule la maison médicale au forfait et ASI (cluster A) a une convention avec le relais santé qui permet à des personnes anciennement sans domicile fixe suivies par ce dernier d'être inscrites à la maison médicale.

Valentine, infirmière au relais santé affirme : *« Clairement, il n'y a que les maisons médicales qui vont donner accès aux gens qui n'ont rien. Je les oriente vers là. Le DUS [Dispositif d'Urgence Sociale] ou la Croix rouge les orientent vers là aussi. Ils acceptent de voir des personnes qui ne sont pas inscrites à la maison médicale et qui ne vont pas rester à XX [dans cette ville], mais ils acceptent de les prendre*

en charge le temps qu'elles soient là et de donner un avis, etc..». Pour les relais santé, avoir de véritables partenariats avec les maisons médicales facilite leur travail et permet d'assurer un accès aux soins pour les plus exclus.

Nous pensons que le fait qu'il y ait plusieurs disciplines dans la même équipe facilite l'identification de ces disciplines. S'il y a bien lieu de favoriser l'identification ou de démystifier certaines disciplines (comme le psychologue), il semble que ce qui est déterminant pour augmenter l'« approachability » est le fait que cette discipline et personne soit référencée par un intermédiaire de confiance (que ce soit le/la médecin généraliste ou une autre personne). Ainsi, Monia, patiente suivie psychologiquement par le relais santé raconte que c'est via une assistante sociale du FOREM qu'elle a été mise en contact avec un psychologue et que sinon, elle n'y aurait pas pensé. Cependant, Véronique, psychologue participant aux activités de santé communautaire, raconte que cela constitue également une porte d'entrée vers les consultations psychologiques. Nathan raconte aussi que la confiance en la structure l'a poussé à faire le pas :

« J'avais une certaine perte d'estime de soi, j'ai été une dizaine de fois chez le psy et ça a bien aidé. Comme c'est au même endroit et comme tu as confiance au même endroit, les gens qui préfèrent le côté clinicien, aseptisé, mais moi je préférais ici, ce côté, parce que je le connais depuis longtemps. [...] c'est lui [le médecin généraliste] qui m'a dit et il a téléphoné, il m'a proposé de voir quelqu'un et qui m'a pris ici [...], les questions financières n'avaient pas joué. Je me suis dit, plutôt, quand on me parle d'un psy ou d'un psychiatre, est-ce que je deviens fou? »

Enfin, le nom « maison médicale » permet aussi à des personnes de prendre contact avec ces structures de soins. Plusieurs patient·e·s que nous avons rencontrés cherchaient une maison médicale dans la région avec l'idée que ces structures facilitent l'accès aux soins. La maison médicale est donc, dans l'imaginaire collectif, liée à un accès aux soins plus facile, et ce, d'abord, pour les questions financières.

IV. Acceptabilité

L'acceptabilité désigne l'adéquation entre les caractéristiques sociales et culturelles des prestataires et structures de soins d'une part, et celles des patient·e·s d'autre part. Différentes caractéristiques des maisons médicales permettent que la structure de soins convienne de manière plus adéquate aux personnes précaires.

Un premier facteur important est le fait que les professionnel·le·s de santé sont, de manière générale en maison médicale, sensibilisé·e·s aux situations de précarité. Plusieurs patient·e·s nous rapportent qu'à la maison médicale, « on ne fait pas de différence de classe sociale »³⁸, qu'« ils sont toujours là pour soutenir les personnes, c'est comme ma seconde famille »³⁹ ou qu'on ne se sent pas jugé·e·s. Les quatre maisons médicales performant bien sur cet aspect. Il y a bien sûr aussi des médecins généralistes pratiquant en solo qui ont cette sensibilité.

Valentine, infirmière d'un relais santé, insiste sur l'attitude sociale des professionnel·le·s de la maison médicale, mais aussi sur l'attention aux obstacles financiers (notamment via le forfait) qui permettent aux personnes précaires de ne pas se sentir différentes des autres.

« Les maisons médicales enlèvent plein de barrières. L'usager par rapport au médecin généraliste classique doit rentrer dans un circuit plus classique, très problématique. Dire que j'ai pas d'argent pour payer, oser demander le tarif tiers-payant, les stigmates de la précarité sont renvoyés. Si je vais

³⁸ Violaine, patiente.

³⁹ Léna, patiente.

pas régulièrement chez le médecin, ou pas super compliant [accommodant], les médecins de la maison médicale connaissent les publics précaires et sont plus empathiques. De nouveau, même si ça [le médecin généraliste solo] coûte 1€, c'est être différent des autres » (Valentine, infirmière)

« L'avantage avec la maison médicale ici, on sait que mes moyens sont minimes. [...] Je n'ai rien à cacher, on sait que j'ai des problèmes d'argent, mais la maison médicale fait tout pour que je sois dans le bon. » (Isabelle, patiente)

De plus, le fait que les maisons médicales soient des pratiques de groupe avec plusieurs professionnel.le-s permet d'avoir une diversité en termes de genre et d'origine socioculturelle qui permet à certain.e-s patient.e-s d'augmenter leur confiance dans la structure. Les deux maisons médicales situées en milieu urbain ont des équipes mixtes tant en termes de genre que d'origine socioculturelle.

« Ici, il y a une diversité dans la maison médicale, il y a des médecins de toute origine. Personnellement, ça me rassure, je sens bien qu'il y aura pas de racisme. Je sais qu'il prendra son temps pour voir ce que j'ai réellement. J'ai des amis qui sont partis chez des médecins privés et vu qu'ils sont d'origine maghrébine, ils se sentaient pas à l'aise parce qu'ils sentaient que le médecin avait des réserves. » (Liam, patient)

En milieu urbain, la langue peut être un obstacle important à l'accès aux soins. Nous avons été très peu en contact avec des patient.e-s ne parlant pas le français, mais les équipes nous ont rapporté avoir mis des choses en place pour contourner cet obstacle. Dans la maison médicale au forfait non ASI (cluster C), une accueillante parlant le russe et une interprète ont été engagées pour cette raison tandis que dans la maison médicale au forfait et ASI (cluster A), les médecins généralistes parlent de nombreuses langues différentes ce qui permet de faire des consultations en langue étrangère si nécessaire. Les deux maisons médicales B sont moins confrontées à ce phénomène.

Enfin, la relation de confiance qu'ont les patient.e-s avec leur médecin traitant est fort appréciée et semble essentielle pour beaucoup dans leur parcours de soins. Une attention particulière doit donc être apportée à l'attribution d'un.e médecin traitant à chaque patient.e et à sa stabilité dans le temps.

V. Accès financier

Les maisons médicales facilitent clairement l'accès financier aux soins de santé. Les entretiens nous ont permis de comprendre que cet impact va au-delà de l'absence éventuelle du ticket modérateur pour la consultation chez le-la médecin généraliste.

Dans un premier temps, nous distinguons les maisons médicales qui fonctionnent au forfait (les maisons médicales des clusters A et C) de celles qui fonctionnent à l'acte (les maisons médicales du cluster B) pour analyser spécifiquement les consultations chez le-la médecin généraliste, l'infirmier-ère ou le-la kinésithérapeute. Ce sont en effet les trois disciplines qui peuvent être financées par le forfait. Dans un second temps, nous faisons part des résultats sur les autres activités permettant de faciliter l'accès financier.

Les maisons médicales au forfait

La maison médicale au forfait rend « gratuites »⁴⁰ les consultations chez le-la médecin généraliste, l'infirmier-ère et le-la kinésithérapeute (dans la maison médicale au forfait et ASI (cluster A), il n'y a pas

⁴⁰ Nous utilisons le mot gratuité entre guillemets, car bien que le-la patient.e ne prenne pas en charge de ticket modérateur pour les consultations, le coût des soins de santé est bien pris en charge, selon ses moyens, par chaque citoyen-ne résidant en Belgique via les cotisations sociales.

de kinésithérapeute dans l'équipe). Cette « gratuité » des consultations a un impact différent selon le fait que les personnes soient BIM ou non.

La moitié des personnes BIM inscrites en maisons médicales au forfait qui ont été interviewées disent venir à la maison médicale pour des raisons financières. Cependant, pour les personnes BIM, la consultation chez le-la médecin généraliste à l'acte coûte 1€⁴¹ depuis l'application obligatoire du tiers-payant social. Cet euro ne semble pas être un frein financier, mais les personnes BIM inscrites en maison médicale au forfait ne sont soit, pas au courant de cette loi assez récente (date de 2015 et elles sont souvent inscrites à la maison médicale depuis plus longtemps), soit connaissent des expériences où le ticket modérateur est plus élevé.

Virginie, patiente : « *J'ai toujours été en maison médicale par rapport à mes revenus. Parce que je n'ai pas beaucoup pour vivre et un médecin traitant dans le privé je ne saurais pas.* »

Chercheuse : « *Depuis 2015, une nouvelle loi oblige que les VIPO paient maximum 1,5€ par consultation chez le médecin généraliste.* »

Virginie, patiente : « *3,5€ parce que ma maman est VIPO, elle est chez un médecin traitant depuis plus de 40 ans, et c'est obligé, c'est 3,5€.* »

Pour les personnes non BIM, le fait de rendre les consultations « gratuites » a deux impacts financiers. D'une part, elles ne doivent plus avancer le coût total de la consultation pour être remboursées par la suite et d'autre part, elles ne doivent plus payer le ticket modérateur (4€ pour un-e médecin généraliste conventionné avec accès au DMG). Quatre personnes non BIM inscrites en maison médicale au forfait ont été interviewées et trois d'entre elles disent s'y être inscrites, entre autres, pour des raisons financières.

« *J'allais chez le docteur [nom du docteur]. Ça se passait bien, mais pour finir, ça devenait trop cher pour moi donc je suis venue ici. [...] Le privé, c'est cher, 35€. Moi je ne retouche pas beaucoup après de la mutuelle parce que je suis pas VIPO rien du tout.* » (Yasmine, patiente)

« *Un élément important c'est qu'il faut pas avancer le prix de la consultation parce qu'ici tu ne paies pas la consultation, alors que quand tu vas chez un médecin privé, tu dois avancer minimum 25-30€. Et comme on est nombreux, c'est important pour nous d'être ici.* » (Leila, patiente)

Les maisons médicales à l'acte

Concernant les maisons médicales à l'acte, elles permettent aussi une plus grande accessibilité financière même pour les consultations kinés, infirmier-ère et médecin généraliste. En effet, dans les deux maisons médicales à l'acte (cluster B) qui ont fait l'objet d'une analyse, le tiers-payant est plutôt la règle que l'exception même s'il est légalement obligatoire uniquement pour les BIM. Beaucoup de personnes non BIM qui connaissent des difficultés financières en bénéficient.

« *Ici, avec la maison médicale, ils offrent un service [le tiers-payant] qu'effectivement heureusement ils nous donnent parce que si à chaque fois moi je dois avancer l'argent, bah les fins de mois, j'ai déjà dur en temps normal, mais il y a des fois, je saurais pas y accéder.* » (Hugo, patient)

La maison médicale à l'acte et FMM (cluster B) a également fait les démarches pour appliquer systématiquement le tiers-payant pour les consultations kiné. Cette possibilité légale n'est pas accessible pour le moment pour un-e kinésithérapeute pratiquant en solo. La maison médicale à

⁴¹ Si le-la médecin est conventionné-e et a accès au DMG.

l'acte et non affiliée (cluster B) insiste beaucoup sur l'accès financier aux soins et rend aussi de facto certaines consultations « gratuites » en ne percevant pas le ticket modérateur.

« On a institué depuis que c'est possible avec les mutuelles, une majorité de cas qui sont en tiers-payant et perception du ticket modérateur, 1€ ou 4€, plus qu'aléatoire. C'est au cas par cas. On travaille au tiers-payant le plus possible parce que ça permet aux gens de ne pas avoir peur de venir. [...] Il n'y a pas de relation de sous où les gens peuvent être limités, si on ne fait pas ça, les gens ne viennent que fort malades. » (François, médecin généraliste)

Chercheuse : « Quand vous venez ici consulter votre médecin ? »

Nathan, patient : « Je paie rien. Ce fait là aussi, c'est important parce que, bon, ça ne paie pas les médicaments, mais ça te fait économiser et t'es plus tenté à venir. »

Pour les personnes BIM, certaines expliquent être confrontées à des médecins généralistes qui appliquent le tiers-payant social, mais dont le ticket modérateur est plus élevé que 1€, ce qui explique pourquoi, entre autres, elles viennent en maison médicale :

« Les soins de santé en général, c'est cher. Tandis qu'ici, ils nous font payer 1€ la visite et alors on récupère de la mutuelle. Les autres médecins généralistes le font pas. Même si on va chercher les médicaments par ordonnance chez un médecin, il va demander 3,5€ environ alors qu'ici, ils nous les donnent tout de suite. » (Claire, patiente)

Notons également que les professionnel·le·s de santé en maison médicale sont conventionné·e·s. Cependant, dans les quatre régions où les maisons médicales ont fait l'objet d'une étude de cas, le conventionnement est la norme pour tou·te·s⁴². Aucun·e patient·e rencontrée n'a relevé le non-conventionnement comme un obstacle.

