

---

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 11

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention D.E.S. de MEDECINE GENERALE

PAR  
DEHESTRU Alexandre  
né le 21/06/1984 à Strasbourg

---

Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution :  
enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux  
français en 2018

---

Président de thèse : VELTEN Michel, Professeur  
Directeur de thèse : BRONNER Claude, Docteur

## Table des matières

Serment d'Hippocrate : .....	14
Remerciements : .....	15
Liste des abréviations .....	19
I. Introduction.....	20
1. Démographie de la médecine générale en France :.....	22
2. Présentation des différents modes de rémunération des médecins.....	25
a) Rémunération à l'acte .....	25
b) Salariat.....	28
c) Capitation .....	29
d) Rémunération des médecins généralistes en France dans la convention 2016 .....	31
3. Exemples de systèmes de rémunération des médecins généralistes à l'étranger.....	33
a) Pays-Bas.....	33
b) Allemagne.....	38
c) Royaume-Uni.....	41
II. Matériel et méthode .....	46
1. Présentation de l'étude .....	46
2. Critères de jugement .....	46
3. Élaboration du questionnaire.....	47
I) Situation personnelle des répondants .....	48
II) Rémunération à l'acte dans la convention actuelle .....	48
III) Rémunération forfaitaire dans la convention actuelle .....	48
IV) Désir d'évolution de la rémunération.....	48
4. Critères d'inclusion .....	49
5. Statistiques .....	50
III. Résultats .....	52
1. Caractéristiques de l'échantillon des répondants comparées aux caractéristiques de la population globale des médecins généralistes en France .....	52
a) Taille de l'échantillon.....	52
b) Age.....	53
c) Sexe .....	54
d) Temps de travail .....	55
e) Secteur d'exercice .....	56
f) Revenus annuels.....	56

g) Nombre de patients .....	57
2. Evolution du système de rémunération .....	57
a) Critère principal : évolution désirée de la rémunération forfaitaire.....	57
b) Autres questions relatives à l'évolution de la rémunération .....	61
3. Concernant le paiement à l'acte dans la convention actuelle .....	69
4. Concernant le paiement au forfait dans la convention actuelle .....	74
5. Commentaires libres .....	78
IV. Discussion .....	81
1. Critère principal.....	81
2. Forces et faiblesses de l'étude .....	83
3. Les autres enseignements de notre étude.....	85
V. Conclusions :.....	103
VI. Annexes : .....	106
Annexe 1 : le questionnaire de l'enquête .....	106
Annexe