Au-delà des consultations MKI (Médecins, Kinés, Infirmier·ère·s)

Au-delà des consultations MKI, la maison médicale a également d'autres impacts financiers.

Premièrement, l'équipe des maisons médicales est composée d'autres disciplines qui sont plus facilement accessibles financièrement. Dans celles que nous avons étudiées, il s'agit principalement de consultations avec un·e psychologue. Ainsi, une partie des patient·e·s interviewé·e·s consultent le ou la psychologue de la maison médicale également parce que cette dernière est plus accessible financièrement et ne pourraient pas avoir recours à ces consultations sinon. Cette difficulté d'accès financier aux soins psychologiques est accentuée par le fait que les services de santé mentale, qui offrent notamment des consultations à un prix ne pouvant dépasser 11€, sont saturés. Cependant, le fait qu'il y ait un·e ou plusieurs psychologues au sein de la maison médicale n'empêche pas un renoncement aux soins psychologiques pour certaines personnes. Ainsi, quelques patient·e·s en maison médicale continuent à renoncer aux soins psychologiques, soit parce que le service de la maison médicale est saturé, soit parce que le tarif reste trop élevé⁴³.

La maison médicale au forfait non ASI (cluster C) a également un dentiste qui applique le tiers-payant de manière systématique. Cela semble essentiel, car un nombre important de patient·e·s nous disent renoncer aux soins dentaires pour des raisons financières et/ou des difficultés à obtenir un rendez-

⁴² Une analyse du taux de conventionnement des différent·e·s professionnel·le·s de santé de première ligne a été réalisée grâce aux données de l'INAMI pour chaque commune qui a fait l'objet d'une étude de cas (<https://www.inami.fgov.be/webprd/app/psilverpages/fr/>)

⁴³ Les entretiens ayant été réalisés pour la plupart en 2018, cette analyse ne tient pas compte de la nouvelle réforme concernant le remboursement des soins psychologiques.

vous. Deux patients qui étaient auparavant en maison médicale avec un·e dentiste sont actuellement en situation de renoncement aux soins. Il existe de réels obstacles financiers aux soins dentaires qui semblent s'expliquer par l'importance du reste à charge pour les patient·es pour certains soins, l'application très faible du tiers-payant et une faible proportion de dentistes conventionné·es⁴⁴.

Ensuite, les maisons médicales ont également un impact sur le coût des médicaments. D'une part, en ayant une attention particulière pour la nécessité (ou pas) de prescrire des médicaments et pour le coût des médicaments prescrits, en favorisant les médicaments génériques ou les moins chers.

« Il y a une réflexion des médecins sur le coût du traitement qu'on propose au patient, dans le sens où quand on fait une ordonnance, on sait que, pour les gens qui ont des problèmes financiers, on leur propose de toute façon le générique et le moins cher et on se pose la question de si c'est utile de prescrire plusieurs médicaments. Pour les médicaments qui ne sont pas remboursés (comme les sirops), on va plus peser l'intérêt. » (Inès, médecin généraliste)

D'autre part, les maisons médicales donnent de manière régulière des (échantillons de) médicaments qu'elles reçoivent.

« Et alors, quand c'est vraiment la fin du mois, quand on n'a pas les cachets, ils nous les donnent aussi donc, pour les médicaments, ça fait quand même un gain important. » (Louis, patient)

Un autre élément important consiste en l'attention que portent certaines maisons médicales sur les conditions matérielles des patient·es. Cette attention est particulièrement développée dans la maison médicale au forfait et ASI (cluster A) et dans une moindre mesure, dans les deux maisons médicales à l'acte (cluster B).

« C'est une des grosses différences, ailleurs, l'infi avait un rôle plus technique, ici, si la patiente a pas de table, [Émilie] va aller lui chercher une table, elle va nous ramener une machine à laver, ça s'arrête pas aux soins infis, c'est du psychosocial. Même à l'accueil, se demander où est la limite, quand un patient n'a pas d'ascenseur pendant 6 mois et qu'un enfant doit tenir la porte en haut et maman doit, etc. Est-ce qu'on se dit bah voilà c'est comme ça ou est-ce qu'on prend notre téléphone et on appelle la société de logement pour leur dire. C'est aussi bien l'accueil, que l'assistante sociale, que l'infi et ça, quand on n'est pas en maison médicale, on le fait pas. » (Florence, gestionnaire)

Lorsqu'un·e assistant·e social·e fait partie de l'équipe, cette attention sur les conditions socioéconomiques et sur l'accès aux droits est renforcée.

« Il y a une assistante sociale à la maison médicale. Je l'ai déjà vu plusieurs fois que c'était nécessaire. Elle venait chez moi. Elle m'a aidé dans certaines démarches, c'était pour mes transports en commun. Si je fais le nécessaire, je paie même plus, il faut une photo, aller à la gare, et elle m'a donné l'adresse et les informations. Aussi dans les démarches pour avoir une chaise roulante. » (Gabriel, patient)

Les patient·es des deux maisons médicales qui organisent des activités en santé communautaire nous ont parlé du fait que ces activités sont gratuites ou à prix réduit et permettent donc aux personnes d'avoir un accès financier à ces dernières. A contrario, Monia, patiente chez un médecin généraliste solo, nous dit : *« Je suis quand même contente d'aller à l'école [son métier], sinon, j'aurais plus de vie sociale parce que j'ai pas les moyens d'en avoir une ».*

De plus, dans les trois maisons médicales agréées, il paraît clair qu'elles ne refusent pas de patient·es pour raisons financières. Elles sont toutes confrontées à quelques patient·es qui ne sont pas en ordre

⁴⁴ Seuls 46% des dentistes sont conventionnés en Région wallonne en 2018 (Source : IMA).

de mutuelle ou pour lesquels elles ne reçoivent pas de financement, mais elles acceptent de les soigner. Les services d'accueil ou l'assistante sociale accompagnent alors les patient·e·s dans les démarches pour bénéficier d'une assurance mutuelle.

Enfin, plusieurs études ont déjà démontré le moindre recours à la seconde ligne pour les patient·e·s inscrit·e·s en maison médicale au forfait (AIM, 2017 ; KCE, 2008) ce qui diminue les dépenses en seconde ligne pour les patient·e·s. Notre analyse ne nous a pas permis de déterminer si ce phénomène était également confirmé pour les maisons médicales à l'acte.

Cependant, même si les maisons médicales ont un impact important sur l'accès financier aux soins elles ne résolvent pas toutes les questions de report de soins. Les médicaments restent compliqués à prendre en charge financièrement pour de nombreux·ses patient·e·s qui font parfois face à un report ou à un renoncement aux soins. Certain·e·s ont d'ailleurs élaboré des stratégies avec leur pharmacien·ne afin de pouvoir faciliter la prise en charge financière de ce poste de santé.

« Vu qu'on connaît la pharmacie du quartier, on peut s'engager à payer en deux fois ou trois, ou payer petit à petit [...] Pour les gens qui ont pas la chance comme moi de connaître les pharmaciens, ça doit être plus dur pour eux. » (Liam, patient)

Il en va de même pour les soins ophtalmologiques et les lunettes qui sont également compliqués à prendre en charge financièrement pour certaines personnes.

De manière générale, un nombre conséquent de patient·e·s que nous avons rencontré vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles ce qui impacte négativement leur accès financier aux soins.

« On n'est que le 19, on n'est pas à la fin du mois, mais pour moi c'est la fin du mois. » (Monia, patiente)

VI. Commodité

La commodité fait référence à l'organisation pratique du système de soins et la manière dont le ou la patient·e s'en accommode. Les maisons médicales ont mis en place un système de soins dont certains aspects favorisent l'accès aux soins des patient·e·s.

Un premier aspect est le fait que l'équipe soit composée de plusieurs médecins généralistes ce qui permet aux patient·e·s d'être reçu·e·s par un·e médecin généraliste lorsque c'est nécessaire. En effet, en cas d'absence du·de la médecin généraliste (pour cause de congé ou autres), le·la patient·e continue à s'adresser à la même structure et est reçu par un·e médecin généraliste qui a accès à son dossier médical. De même, si le·la patient·e doit être vu·e de manière urgente et que le·la médecin n'est pas disponible, un·e autre médecin peut le remplacer. Cela favorise donc grandement la continuité des soins.

« Elle [l'accueillante] a été demander au docteur et il a dit non je ne peux absolument pas quitter, mais j'envoie la doctoresse, que je connaissais. Alors elle, elle prend le dossier, mon dossier, et alors elle arrive. Et ça, je trouve très confortable. » (Josiane, patiente à domicile)

Un deuxième avantage de la maison médicale par rapport à une pratique de médecine générale en solo est le fait qu'elle permet de centraliser toutes les démarches et les prises de rendez-vous au même endroit pour les différentes disciplines. Cette centralisation des démarches facilite l'organisation des patient·e·s d'un point de vue administratif, mais aussi d'un point de vue plus psychologique. Il est parfois difficile pour certaines personnes de prendre leur téléphone, de se présenter à quelqu'un qu'on ne connaît pas ou de devoir reconstruire une relation de confiance.

Chercheuse : *« Vous iriez quand même chez le psy sans la maison médicale? »*

Violaine, patiente : « *Oui, mais il y a même pas de comparaison, je me rends compte de la richesse et de la chance que j'ai d'être ici, je n'arrête pas de le dire. Je vais chez un psy ou même chez un psychiatre, je dois consulter le médecin famille, 23€ remboursé, mais c'est même pas question que de finance hein, puis il me dit, je dois aller chez un psychiatre déjà, ce n'est plus sur la même place, il faut se déplacer aller, là aussi, attendre, encore tout raconter, parce qu'on en connaît pas, puis il va me conseiller un psychologue à 60€ de l'heure que je dois encore tout raconter puis il faut une infirmière, encore à trouver. Quand tu n'es pas bien, tu n'as plus le courage de chaque fois tout reprendre à zéro pour tout raconter.* »

« *Comme je dis, je suis pas loin de la maison médicale et en plus les rendez-vous, ça dure pas, ça vous prend pas des semaines, des mois, c'est un avantage qu'il y ait plusieurs disciplines là, on a plus facilement accès à avoir des rdv.* » (Virginie, patiente)

Lorsque le travail d'équipe est moins développé, comme à la maison médicale à l'acte et non affiliée (cluster B), les patient·e·s tendent à moins mettre en évidence cette facilité dans les démarches.

Cela nous amène à insister sur l'importance de soutenir le-la patient·e dans ses démarches vis-à-vis du système de soins de santé. Que ce soit le service d'accueil ou d'autres professionnel·le·s, le fait d'être accompagné·e dans les démarches (avoir les coordonnées de la personne à contacter, passer le coup de téléphone, prendre rendez-vous, etc.) semble souvent être un levier important pour obtenir des soins.

Un autre avantage est sans conteste, le service d'accueil qui rend la maison médicale facilement joignable que ce soit par téléphone ou sur place et qui facilite l'organisation des soins.

« [Ancien médecin solo] *Oui, pas de secrétariat, très difficile pour la contacter, pour avoir des rendez-vous. Quand elle était en visites à domicile, son gsm était coupé donc on laissait un message, mais elle recontactait pas toujours le jour même, parfois le lendemain ou le surlendemain.* » (Leila, patiente)

« *Quand on voit avec des patients, ils doivent prendre rendez-vous [chez leur médecin généraliste] sur un site internet, mais les patients, ils ne savent pas faire ça. [...] Souvent il y a des patients, qui racontent que leur docteur leur a dit d'aller dans le bottin, voir la rubrique infirmière et voilà, mais les vieux, ils ne savent pas faire ça, ils sont perdus.* » (Anne, infirmière)

La maison médicale au forfait non ASI (cluster C) propose également des prises de rendez-vous ou de renouvellement d'ordonnance par internet. Ce service est apprécié par certaines personnes parce qu'il simplifie les démarches (« *je commande les médicaments et le lendemain à 16h, je peux venir les chercher. C'est mieux par internet sinon on doit venir deux fois* »),⁴⁵ mais ne doit pas se substituer à un accueil physique et par téléphone.

Ce service d'accueil est moins développé dans la maison médicale à l'acte et non affiliée (cluster B). Amélie, patiente, nous raconte d'ailleurs prendre rendez-vous pour une pédicure médicale à la maison médicale et que l'accueil n'est pas au courant que ce service existe. Cela est problématique pour des personnes qui ont besoin de soutien pour être orientées dans le système de soins de santé.

Concernant les consultations sur rendez-vous, ce système est apprécié par les patient·e·s qui racontent leurs expériences de longues heures d'attente chez des médecins généralistes sans rendez-vous. Édith, patiente chez un médecin généraliste solo, reporte d'ailleurs des consultations chez son médecin généraliste pour cause de trop longues heures d'attente. Cependant, certain·e·s

⁴⁵ Yasmine, patiente.

professionnel.le-s attirent l'attention sur le fait que pour certaines personnes précaires, prendre un rendez-vous nécessite une organisation qui peut parfois être un frein.

Peu de patient.e-s ont insisté sur l'amplitude des heures d'ouverture en maison médicale et ses avantages, mais c'est sans doute parce que seules six personnes interviewées avaient un emploi. De même, le fait que le forfait complique le fait de voir d'autres professionnel.le-s de santé de première ligne (car les MKI en dehors de la maison médicale ne sont pas remboursés) n'est pas un obstacle pour les personnes précaires. Par contre, le forfait a l'avantage de diminuer les démarches administratives :

« Après avoir été chez le médecin, il faut aller à la mutuelle, rendre les documents, c'est plus de travail administratif à faire après. Ici non, tu viens consulter, puis tout est réglé par la maison médicale, c'est un avantage. » (Alice, patiente)

Pour trois maisons médicales, la pratique de groupe a également permis d'investir dans une meilleure infrastructure, ce qui est rapporté positivement par les patient.e-s. Pour la maison médicale en milieu rural, le financement FEADER a permis de larges rénovations tandis que les deux autres maisons médicales au forfait ont financé l'infrastructure sur fonds propres. La maison médicale à l'acte et non affiliée (cluster B) a, quant à elle, une infrastructure plutôt désuète, mais ne rentrait pas dans les critères du FEADER.

Enfin, une majorité des personnes inscrites dans les maisons médicales fonctionnant sur rendez-vous relate le fait que le-la médecin généraliste prend le temps en consultation. Alors qu'un.e médecin généraliste travaillant seul.e et sans rendez-vous a une charge de travail importante et peut être pressé.e par le nombre de personnes dans la salle d'attente. A contrario, le fait de fonctionner avec des rendez-vous d'au moins 20 minutes donne le temps aux personnes de s'exprimer. Cela a été fort relaté par les personnes vivant en milieu rural.

« Ce qui est bien là la maison médicale, c'est qu'on a bien le temps. Que ce soit l'un ou l'autre, ils prennent le temps. Si tu vas chez le Dr XX [médecin généraliste solo], là, c'est 10 minutes top chrono. Parce qu'il y a trop de patients, il n'y arrive plus. C'est beaucoup trop court 10 min. Alors j'oublie, je sors du médecin et je me dis que j'ai oublié de demander ça. » (Josiane, patiente)

VII. Pertinence et qualité des soins

Notre analyse sur la pertinence et la qualité des soins est purement qualitative et il serait donc intéressant de la coupler à une analyse quantitative d'indicateurs de qualité de soins selon les types de pratiques de médecine générale.

Les maisons médicales, parce qu'elles sont des pratiques de groupe où le dossier médical est partagé entre professionnel.le-s, permettent une meilleure continuité des soins dans le sens où lorsqu'une personne est absente (congé, maladie, temps partiel), les soins sont assurés par d'autres (comme mentionné ci-dessus).

Un deuxième élément fort relaté par les personnes inscrites dans les maisons médicales qui fonctionnent sur rendez-vous est le temps plus important accordé à la consultation chez le ou la médecin généraliste (comme mentionné ci-dessus). Ce temps plus important accordé à chaque patient.e augmente probablement la qualité des soins.

Ensuite, le fait qu'il y ait plusieurs disciplines au sein d'une même équipe permet à certain.e-s patient.e-s d'avoir accès à d'autres disciplines qu'ils ou elles n'auraient pas consulté autrement (on pense notamment aux soins dentaires et aux consultations avec un.e psychologue ou encore à la kiné). Une prise en charge interdisciplinaire autour d'un.e même patient.e augmente également

la qualité des soins. Pour que cette prise en charge existe, il semble nécessaire qu'une communication structurée soit établie entre les professionnel·le·s de santé ainsi qu'un partage des dossiers médicaux.

« Nous on communique très facilement et dans la pratique, c'est bénéfique pour le patient en première ligne, le médecin peut nous appeler en consultation et on trouve une solution directement. On fait déjà une prise en charge. » (Olivier, kinésithérapeute)

Ainsi, les réunions et contacts réguliers entre professionnel·le·s pour discuter des patients constituent un levier pour une prise en charge de qualité des patient·e·s. Il ne suffit donc pas que plusieurs professionnel·le·s partagent un même lieu de pratique pour apporter une approche interdisciplinaire. Au plus l'équipe se coordonne de manière formelle et informelle, au plus l'impact sur la qualité des soins semble important.

Chercheure : *« Le fait d'avoir une coordination des différentes disciplines, ça a un impact selon vous ? »*

Émilie, infirmière : *« Oui c'est un vrai levier pour les gens, vraiment. Une fois par semaine, on parle d'un cas et on est tous autour de la table et donc on a tout de suite les infos que ce soit au niveau psy, AS, médecin, puis après ça, on redirige et chacun fait son job puis on prend des discussions communes pour tous aller dans le même sens. »*

Lorsqu'une assistant·e social·e fait partie de l'équipe, elle permet d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé⁴⁶. Cette action peut aussi être intégrée par d'autres membres de l'équipe qui y portent une attention particulière.

L'approche de l'accueil diffère selon les maisons médicales. Pour deux d'entre elles (les maisons médicales affiliées à la FMM), il est explicité par les professionnel·le·s comme premier lieu de soins et de pouvoir être à l'écoute des demandes du·de la patient·e. Plusieurs patient·e·s de ces maisons médicales nous parlent de leur relation avec l'accueil :

« XX [nom de l'accueillant·e] est très sympathique, elle était devenue un peu notre mascotte, on l'aime bien, on a un petit bonjour au téléphone, ça dure pas longtemps, mais ça fait du bien. » (Denise, patiente)

« Je suis pas un numéro, j'arrive et on me reconnaît, tu vois, c'est des petits trucs, mais ça fait plaisir. » (Jeanne, patiente)

« J'ai de très bons contacts avec XX [nom de l'accueillant·e], on se connaît, quand je téléphone, je sais que ça va aller. » (Isabelle, patiente)

Enfin, de nombreuses personnes rencontrées sont dans une situation d'isolement social certaine. Pour certain·e·s, la maison médicale est un des seuls contacts qu'elles ont encore.

« Il y avait le contact toujours avec les infirmières qui venaient entre-temps. On ne se sentait pas abandonné. C'est ce côté que je veux expliquer. » (Jeanne, patiente)

« Chez nous il n'y a rien, pas d'activités. Nos activités, c'est la maison médicale ou les hôpitaux. » (Marc, patient)

⁴⁶ « Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (définition de l'OMS). Ils sont l'une des principales causes des inégalités sociales de santé. Ils désignent donc les conditions de vie, de travail, etc. des individus.

Les activités de santé communautaire permettent donc de rompre l'isolement de certaines personnes.

« Ça, ça me donne de l'espoir »⁴⁷ ou « Mais pour moi personnellement, j'ai perdu mon époux il y a un an et donc, il fallait bien que je sorte de la maison parce que sinon c'est plus possible donc ça a été... »⁴⁸ ou encore « Oui, j'ai toujours participé aux activités de la MM. Mon médecin et ma psy disaient que ça me faisait sortir de chez moi. On a été à des balades, des repas, énormément d'activités. Ici, ils font rien, c'est un peu malheureux. Ça me manque. Je suis quelqu'un qui aime bien être dans des trucs sociaux. »

Cependant, il semble que ces activités concernent un nombre limité de patient·e·s et que les personnes isolées n'y participent pas toujours même si elles y ont accès.

D'autres trouvent du soutien dans d'autres structures comme Amélie, patiente : « Je vis toute seule, je sors d'un divorce. C'est pas facile quand même d'être toute seule.[...] Je vais à XX, il y a des assistants sociaux, je vais souvent discuter avec eux, ça me fait du bien, expliquer mes soucis. C'est une épicerie sociale au départ où il y a plein de trucs, des activités, on fait plein de bricolages ensemble, ça me fait du bien. Sinon, toute la journée rester chez moi toute seule, ça n'irait pas. »

Concernant les activités de santé communautaire, nous avons pu remarquer que le journal publié par la maison médicale au forfait et ASI (cluster A) permet un sentiment d'appartenance à une communauté.

Enfin, pour la majorité des patient·e·s rencontré·e·s, le réflexe quand ils ont un problème de santé est de contacter la maison médicale. Une bonne partie d'entre eux ne consulte la seconde ligne uniquement sur avis de leur médecin généraliste. Nos entretiens n'ont pas permis de déterminer si, en maison médicale à l'acte, comme cela a déjà été démontré pour les maisons médicales au forfait (AIM, 2017), le recours à la seconde ligne et les dépenses en seconde ligne étaient moins importants en maison médicale. Une analyse quantitative serait plus appropriée à ce propos, tout comme pour déterminer l'impact des activités de prévention.

6.4. CONCLUSION

Au regard de notre analyse, les maisons médicales semblent constituer une partie de la solution pour attirer et maintenir des professionnel·le·s de santé dans la première ligne. En effet, elles présentent deux avantages principaux : le fait de travailler en équipe interdisciplinaire et le fait de disposer d'un service d'accueil, de secrétariat et de gestion. Cependant certain·e·s professionnel·le·s nous ont aussi rapporté le fait que la charge émotionnelle liée au fait de travailler avec des personnes précaires ainsi que l'autogestion peuvent parfois être un frein dans la pratique.

Globalement, les maisons médicales permettent d'augmenter l'accès physique en ayant un impact sur une localisation plus optimale, et en concentrant plusieurs disciplines au même endroit. La pratique de groupe peut faciliter les visites à domicile, mais ce n'est pas automatique. Toutefois, pour plusieurs patient·e·s, la mobilité reste un obstacle à l'accès aux soins, et ce, plutôt en milieu rural.

Lorsque les maisons médicales établissent des partenariats et sont insérées dans des réseaux, cela permet à des personnes éloignées du système de soins de santé d'y avoir tout de même accès. C'est donc principalement cette activité qui a un impact positif sur l'« approachability ». Remarquons

⁴⁷ Violaine, patiente

⁴⁸ Observation directe réalisée le 21 février 2019.

également que le fait de s'appeler « maison médicale » facilite en soi l'identification de structures de soins par les patient·e·s.

Ensuite, le fait que les maisons médicales soient des pratiques de groupe permet une mixité de genre et socioculturelle qui est appréciée par les patient·e·s. Mais c'est surtout la sensibilité des professionnel·le·s travaillant en maison médicale par rapport aux situations de précarité qui a un impact positif sur l'acceptabilité des soins, même si cette dernière n'est pas l'apanage des maisons médicales. Les dispositifs mis en place pour contourner l'obstacle de la langue permettent également à certaines populations de faciliter l'accès aux soins.

L'accès financier est sans doute la dimension qui a le plus souvent et le plus longuement été évoquée par les patient·e·s rencontré·e·s. Nous retenons que les maisons médicales mettent en place une stratégie financière d'accès aux soins qui est assez étendue et qu'elles y apportent une attention spécifique. Non seulement le coût des consultations chez le·la médecin généraliste, le·la kiné et l'infirmier·ère peut être moins élevé que chez des professionnel·le·s en solo, ce qui a un impact important pour les personnes non BIM, mais précaires ; mais, la stratégie financière d'accès aux soins est plus large. Le fait qu'il y ait d'autres disciplines financièrement plus accessibles (comme les psys et dentistes) permet à certaines personnes d'avoir accès à ces soins qu'elles n'auraient pas eus sinon. Une attention au coût des médicaments, à leur nécessité et aux manières de réduire ce coût constitue un levier non négligeable pour certain·e·s patient·e·s. De plus, les activités en santé communautaire, de par leur gratuité ou leur faible coût, facilitent la participation à ces dernières pour certaines personnes. De manière générale, nous avons pu constater que lorsqu'une personne est inscrite en maison médicale, son premier réflexe lorsqu'elle a besoin de soins est de contacter la maison médicale. Cela a probablement un impact positif sur une plus faible utilisation de la seconde ligne (et donc sur les dépenses en santé). Enfin, nous avons rencontré de nombreuses personnes vivant dans des conditions socioéconomiques précaires, ce qui constitue, en soi, un frein à l'accès financier. Certaines maisons médicales, de par leur attention constante à ces questions et de par la présence d'un·e assistant·e social·e ont un impact positif sur les conditions matérielles des patient·e·s.

Cela n'empêche pas que les patient·e·s connaissent des reports ou du renoncement aux soins, pour des raisons financières, principalement pour les médicaments, les soins psychologiques et les soins dentaires.

Une autre dimension sur laquelle la maison médicale a un impact positif par rapport à un·e médecin généraliste solo est la commodité. Tout le monde souligne la facilité de rentrer en contact avec la maison médicale grâce à l'accueil, les facilités administratives qu'engendre le forfait, la centralisation des disciplines et la disponibilité des médecins généralistes. Le fait que les consultations soient sur rendez-vous est aussi grandement apprécié. Beaucoup de patient·e·s nous font aussi part du temps important consacré à chaque consultation de médecine générale.

Enfin, la maison médicale, via certains mécanismes, permet d'augmenter la qualité des soins. D'abord parce que la pratique de groupe et le fait que les dossiers médicaux soient partagés augmentent la continuité des soins. Ensuite, le temps plus important consacré en consultation augmente probablement la qualité. De plus, les nombreuses interactions formelles et informelles de l'équipe interdisciplinaire apportent une prise en charge interdisciplinaire qui semble bénéfique pour le·la patient·e. Le service d'accueil, lorsqu'il est explicité comme lieu de soins, apporte un vrai plus pour des personnes précaires et isolées. La présence d'un·e assistant·e social·e permet d'influencer positivement les déterminants sociaux de la santé. Les activités de santé communautaire permettent de rompre l'isolement social. Cependant, elles semblent ne pas toujours arriver à toucher les patient·e·s qui en auraient besoin.

Insistons également sur l'importance d'un·e médecin généraliste attiré·e pour chaque patient·e qui renforce la confiance dans la structure et la qualité des soins.

Au regard de cette analyse, il semble que les critères ASI sont ciblés de manière adéquate par rapport aux activités de la maison médicale qui ont un impact positif sur l'accès aux soins. Mettons notamment en évidence les partenariats que les ASI doivent développer et le fait de ne pas exclure de patient·e·s pour raisons financières qui permettent de faciliter l'accès aux soins pour les personnes les plus exclues de notre système de santé ; la multidisciplinarité et la coordination d'équipe qui impactent positivement les sept dimensions de l'accès aux soins ; les activités de santé communautaire qui permettent de rompre l'isolement social.

Le financement d'une fonction d'accueil est clé, car elle augmente la disponibilité des professionnel·le·s de santé, elle facilite grandement la prise de contact avec la structure de soins et elle constitue, en tant que telle, un premier lieu d'écoute et de soins. Le budget alloué aux ASI semble également pertinent, car il finance certaines fonctions clés des maisons médicales qui ne sont pas directement liées aux professionnel·le·s de santé.

Toutefois, certaines ASI ne semblent pas réaliser l'ensemble des activités prévues par l'agrément (notamment les fonctions de santé communautaire) ou certaines activités ne sont pas toujours développées de manière assez approfondie (notamment la fonction d'accueil et la coordination de l'équipe). Concernant les ASI, le fait d'être affiliée à une fédération semble garantir un respect adéquat des critères. Il faudrait pouvoir aller à la rencontre d'un nombre plus élevé d'ASI non affiliées afin de confirmer ce phénomène que nous avons pu constater dans nos études de cas.

Les maisons médicales au forfait non agréées permettent également, grâce à une série d'activités, d'améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires. Cependant, elles ne développent pas toutes l'ensemble des activités qui ont un impact sur l'accès aux soins (pensons notamment aux partenariats avec le relais santé, aux activités de santé communautaire ou à la fonction d'accueil comme lieu d'écoute et de soins). C'est en ce sens que l'agrément ASI est pertinent, car il permet d'homogénéiser les maisons médicales en garantissant formellement un ensemble d'activités qui facilitent l'accès aux soins pour les personnes précaires.

7. Conclusions et recommandations

Notre question d'évaluation initiale a été reformulée suite à deux constats élaborés à la suite de l'analyse du secteur des maisons médicales et de la politique évaluée du PLCP (la mesure 5.1.2. concernant le développement des maisons médicales) :

- Le PLCP n'a pas eu d'impact sur les politiques visant à favoriser le développement des maisons médicales en Région wallonne entre 2015 et 2018.
- Il existe un décalage entre les objectifs du PLCP et ceux des deux politiques wallonnes concernant les maisons médicales (ASI et FEADER).

Notre question d'évaluation principale est alors devenue la suivante :

« Dans quelle mesure les associations de santé intégrée améliorent-elles l'accès aux soins de santé de première ligne pour les personnes précaires en Région Wallonne ? »

Notre évaluation ne s'est pas focalisée sur l'apport du PLCP, mais bien sur la principale politique wallonne de soutien aux maisons médicales. Nous l'avons décomposée en trois sous-questions d'évaluation. Nous reconstituons dans un premier temps les éléments de réponse que cette évaluation a permis d'apporter à ces trois sous-questions. Dans un second temps, nous émettons plusieurs recommandations.

Les deux premières sous-questions d'évaluation ont pour but d'éclairer la réalité des maisons médicales à l'acte jusqu'alors pas étudiées. D'une part, en comparant la patientèle de trois types de pratique de médecine générale : maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratique à l'acte classique. D'autre part, en réalisant une analyse de l'accessibilité des maisons médicales à l'acte en milieu urbain permettant de corriger le biais d'implantation.

Ces deux questions évaluatives ont été analysées dans le volet quantitatif (partie 5) de ce rapport :

« Dans quelle mesure les caractéristiques socioéconomiques ainsi que le comportement de la patientèle diffèrent selon le type de pratique de médecine générale (maison médicale au forfait, maison médicale à l'acte et pratique à l'acte classique) ? »

« En milieu urbain, les maisons médicales à l'acte ont-elles une patientèle significativement plus précarisée ? »

L'analyse nous permet de conclure que les maisons médicales au forfait ont une patientèle fortement plus précarisée que la population wallonne (et ce, au vu de différents indicateurs). La patientèle en maison médicale à l'acte est également plus précaire, mais se rapproche plus, selon certains indicateurs, de la patientèle à l'acte classique que de celle au forfait.

Cette précarisation de la patientèle en maison médicale ne s'explique pas seulement par le contexte communal où sont implantées les maisons médicales. En effet, lorsqu'on corrige le biais d'implantation de celles-ci, on remarque qu'au sein d'une même commune (en l'occurrence à Liège), les maisons médicales au forfait recrutent systématiquement plus de BIM que la proportion de personnes BIM du secteur statistique (BOUTSEN et al , 2017b). Les maisons médicales à l'acte, à Charleroi et Namur, recrutent également, dans la majorité des secteurs statistiques, plus de BIM que la pratique à l'acte classique.

Nous avons également comparé le comportement de la patientèle selon le type de pratique de médecine générale au regard de deux indicateurs : la proportion de la patientèle ayant eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste en 2016 et le nombre de contacts annuels moyen pour

les personnes ayant consulté au moins une fois le-la médecin généraliste. Les maisons médicales au forfait se distinguent par un nombre de contacts moyen et une part de la population ayant eu au moins un contact significativement plus élevés chez les personnes non BIM que les deux autres types de pratique et ce, peu importe la classe d'âge. Cela tend à illustrer une morbidité plus importante de la patientèle au forfait ainsi que des barrières à l'accès aux soins pour les personnes non BIM qui consultent en pratique à l'acte classique. Pour les BIM, ce sont dans les maisons médicales à l'acte qui comptent le nombre de contacts moyen le plus élevé, quelle que soit la classe d'âge. Le nombre de contacts moyen en maison médicale à l'acte est plus élevé qu'en pratique à l'acte classique et ce, peu importe la tranche d'âge ou le statut BIM.

Cette analyse nous permet de conclure que les maisons médicales à l'acte représentent bien des pratiques à l'acte spécifiques partageant certains traits communs avec les maisons médicales au forfait : elles ont une patientèle plus précaire que la moyenne wallonne et leur patientèle consulte plus souvent qu'en pratique à l'acte classique ce qui tend à révéler un accès aux soins facilité ou une plus grande morbidité de la patientèle.

La troisième question d'évaluation avait pour objectif d'ouvrir la « boîte noire » des maisons médicales et a été analysée dans le volet qualitatif de ce rapport (sixième partie) :

« Quels sont les différents mécanismes que les maisons médicales (ASI) mettent en place qui ont un impact sur l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne ? »

Pour répondre à cette question, nous avons décomposé l'accès aux soins en sept dimensions et nous avons identifié sept ensembles d'activités différentes dans la maison médicale. Le schéma en annexe 9 illustre quelles activités de la maison médicale ont un impact sur chacune des dimensions de l'accès aux soins. Il reprend également les facteurs externes influençant l'accès aux soins sur lesquels les maisons médicales ont peu de prise.

Ainsi, l'équipe interdisciplinaire a un impact positif sur chacune des dimensions de l'accès aux soins. Le fait d'avoir différentes disciplines dans la maison médicale améliore l'accès physique des soins de première ligne et peut améliorer l'accès financier en proposant des consultations à moindre coût (par exemple, pour les soins dentaires ou psychologiques). La coordination de l'équipe améliore la qualité des soins en assurant une meilleure continuité des soins et en fournissant un regard interdisciplinaire. L'intégration d'un-e psychothérapeute et d'un-e assistant-e social-e au sein de l'équipe permet d'assurer un suivi psycho-social des patient-e-s. L'équipe interdisciplinaire facilite l'identification des disciplines pour le ou la patient-e et centralise les démarches pour cette dernière. Elle attire également des professionnel-le-s de santé vers la première ligne.

Une autre activité clé de la maison médicale est la fonction d'accueil, de gestion et de secrétariat. D'abord parce que cette dernière, lorsqu'elle est fort développée, décharge les professionnel-le-s de santé d'une série de tâches augmentant la disponibilité de ces dernier-e-s. Elle facilite aussi les démarches pour les patient-e-s et rend la structure assurant les soins de première ligne facilement joignable. Enfin, elle peut constituer un premier lieu d'écoute et de soins lorsqu'elle est considérée comme telle, ce qui augmente la qualité des soins.

La sensibilité des professionnel-le-s en maison médicale à la précarité ainsi que la mixité éventuelle de genre et socioculturelle augmentent l'acceptabilité de la structure pour certaines personnes. De même, les partenariats que la maison médicale met en place avec certaines structures ainsi qu'une connaissance approfondie du réseau local permet à ce que des personnes très éloignées du système de santé puissent avoir accès aux soins de santé primaires. Nous faisons également remarquer que l'appellation « maison médicale » est, en soi, un facteur d'identification d'une structure de soins accessibles.

Il est important de souligner que c'est une stratégie élargie qui est développée par les maisons médicales pour assurer l'accès financier aux soins. Elle va en effet au-delà d'un éventuel coût réduit des consultations chez le-la médecin généraliste (soit via le financement au forfait, soit via le tiers-payant et/ou l'absence de ticket modérateur). Cette stratégie élargie comprend notamment des consultations moins chères pour d'autres disciplines et une attention particulière au rapport coût/bénéfice lors de la prescription de médicaments. Dans certaines maisons médicales, l'existence d'un-e assistant-e social-e permet d'améliorer les conditions matérielles des patient-e-s et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Cette attention peut également être portée par d'autres membres de l'équipe. Les activités de santé communautaire permettent aussi de proposer des activités (quasi)gratuites. Le fait que les ASI ne peuvent exclure de patient-e pour raisons financières éliminent certaines barrières financières pour les personnes les plus précaires et assurent que les maisons médicales soutiennent le-la patient-e dans ses démarches, notamment en termes de couverture par l'assurance maladie.

La façon dont sont organisées les consultations et les contacts avec la maison médicale facilite également les démarches pour les patient-e-s. Il faut aussi noter le temps accordé à chaque consultation qui semble plus important que chez la majorité des médecins généralistes solo.

Enfin, les activités de santé communautaire recréent du lien social même si elles concernent, dans les maisons médicales étudiées, un nombre limité de personnes.

Suite à cette analyse, nous constatons que les critères que les maisons médicales doivent respecter pour être agréées par la Région wallonne semblent pertinents au regard de l'accès aux soins pour les personnes précaires. En effet, la multidisciplinarité et la coordination en équipe interdisciplinaire ; l'articulation avec le réseau et les partenariats ; la fonction d'accueil ; les activités de santé communautaire ; le fait de s'engager à ne pas exclure des patient-e-s pour raisons financières sont autant d'activités de la maison médicale qui ont un impact positif sur l'accès aux soins. Le budget alloué aux ASI fait sens en mettant l'accent sur des fonctions non directement liées aux professionnel-le-s de santé telles que la fonction d'accueil qui constitue la partie la plus importante du subsidé ASI, la coordination d'équipe et la santé communautaire.

Cependant, nous avons identifié des facteurs externes qui ont un impact négatif sur l'accès aux soins et sur lesquels les maisons médicales ont peu d'influence.

Premièrement, il est important de souligner le contexte de pénurie de médecins généralistes en Région wallonne qui a un impact négatif sur l'offre disponible. Si les maisons médicales représentent une partie de la réponse pour attirer et maintenir des médecins généralistes, elles doivent s'articuler avec d'autres solutions. Nous renvoyons ici aux recommandations faites par Lenoir (2017). Cette pénurie de médecins généralistes constitue l'obstacle le plus important limitant le développement des maisons médicales en Région wallonne.

Ensuite, les problèmes de mobilité restent un obstacle important à l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires surtout en milieu rural. De plus, si les maisons médicales facilitent l'accès financier aux soins, il faut noter que les conditions socioéconomiques de beaucoup de personnes rencontrées sont (très) précaires. Ces dernières se traduisent dans certains cas par un report ou un renoncement aux soins chez les professionnel-le-s de première ligne (médecin, kinésithérapeute, infirmier-ère), mais aussi et surtout, pour d'autres soins de santé qui restent compliqués à prendre en charge : les médicaments, les soins psychologiques, les soins dentaires et ophtalmologiques notamment.

Un nombre important de personnes rencontrées se trouve dans une situation d'isolement social. Les maisons médicales participent à maintenir le lien entre ces personnes et la société, mais d'autres réponses structurelles devraient être apportées à cette question.

Enfin, nous nous permettons de souligner l'importance des déterminants sociaux de la santé dans l'explication de l'état de santé des personnes (Avalosse *et al.*, 2015 ; Couffinhal, 2005). Or, si certaines maisons médicales, de par l'existence d'un.e assistant.e social.e et/ou d'une attention particulière de l'équipe, prennent ces déterminants non médicaux de la santé en compte, une réponse structurelle et coordonnée pour réduire les inégalités sociales de santé semble indispensable (qui inclut donc des domaines variés comme la mobilité, le logement, le revenu, etc.).

Recommandations

Les recommandations qui suivent portent d'une part, sur les actions que la Région wallonne peut mettre en place pour favoriser le développement des maisons médicales et améliorer l'accès aux soins de santé de première ligne de manière plus large et d'autre part, sur le plan en lui-même (reprises de la conclusion de la troisième partie de ce rapport).

Favoriser le développement des maisons médicales en Région wallonne

Continuer à soutenir les maisons médicales, via la politique ASI, avec une enveloppe ouverte

Cette évaluation a mis en évidence les impacts positifs des différentes activités des maisons médicales permettant d'améliorer l'accès aux soins de première ligne pour les personnes précaires en Région wallonne. Nous avons également démontré la pertinence des critères que les maisons médicales doivent respecter pour devenir ASI ainsi que la pertinence de leur financement. Une première recommandation visant à continuer à soutenir les maisons médicales via cette politique coule donc de source. Il nous semble important que cette politique puisse continuer à fonctionner en enveloppe ouverte, c'est-à-dire que toutes les nouvelles pratiques répondant aux critères ASI puissent être agréées et donc financées.

Améliorer la promotion de l'agrément ASI pour les maisons médicales à l'acte

Il apparaît que dans l'imaginaire collectif, l'agrément ASI semble encore parfois être réservé aux maisons médicales fonctionnant au forfait. Or, les maisons médicales à l'acte entrent également dans le champ d'application de cette mesure. Une promotion de l'agrément ASI également pour les maisons médicales à l'acte pourrait améliorer la connaissance de ce dernier et favoriser la création de maisons médicales à l'acte ou la transformation de pratiques à l'acte vers le modèle de maison médicale.

Élargir les critères de sélection dans le cadre d'un potentiel nouvel appel à projets FEADER

Dans le cadre d'un potentiel nouvel appel à projets FEADER (puisque seule la moitié de l'enveloppe dédiée à cette politique a été dépensée), il nous semble pertinent d'élargir les critères de sélection des ASI afin qu'un nombre plus important d'ASI puisse bénéficier de ce financement.

Améliorer l'accès aux soins de santé primaire en Région wallonne

Améliorer la mise en pratique de certains critères ASI : la coordination de l'équipe, la fonction d'accueil et la santé communautaire

Si les critères des ASI paraissent pertinents au regard de l'accès aux soins pour les personnes précaires, ces derniers pourraient, dans certains cas, bénéficier d'une meilleure application. Nous encourageons les ASI et l'AVIQ à être particulièrement attentives à l'existence d'une coordination d'équipe interdisciplinaire régulière, qui puisse se faire de manière formelle, via des réunions

d'équipe et de manière informelle. Nous insistons également sur la fonction d'accueil qui gagne à être parfois plus développée : véritable accueil des patient·e·s, courroie de transmission entre les différentes disciplines de la maison médicale et le-la patient·e, centralisation des rendez-vous et lieu d'écoute et de soins. À cet effet, des formations aux accueillant·e·s pourraient être dispensées. Il en va de même pour les activités en santé communautaire.

Réfléchir à une harmonisation des structures s'appelant « maison médicale » pour que ce terme permette de faire référence à des structures facilitant l'accès aux soins

Nous avons mis en évidence le fait que l'appellation « maison médicale » favorise en soi, pour les personnes précaires, l'identification d'une structure de soins de première ligne plus accessibles. Or, cette appellation n'est actuellement pas protégée ce qui signifie que des pratiques ne développant pas l'ensemble des activités des maisons médicales peuvent utiliser cette appellation. Il nous semble important de pouvoir entamer une réflexion visant à harmoniser les structures s'appelant « maison médicale » afin que ces dernières identifient véritablement des structures développant les activités des maisons médicales telles que définies dans cette évaluation.

Améliorer la formation des professionnel·le·s de santé sur les questions de précarité

La sensibilité des professionnel·le·s des maisons médicales à la précarité a été relevée par les patient·e·s comme un facteur favorisant l'acceptabilité des structures de soins. Plusieurs personnes rencontrées ont été confrontées à des réactions de professionnel·le·s de santé traduisant une méconnaissance des situations de pauvreté et de précarité. Il nous semble essentiel que les pouvoirs publics puissent encourager, dans les cursus et par la suite, une formation des professionnel·le·s de santé aux situations de pauvreté et de précarité et à l'importance des déterminants sociaux de la santé. Il serait également intéressant de pouvoir entamer une réflexion sur une meilleure prise en compte des déterminants non médicaux de la santé dans la relation patient·e / professionnel·le de santé. En ce sens, une piste qui pourrait être envisagée est d'inclure, dans le DMG, des indicateurs sur ces déterminants non médicaux.

Porter une réflexion sur l'élargissement du tiers-payant obligatoire (pour les personnes non BIM, pour les soins dentaires, etc.)

Nous avons mis en évidence lors de cette évaluation l'existence de barrières financières à l'accès aux soins de santé de première ligne. Elles concernent soit, les consultations médecin, kiné, infirmier·ère pour les personnes non BIM ou d'autres soins de santé comme les soins psychologiques, les soins dentaires ou ophtalmologiques. Nous proposons de porter une réflexion sur l'élargissement du tiers-payant obligatoire, qui permettrait de diminuer certaines barrières financières, aux personnes non BIM et à d'autres types de professionnel·le·s de santé (notamment les dentistes).

Recommandations portant sur l'élaboration et la gouvernance du PLCP

Archiver, dès la phase d'élaboration, tous les documents officiels de la politique et en assurer l'accès à l'instance évaluative

Pour le PLCP, les documents officiels après son adoption par le Gouvernement ont bien été archivés et un accès était assuré par la Cellule des Stratégies Transversales. Cependant, nous avons connu beaucoup de difficultés à accéder aux documents officiels ayant trait à l'élaboration du PLCP. Or, ces derniers facilitent grandement la compréhension de la logique d'intervention du plan et la façon dont ce dernier a été conçu.

Clarifier, dès le départ, le financement de chacune des mesures du PLCP

Si l'objectif d'un plan est bien d'avoir une ambition supplémentaire en termes de lutte contre la pauvreté, il nous paraît essentiel qu'un budget soit clairement identifié pour chacune des mesures du PLCP nécessitant un financement. Ainsi, les deux mesures du plan concernant les maisons médicales qui ont été mises en œuvre sont des mesures qui bénéficiaient déjà d'un financement identifié. Assortir chaque mesure du plan d'un budget permet également de clarifier chacune de ces mesures et d'en dégager plus facilement des objectifs.

8. Références

- Agence Intermutualiste, (2018), « BD patientèle et contacts de médecins généralistes : aperçu de la méthodologie appliquée et lay-out des résultats », https://aim-ima.be/IMG/pdf/methodologie_effectif_patientele_medecins_generalistes_-_externes_-_fr_-_2017.pdf
- ALBARELLO, L., (2011), « Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche », De Boeck.
- ANNEMANS L., CLOSON J-P., CLOSON M-C., HEYMANS I., LAGASSE R., MENDES DA COSTA E., *et al.*, (2008), « Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », Health Services Research (HSR), Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 85B.
- AVALOSSE, H., VANCORENLAND, S. et VERNIEST, R., (2015), « Les inégalités en santé chez les membres de la MC : ne pas avancer, c'est reculer », MC-informations, n°262.
- AVIQ, (2016), « Cadastre wallon des médecins généralistes », <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf>
- BEACH, D., (2013), « Process-tracing methods : foundations and guidelines », University of Michigan Press.
- BOUTSEN M., *et al.*, (2017a), « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België : een update », Agence intermutualiste.
- BOUTSEN, M., *et al.*, (2017b), « Les maisons médicales à la loupe », Solidaris
- CIRE, (2018), « Les personnes sans papiers en Belgique : situation administrative et droits », http://smes.be/IMG/pdf/20180613_-_presentation_cire__table_e_changes.pdf
- Conseil wallon de l'égalité entre les hommes et les femmes, 17 avril 2014, « Avis n°35 concernant le Programme wallon de développement rural (PWDR 2014-2020) et son évaluation environnementale stratégique (EES) », http://www.cesw.be/uploads//Conseils/Avis/CWEHF_35.pdf
- COUFFINHAL, A. *et al.*, (2005), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », Questions d'économie de la santé, n°92.
- Déclaration de Politique Régionale, (2014), « Oser, Innover, Rassembler : 2014-2019 »
- Déclaration de Politique Régionale, (2017), « La Wallonie plus forte, 2017-2019 »
- DG05, (2015), « Note au Ministre-Président : lutte contre la pauvreté- suite de la réunion du 4 décembre 2014 ».
- Fédération des maisons médicales, (2013), « Le forfait nouveau est arrivé », in *Santé Conjuguée*, n°65, pp. 8-13.
- FEDERATION DES MAISONS MEDICALES, (2009), « Les associations de santé intégrée (maisons médicales) en Région wallonne », https://www.educasante.org/wp-content/uploads/2018/07/rw_2010_end_1.pdf
- Gouvernement wallon, (2015), « Notification provisoire de la séance du 12 mars 2015 ».
- Gouvernement wallon, (2015), « Note au Gouvernement wallon : Plan de lutte contre la pauvreté : note méthodologique ».

Gouvernement wallon, (2018), « Note au Gouvernement wallon : quatrième rapport semestriel de suivi du Plan wallon de lutte contre la pauvreté », 8/11/2018.

Gouvernement de la Wallonie 2017-2019, (2018), "Plan wallon de lutte contre la pauvreté", <http://luttepauvrete.wallonie.be/sites/default/files/Plan%20lutte%20pauvrete%20document%20complet%20mars%202018.pdf>

Gouvernement de la Wallonie 2015-2019, (2015), « Plan wallon de lutte contre la pauvreté », http://luttepauvrete.wallonie.be/sites/default/files/PLCP_RapportSemestriel_2017.02.23__TextePlan.pdf

Groupe de travail « lutte contre la pauvreté », (2015), « Synthèse de la réunion du 5 février 2015 »

Groupe de travail « lutte contre la pauvreté », (2014), « Synthèse de la réunion du 4 décembre 2014 et suivi à donner »

GUAGLIARDO, M., (2004), « Spatial accessibility of primary care : concepts, methods and challenges », in *International journal of health geographics*, 3 :3.

EU SILC, 2017.

KNOEPFEL, P., LARRUE, C., VARONE, F., (2001), « Analyse et pilotage des politiques publiques », Zurich, Rüegger.

KPMG, (2017), « Audit relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la structure de coûts des maisons médicales », 216p.

IWEPS, (2019), "Evaluation du PLCP: mesure sur le logement".

LENOIR, A-L., (2017), « Facteurs d'attraction et de maintien dans la profession de médecin généraliste : une analyse par le choix d'orientation professionnelle d'étudiants et de jeunes médecins », Thèse de doctorat, Université de Liège.

LEVESQUE, J-F. *et al.*, (2013), « Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations », in *International journal for equity in health*, 12 :18.

LUCAS-GABRIELLI, V., PIERRE, A., COM-RUELLE, L., COLDEFY, M., (2016), « Pratiques spatiales de l'accès aux soins », Les rapports de l'IRDES.

MARIAGE, O., (2013), « Au fil du temps », *Santé conjugulée*, n°63, pp. 35-38

MAYNE, J., (2015), « Useful theory of change models », *Canadian journal of program evaluation*, pp. 119-142.

PENCHANSKY, R. et THOMAS WILLIAM, J., (1981), « The concept of access : definition and relationship to consumer satisfaction », in *Medical Care*, vol. 19, n°2, pp. 127-140.

PERELMAN J., ROCH I., HEYMANS I., MOUREAUX C., LAGASSE R., ANNEMANS L. et CLOSON M-C., (2013), « Medical homes versus individual practice in primary care : impact on health care expenditures », *Medical Care*, vol. 51, n°8.

Portail de la Cohésion sociale, « lutte contre la pauvreté », consulté le 27/12/2018, <http://cohesionsociale.wallonie.be/actions/lutte-contre-la-pauvrete%20document%20complet%20mars%202018.pdf>

Programme wallon de développement rural, 2014-2020, version approuvée le 11/04/2017, https://agriculture.wallonie.be/documents/20182/21864/PwDR_version+23+mars+2017+-+approuv%C3%A9e+11+avril+2017.pdf/ceag3a98-0898-4879-b2cf-fcc754ab6840

Région wallonne, (2018), « Programme wallon de développement rural 2014-2020 : Guide pratique de la mesure 7.2 – Investissements dans la création, l'amélioration ou le développement d'infrastructures dans le domaine de la santé »

Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, (2015), « Pour une stratégie de lutte contre la pauvreté en Wallonie : contribution du RWLP ».

RTBF, « 50 mesures pour réduire la pauvreté en Wallonie », article et JT du 15/09/2015, en ligne, https://www.rtf.be/info/belgique/detail_50-mesures-pour-reduire-la-pauvrete-en-wallonie?id=9076561

SECRETARIAT GENERAL DU SERVICE PUBLIC DE WALLONIE, (2015), « Le plan wallon de lutte contre la pauvreté : brochure », http://luttepauvrete.wallonie.be/sites/default/files/Brochure_PLCP_0.pdf

Service public de Wallonie, (2015), « Plan wallon de lutte contre la pauvreté : rapport de terrain », 15/12/2015.

Service public de Wallonie, (2016), « Plan wallon de lutte contre la pauvreté : rapport semestriel (S1) », 2/06/2016.

Service public de Wallonie, (2017), « Plan wallon de lutte contre la pauvreté : rapport semestriel (S2) », 23/02/2017.

SPP Intégration sociale, (2018), « Bulletin statistique », n°21, https://www.mi-is.be/sites/default/files/statistics/mi-is_2018.2_bulletin_fr_0.pdf

VANDEN DOOREN, L., (2013), « Les comptes de l'emploi wallon, partie 1 : typologie des communes wallonnes, situation 2010 », Working paper de l'IWEPS, n° 9.

YIN, R., (2009), « Case study research : Design and methods », *Applied social research methods series*, Volume 5.

Annexe 1. Analyse de corrélation entre les variables caractérisant les maisons médicales

Plusieurs analyses (grâce au logiciel R) ont été effectuées sur ces variables afin de voir si ces dernières avaient des liens entre elles. Entre deux variables quantitatives, un coefficient de corrélation a été calculé et un test de corrélation de Pearson a été effectué. Entre deux variables qualitatives, un test de chi2 afin de vérifier l'indépendance ou non entre ces variables a été réalisé. Enfin, pour tester la relation entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons utilisé le test d'ANOVA.

Tableau 23 : Corrélation entre les différentes variables

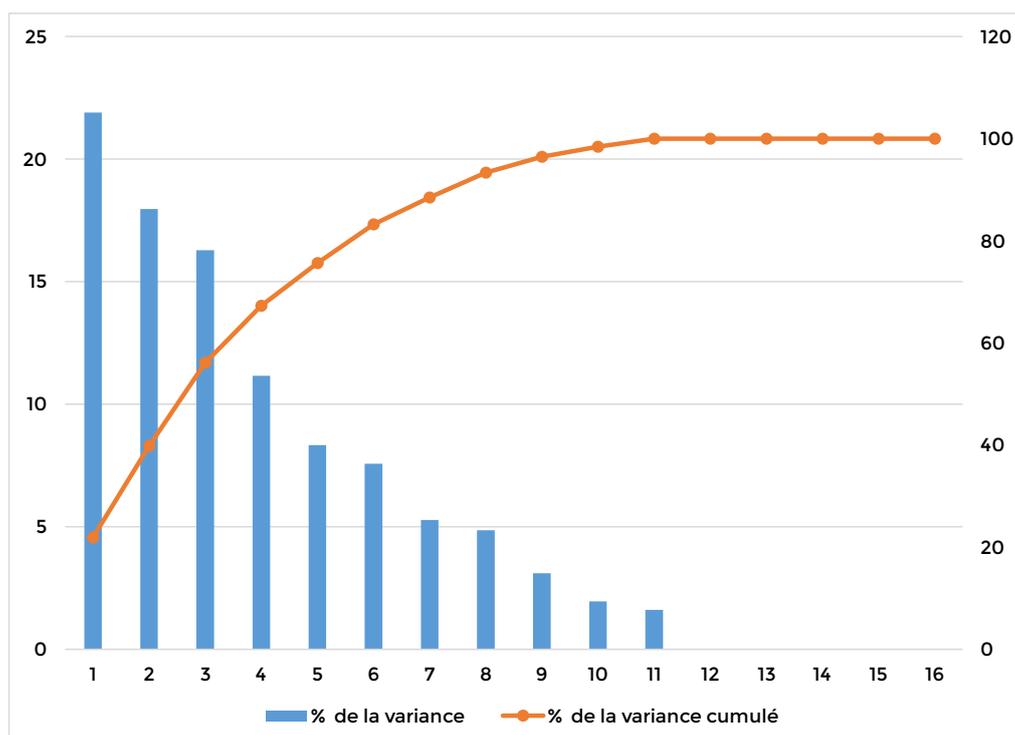
	Annee	Discipline	Patient	BIM MM	BIM Commune	Densite MG	ISADF	Age Commune	Federation	Forfait	ASI	ASBL	Urbaine	FEADER
Annee	1		-0,27		-0,3		-0,31		oui	oui				
Disciplines		1	0,33								oui	oui		
Patients	-0,27	0,33	1											
BIM_MM				1					oui	oui			oui	oui
BIM_commune	-0,3				1	-0,31	0,96			oui			oui	oui
Densite_MG					-0,31	1	-0,3	0,23						oui
ISADF_Valeur	-0,31				0,96	-0,3	1			oui			oui	oui
AGE_Commune						0,23		1						
Federation	oui			oui					1	oui	oui	oui	oui	
Forfait	oui			oui	oui		oui		oui	1	oui		oui	oui
ASI		oui							oui	oui	1	oui		
ASBL		oui							oui		oui	1		
Urbaine				oui	oui		oui		oui	oui			1	oui
FEADER				oui	oui	oui	oui			oui			oui	1

Annexe 2. Méthodologie de la typologie des maisons médicales

L'analyse factorielle multiple (AFM) est une méthode permettant d'analyser la corrélation entre différentes variables et la ressemblance entre les cas (ici, les maisons médicales). Elle a comme principal avantage de réduire les variables en différentes dimensions qui ne sont plus corrélées entre elles et dont le but est de perdre le moins d'information possible. Les facteurs (ce sont les dimensions composées des différentes variables) fournissent l'un après l'autre, un maximum d'information non redondante et hiérarchisée. Le premier facteur explique le mieux la variation entre les cas, le second facteur explique le mieux la variation restante entre les cas et ainsi de suite. La part d'information qui correspond à chacun des facteurs est appelée taux d'inertie ou part de la variance expliquée. Le nombre de facteurs est égal au nombre de variables utilisées dans l'analyse sachant que chaque modalité d'une variable qualitative constitue une seule variable.

Après avoir déterminé les facteurs, il faut choisir le nombre de facteurs qu'on prend en compte dans l'analyse, ici le nombre de facteurs pris en compte est égal à cinq (car ils expliquent à eux 5, 70% de la variance).

Figure 25 : Pourcentage de la variance et de la variance cumulée expliquées par chaque facteur de l'AFM



Le tableau ci-dessous montre pour chacun des facteurs pris en compte dans l'AFM, les variables qui contribuent le plus à la construction de celui-ci. Ainsi, le premier facteur est fortement déterminé par le nombre de disciplines, par le fait d'être ASI et d'être une ASBL ou non. C'est l'année de création et le forfait qui déterminent le plus le deuxième facteur. Le troisième facteur est caractérisé principalement par le nombre de patient·es et la proportion d'entre eux qui sont BIM. Le quatrième facteur est également déterminé par la proportion de BIM dans la maison médicale et l'appartenance

à une fédération. Enfin, c'est l'affiliation à la fédération et le FEADER qui déterminent majoritairement le cinquième facteur.

Tableau 24 : Facteurs pris en compte dans l'AFM

	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4	Facteur 5
Discipline	31,8%	0,8%	4,7%	4,5%	2,0%
ASI_Non	18,0%	0,1%	2,2%	0,1%	0,0%
ASI_Oui	3,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
ASI	21,2%	0,1%	2,7%	0,1%	0,0%
ASBL_Non	15,3%	0,3%	7,2%	4,3%	3,0%
ASBL_Oui	1,1%	0,0%	0,5%	0,3%	0,2%
ASBL	16,4%	0,3%	7,7%	4,6%	3,2%
Annee	3,5%	39,6%	4,9%	18,9%	0,2%
Forfait_Non	2,4%	10,5%	0,3%	0,5%	3,9%
Forfait_Oui	1,0%	4,3%	0,1%	0,2%	1,6%
Forfait	3,4%	14,8%	0,4%	0,7%	5,5%
Patients	7,2%	1,8%	47,3%	6,3%	2,8%
BIM_MM	0,7%	19,7%	19,0%	41,9%	0,5%
FEPRFO	10,6%	0,3%	11,6%	5,3%	8,0%
FMM	2,4%	1,6%	1,6%	0,0%	10,7%
MPLP	0,5%	2,9%	0,1%	14,4%	4,4%
non affiliée	0,4%	8,2%	0,2%	0,2%	29,5%
Federation	13,9%	13,0%	13,5%	19,9%	52,6%
FEADER_Non	0,3%	1,4%	0,0%	0,4%	4,7%
FEADER_Oui	1,6%	8,6%	0,0%	2,7%	28,8%
FEADER	1,9%	10,0%	0,0%	3,1%	33,5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

Source : IWEPS, réalisé avec le logiciel R (package : FactoMineR).

Après avoir réalisé cette AFM, nous classifions les différentes maisons médicales en clusters, c'est à ce moment-ci que se réalise réellement notre typologie. Cette classification, réalisée avec le logiciel R, combine deux méthodes :

- La classification hiérarchique ascendante, qui agrège progressivement, du bas vers le haut, les individus qui se ressemblent le plus. C'est la méthode de Ward qui est utilisée pour réaliser cette agrégation.
- La méthode de partitionnement des k-means.

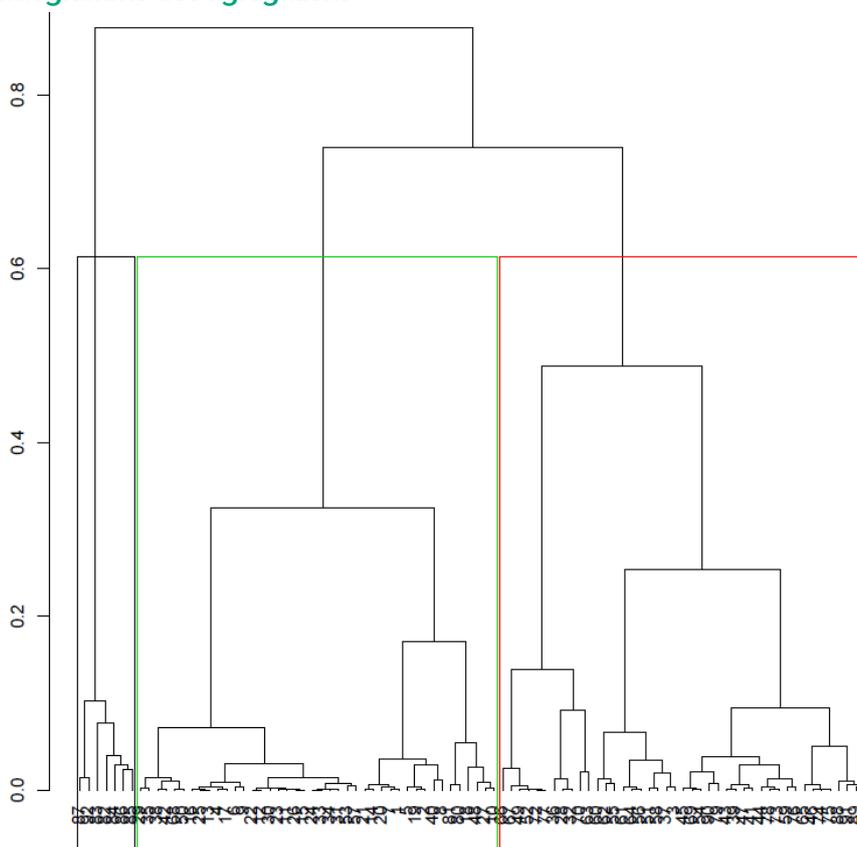
Le fait d'avoir réalisé une AFM avant et donc de classer les cas (nos maisons médicales) en fonction de leurs scores factoriels (leurs scores sur les cinq facteurs pris en compte) présente plusieurs avantages :

- La redondance de l'information de départ a été éliminée ;
- Le nombre de variables a été réduit de façon substantielle, ce qui facilite l'interprétation des classes ;
- Les facteurs sont standardisés (la moyenne est 0 et la variance est 1) de sorte que l'analyse est insensible aux différences de mesures.

La classification hiérarchique permet d'identifier de clusters des maisons médicales dont l'inertie intraclasse est faible et l'inertie interclasse est forte. Le graphique suivant est le dendrogramme des agrégations. Les maisons médicales sont situées sur l'axe des abscisses. Les cadres noirs, verts et

rouges représentent les trois clusters. Le nombre de clusters a été décidé automatiquement par R et est le nombre optimal prenant en compte le plus d'information possible sans être trop détaillé pour pouvoir interpréter facilement les clusters.

Figure 26 : Dendrogramme des agrégations



Source : IWEPS, analyse avec R (package : FactoMineR)

La graphique suivant montre le positionnement des clusters et des maisons médicales en faisant partie en fonction de leur score sur le premier et le deuxième facteurs.

Annexe 3. ASI à l'acte en 2016 prises en compte

Nom	Année d'agrément	Commune
Collectif Santé de Gilly-Haies	2000 (créée en 1984)	GILLY (Charleroi)
Maison médicale de Tournai	2000 (créée en 1972)	TOURNAI
Maison médicale Oxygène	2000 (créée en 1982)	SERAING
Maison médicale La Montagnarde	2001 (créée en 1978)	MONTIGNIES-SUR-SAMBRE (Charleroi)
Maison médicale de la Plante	2004	NAMUR
Maison médicale la Chenevière	2008	MARCINELLE (Charleroi)
Maison médicale l'Esplanade	2010	NIVELLES
Maison Médicale Mont-Saint-Guibert	2010	MONT-SAINT-GUIBERT
Centre médical du Parc	2012	BOUGE (Namur)
Maison médicale de Libin	2013	LIBIN
Centre Interdisciplinaire de soins Bequet Medic	2013	NAMUR
Maison médicale sur Lesse	2015	HOUYET
Maison médicale MediCi	2016	CINEY
Maison médicale de Bièvre	2016	BIÈVRE
Maison médicale Cella Santé	2016	PONT-A-CELLES
Maison médicale de Gesves	2016	GESVES
Maison médicale de Habay	2016	HABAY-LA-NEUVE
Maison médicale Jumetoise	2017	JUMET (Charleroi)
Maison de santé Espace Avicenne	2017	MARCHIENNE-AU-PONT (Charleroi)

Source : AVIQ

Annexe 4. Maisons médicales prises en compte pour l'analyse par quartier statistique

Nom de la maison médicale	Année de création	Année d'agrément	Affiliation à une fédération	Commune
Collectif Santé de Gilly-Haies	1984	2000	FMM	CHARLEROI
Maison médicale La Montagnarde	1978	2001	non affiliée	CHARLEROI
Maison médicale de la Plante	2001	2004	FMM	NAMUR
Maison médicale la chenevière	2006	2008	FMM	CHARLEROI
Centre Interdisciplinaire de soins Bequet Medic	2011	2013	non affiliée	NAMUR
Maison médicale Jumetoise	2016	2017	non affiliée	CHARLEROI
Maison de santé Espace Avicenne	2015	2017	non affiliée	CHARLEROI
Centre médical du Parc	2011	2012	Non affiliée	NAMUR

Source : AVIQ, FMM, Moniteur belge

Annexe 5. Représentativité de l'échantillon FMM par rapport à la population au forfait

Le tableau suivant compare l'échantillon des données de la FMM sur les maisons médicales au forfait avec l'ensemble de la population en maison médicale au forfait (données AIM). La première colonne montre la différence, en points de pourcent, du pourcentage de personnes dans chaque tranche d'âge entre l'échantillon FMM et la population AIM. La seconde colonne montre la différence, en points de pourcent, de la proportion de BIM entre l'échantillon et la population.

Dans l'échantillon FMM, la proportion de personnes entre 0 et 4 ans est de 1,87 point de pourcent plus importante que dans la population AIM et au sein de cette tranche d'âge, la proportion de BIM est 2,61 points de pourcent moins importante dans l'échantillon FMM que dans la population AIM.

	Âge	BIM
0-4	-1,87%	2,61%
5-9	-0,22%	0,63%
10-14	-0,23%	0,91%
15-19	-0,29%	-0,77%
20-24	-0,28%	0,48%
25-29	-0,10%	-0,65%
30-34	-0,16%	-1,26%
35-39	-0,12%	-1,41%
40-44	-0,32%	-1,58%
45-49	0,04%	-3,53%
50-54	0,06%	-5,14%
55-59	0,38%	-4,49%
60-64	0,53%	-2,71%
65-69	0,49%	-2,11%
70-74	0,62%	-1,19%
75-79	0,49%	0,42%
80-84	0,37%	4,22%
85-89	0,33%	2,71%
90-94	0,16%	4,43%
95*	0,04%	3,36%

Source : FMM, AIM

Annexe 6. Nomenclature des actes pris en compte pour comptabiliser un contact avec un médecin généraliste

Code	Label
101010	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis
101032	Consultation au cabinet par un médecin généraliste
101054	Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)
101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité
103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103132	Visite par le médecin généraliste
103213	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103235	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis
103412	Visite par le médecin généraliste agréé à plusieurs bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement : deux bénéficiaires, par bénéficiaire
103434	Visite par le médecin généraliste agréé à plusieurs bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement : trois bénéficiaires ou plus, par bénéficiaire
104215	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures
104230	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures
104252	Visite effectuée par le médecin généraliste agréé un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures
104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104532	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
104554	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis
109045	Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie
109060	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie
109082	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie
109701	Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches
109723	Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant

Source : AIM

Annexe 7. Guide d'entretien patient.e

Présentation du contexte et des objectifs de l'étude.

Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien. Prendre le temps d'expliquer les raisons de l'enregistrement.

Insister sur l'anonymat.

Si vous deviez vous présenter, que diriez-vous de vous ?

Comment décririez-vous votre état de santé ?

1. Depuis combien de temps êtes-vous inscrit.e à la maison médicale?
 - Comment vous êtes-vous inscrit.e ?
 - Comment avez-vous connu la maison médicale? [quel intermédiaire]
 - Délai d'inscription ?
 - Pour quelles raisons ?
2. Avant la maison médicale, aviez-vous un médecin traitant ?
 - Quel type de MG ?
 - Différence avant/après
 - Raisons du changement
3. Pour vous, que signifie une « maison médicale » ?
4. À quelle fréquence avez-vous des contacts avec la maison médicale ?
 - Quel type de contact ? [rendez-vous, visite à domicile, téléphone, accueil]
 - Quel professionnel ?
5. En cas de besoin, comment prenez-vous contact avec la maison médicale ?
 - Expliquer la démarche.
 - Comment vous rendez-vous à la maison médicale ?
 - Facilité d'entrée en contact ou non [en fonction des heures d'ouverture]
 - Délai d'attente pour consultation.
 - Attitude vis-à-vis de l'accueil.
6. Pourriez-vous me raconter une expérience marquante que vous avez vécue en rapport avec des problèmes de soins de santé ?
7. Connaissez-vous les différents métiers/disciplines de la maison médicale ?
 - Sinon, voir qui il consulte à la maison médicale (uniquement le MG)
 - Si oui, voir qui il consulte à la maison médicale autre que le MG.
 - Comprendre comment il a pris le rendez-vous avec autre discipline (via MG ou autre)
 - Aviez-vous déjà eu des contacts avec ces types de professionnels avant d'être inscrit à la MM ?
 - Comment percevez-vous la relation entre votre infirmier/kiné et votre MG ?
8. Avez-vous parfois des contacts avec d'autres professionnels de santé que ceux de la MM ?
 - Comprendre le recours à la seconde ligne : hôpital, urgence. Voir si différence depuis l'inscription au centre médical.
9. Si forfait : connaissez-vous le système du forfait ?
 - Comment s'est passée l'inscription ? Quelles explications ?



10. Par rapport aux difficultés de vie rencontrées, avez-vous déjà ressenti le besoin de consulter un psychologue ou un psychiatre ?
11. Avez-vous déjà eu recours aux visites à domicile ?
 - Comprendre pour quelles raisons. Comment cela s'est passé ?
 - Si non, avez-vous déjà eu demandé et cela vous a été refusé ? Pour quelles raisons ?
12. À la maison médicale, avez-vous un MG attiré ?
 - Voir s'il change souvent de MG. Quelle perception ?
 - Quelle perception sur relation avec MG ? Temps et écoute en consultation ?
13. Est-ce que vous participez à des activités organisées par la maison médicale ou par d'autres structures (débat, rencontre, café, sorties/visites) ?
14. Comptez-vous vous désinscrire de la MM ?
15. Quels sont les points positifs et les choses à améliorer selon vous au centre médical ?
16. Quand avez-vous fait pour la dernière fois un vaccin ou un dépistage ?
 - Qui vous a rappelé de le faire
 - Explorer les soins dentaires/ophtalmologiques
17. Vous est-il déjà arrivé d'avoir besoin de soin et de ne pas aller consulter le médecin ?
18. Pensez-vous pouvoir vous soigner facilement quand vous en avez besoin ?
19. Qu'est-ce qui est compliqué à prendre en charge financièrement dans vos soins de santé ?
20. Si vous rencontriez la ministre belge de la Santé, qu'est-ce que vous lui diriez ?
21. Avez-vous autre chose à me dire par rapport à cette étude ?

Annexe 8. Hypothèses de recherche qualitative

Activités de la MM	Sous-Activités	Mécanismes	Résultats
I Disponibilité de l'offre			
B. Equipe interdisciplinaire	La pratique de groupe / Le travail en équipe	permet un meilleur équilibre vie privée/professionnelle via un allègement et une flexibilité des horaires	et attire/maintient donc des professionnel-le-s vers la première ligne
	La multidisciplinarité	facilite les interactions entre disciplines et permet de se nourrir d'un regard interdisciplinaire	et attire/maintient donc des professionnel-le-s vers la première ligne
	L'interdisciplinarité	permet la subsidiarité entre disciplines	ce qui décharge les médecins de certaines tâches
	La coordination d'équipe	Le travail en équipe permet d'échanger avec des collègues	et attire/maintient donc des professionnel-le-s vers la première ligne
		Les maisons médicales accueillent plus de stagiaires et d'assistant-e-s en médecine générale	ce qui attire des professionnel-le-s vers la première ligne
	La pratique de groupe	Permet de ne pas devoir investir de capital financier pour démarrer son activité professionnelle	ce qui attire des professionnel-le-s vers la première ligne
	L'autogestion	Peut constituer un obstacle ou être un incitant pour des professionnel-le-s de santé à travailler dans une maison médicale	ce qui attire/rebute des professionnel-le-s vers la première ligne
G. Fonction d'accueil		La fonction d'accueil, de gestion et de secrétariat décharge les professionnel-le-s de santé de certaines tâches	ce qui augmente la disponibilité des professionnel-le-s de santé
		Elle déplace la relation financière entre le-la patient-e et les professionnel-le-s de santé	ce qui attire/maintient des professionnel-le-s vers la première ligne
Le forfait		permet une autre philosophie de soins	ce qui attire/maintient des professionnel-le-s vers la première ligne
II Accessibilité physique de l'offre			
B. Equipe interdisciplinaire	La multidisciplinarité	Permet que plusieurs disciplines soient présentes au même endroit	Ce qui diminue les déplacements
	La pratique de groupe	facilite l'organisation des visites à domicile ce qui augmente l'accessibilité physique de l'offre	Ce qui diminue les déplacements
	La pratique de groupe	A un impact positif sur la localisation de la maison médicale en choisissant un lieu mieux connecté aux transports en commun	Ce qui diminue les déplacements

Activités de la MM	Sous-Activités	Mécanismes	Résultats
III "Approachability"			
B. Equipe interdisciplinaire	La multidisciplinarité	Le fait d'avoir plusieurs disciplines dans la même équipe facilite l'identification ou la démystification de ces dernières	Ce qui augmente l'approachability
D. Réseaux et partenariats		permettent d'atteindre des personnes éloignées du système de soins	Ce qui augmente l'approachability
E. Activités non curatives	La prévention et la santé communautaire	Permettent aux patient-e-s d'identifier de manière plus adéquate leur besoin de soins et de réinvestir la possibilité de prendre soin de soi	Ce qui augmente l'approachability
F. Stratégie financière pour assurer l'accès aux soins	La "gratuité" des consultations	déplace la relation d'argent hors de la relation soignant-patient-e	ce qui augmente la confiance dans la structure
		Le nom "maison médicale" facilite l'identification de structure qui donne un accès aux soins de santé de première ligne	Ce qui augmente l'approachability
IV Acceptabilité			
A. Caractéristiques des professionnels	La sensibilité à la précarité	diminue la stigmatisation des certains types de patientèle	et améliore donc l'acceptabilité
	La mixité de genre	permet à un certain type de patientèle d'être plus à l'aise	et améliore donc l'acceptabilité
	La mixité socioculturelle	permet à certains types de patientèle de se sentir acceptés	et améliore donc l'acceptabilité
B. Equipe interdisciplinaire	La pratique de groupe	est un obstacle car le-la patient-e n'a pas de MG attiré et le-la patient-e change souvent de médecin	ce qui diminue l'acceptabilité
	L'interdisciplinarité	implique la subsidiarité entre médecin et infirmier-ère ce qui diminue le nombre de contacts avec le-la médecin	ce qui diminue l'acceptabilité
	Le forfait	rend le fait d'aller voir d'autres MKI en dehors de la maison médicale financièrement compliqué	ce qui diminue l'acceptabilité
	La pratique de groupe	permet que les professionnel-le-s de santé parlent plusieurs langues	et améliore donc l'acceptabilité
D. Réseaux et partenariats		L'implication dans le réseau et les partenariats permettent à des personnes éloignées du système de santé d'accepter de se faire soigner	et améliore donc l'acceptabilité
E. Activités non curatives	La santé communautaire	Les activités de santé communautaire peuvent faciliter l'acceptabilité de la structure de soins chez certain-e-s patient-e-s	et améliore donc l'acceptabilité
G. Fonction d'accueil		La fonction d'accueil permet au patient d'être accueilli et est le premier intermédiaire entre le-la patient-e et le système de soins	et améliore donc l'acceptabilité

Activités de la MM	Sous-Activités	Mécanismes	Résultats
V Accès financier			
B. Equipe interdisciplinaire	La multidisciplinarité	L'assistant-e social-e permet de renforcer l'accès aux droits et d'avoir un impact positif sur les conditions socioéconomiques des patients	ce qui augmente l'accès financier
	La multidisciplinarité	Permet que certaines consultations aient un tarif plus accessible	ce qui augmente l'accès financier
C. Organisation des consultations	L'amplitude des heures d'ouverture	Permet de moins consulter la garde et la seconde ligne	ce qui augmente l'accès financier
	Le temps accordé à chaque consultation	Permet de diminuer les dépenses en seconde ligne	ce qui augmente l'accès financier
E. Activités non curatives	Les activités de prévention	Permettent de diminuer les dépenses en seconde ligne, en actes techniques et en médicaments	ce qui augmente l'accès financier
	Les activités de santé communautaire	Offre d'activités liées au bien-être accessibles gratuitement ou à prix réduit via le forfait ou via la non-perception du ticket modérateur et l'application du tiers-payant	ce qui augmente l'accès financier surtout pour les non BIM
F. Stratégie financière pour assurer l'accès aux soins	L'application du tiers-payant social	Permet aux personnes BIM de ne payer que le ticket modérateur (ne pas devoir attendre de se faire rembourser)	ce qui augmente l'accès financier pour les BIM
	L'application du tiers-payant généralisée	Permet aux patient-e-s de ne payer que le ticket modérateur	ce qui augmente l'accès financier pour les non BIM
	Les professionnel-le-s de santé conventionné-e-s	Le fait que les professionnel-le-s de santé soient conventionné-e-s en maison médicale diminue les dépenses en soins de santé	ce qui augmente l'accès financier
	S'engager à ne pas exclure des patients uniquement pour raisons financières	Diminue les obstacles financiers à l'accès aux soins	ce qui augmente l'accès financier
	La prescription de médicaments	Le fait de prescrire des génériques ou des médicaments peu chers ainsi que moins d'actes techniques diminuent les dépenses pour ceux-ci	ce qui augmente l'accès financier
VI Commodité			
B. Equipe interdisci	La pratique de groupe	Permet d'investir dans une meilleure infrastructure	ce qui augmente la commodité
	La pratique de groupe	le forfait rend difficile financièrement de consulter d'autres MKI que la maison médicale	ce qui diminue la commodité
	La pratique de groupe	augmente la disponibilité et la rapidité de contact avec un-e médecin	ce qui augmente la commodité
	La multidisciplinarité	Permet d'avoir plusieurs disciplines au même endroit ce qui centralise les rendez-vous et les prises de rendez-vous et donc diminue les démarches	ce qui augmente la commodité
C. Organisation des	L'amplitude des heures d'ouverture/de consultation	L'amplitude plus élevée des heures d'ouverture et de consultation facilite la prise de contact	ce qui augmente la commodité
	Les consultations sur rendez-vous	Diminue le délai d'attente (en salle d'attente) mais nécessite davantage d'organisation au préalable que les consultations sans rendez-vous	oui
	Le temps accordé à chaque consultation	Le temps plus important accordé à chaque consultation	augmente la commodité
F. Stratégie financière	Le forfait	Diminuent les démarches administratives pour les patient-e-s	ce qui augmente la commodité
G. La fonction d'accueil		Rend la maison médicale facilement joignable (sur place ou par téléphone)	ce qui augmente la commodité

Activités de la MM	Sous-Activités	Mécanismes	Résultats
VII Qualité et pertinence des soins			
B. Equipe interdisciplinaire	La pratique de groupe et coordination d'équipe	Permettent une meilleure continuité des soins	ce qui augmente la qualité des soins
	La pratique de groupe	est un obstacle car pas de MG attiré et le-la patient-e change souvent de médecin	ce qui diminue la qualité des soins
	Multidisciplinarité et coordination d'équipe	Permettent une approche globale et intégrée des soins ainsi qu'une approche interdisciplinaire	ce qui augmente la qualité des soins
	La multidisciplinarité	La présence d'un-e AS et d'un-e psy permet une prise en charge psychosociale des patients; l'AS (et l'équipe) permet d'avoir un impact positif sur les déterminants non médicaux de la santé	ce qui augmente la qualité des soins
	L'autogestion	Amène une plus grande implication des professionnel-le-s dans la maison médicale	ce qui augmente la qualité des soins
C. Organisation des soins	Le temps accordé à chaque consultation	Le temps plus important accordé à chaque consultation	augmente la qualité des soins et permet de mieux faire le lien avec la deuxième ligne
E. Activités non curatives	Les activités de prévention	Permet de moins tomber malade, de diagnostiquer plus tôt des pathologies graves et d'être en meilleure santé	ce qui augmente la qualité des soins
	Les activités de santé communautaire	Recrée du lien social et permet une approche globale des soins	ce qui augmente la qualité des soins
G. La fonction d'accueil		C'est un lieu d'écoute qui constitue le premier lieu de soins	ce qui augmente la qualité des soins

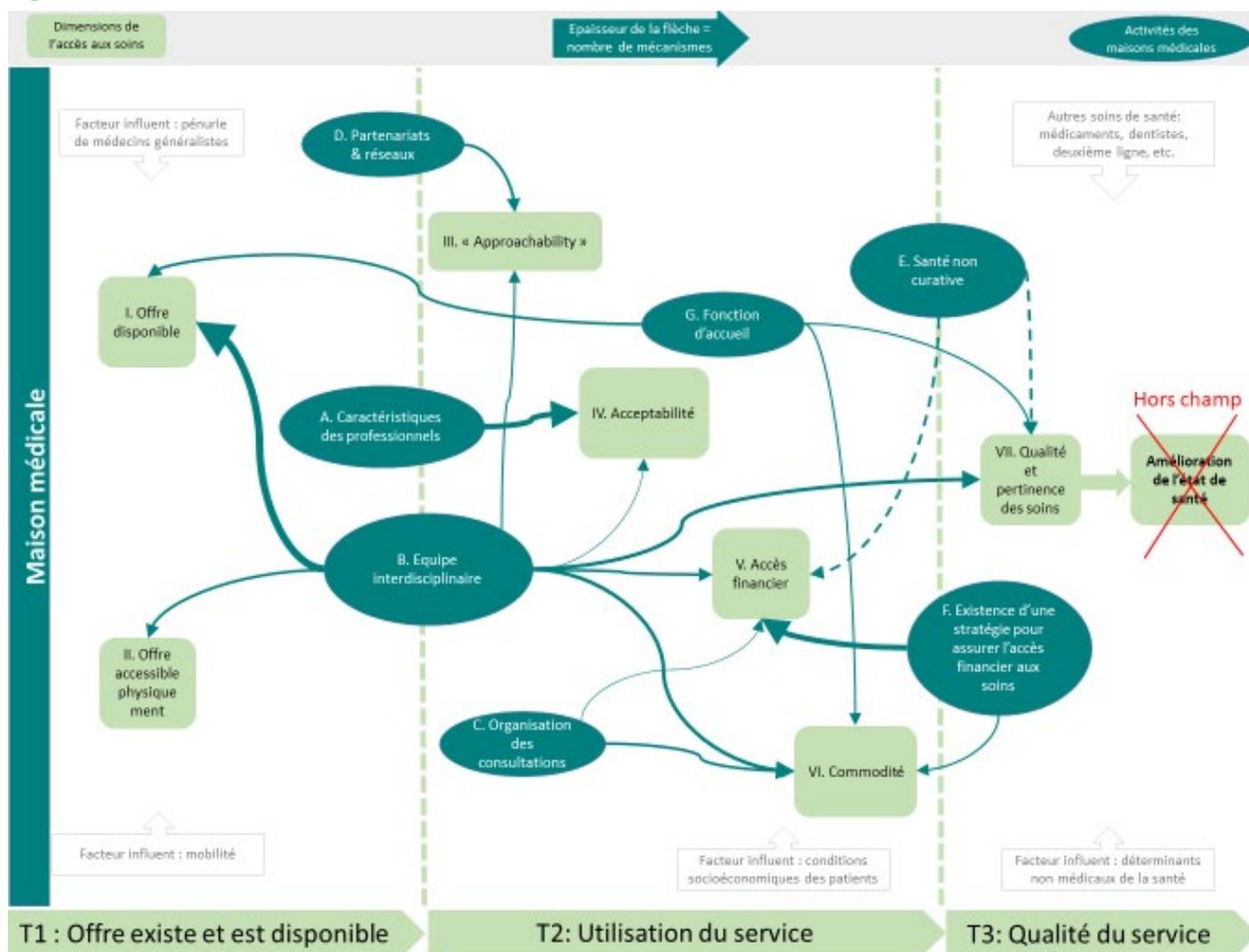
Légende :

- La colonne « mécanisme » indique quel mécanisme est déclenché par l'activité de la maison médicale
- La colonne « résultats » indique si ce mécanisme a un impact sur une dimension de l'accès aux soins
- En vert foncé : la réponse est oui / En vert clair : la réponse est plutôt oui
- En rouge foncé : la réponse est non
- En gris : le mécanisme/impact n'a pas pu être testé grâce à notre analyse
- En bleu : le mécanisme ne semble pas avoir d'impact

Exemple d'interprétation :

La stratégie financière de la maison médicale (activité F) implique que les professionnel-le-s de santé soient conventionnés (vrai), mais cela n'a pas d'impact supplémentaire sur l'accès aux soins (car dans les 4 maisons médicales étudiées, la quasi-totalité des professionnel-le-s de santé de la région sont conventionné-es).

Annexe 9. Schéma



Rapport de recherche de l'IWEPS n°32
 Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé
 pour les personnes précaires?



L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) est un institut scientifique public d'aide à la prise de décision à destination des pouvoirs publics. Autorité statistique de la Région wallonne, il fait partie, à ce titre, de l'Institut Interfédéral de Statistique (IIS) et de l'Institut des Comptes Nationaux (ICN). Par sa mission scientifique transversale, il met à la disposition des décideurs wallons, des partenaires de la Wallonie et des citoyens, des informations diverses qui vont des indicateurs statistiques aux études en sciences économiques, sociales, politiques et de l'environnement. Par sa mission de conseil stratégique, il participe activement à la promotion et la mise en œuvre d'une culture de l'évaluation et de la prospective en Wallonie.

Plus d'infos : <https://www.iweps.be>



2019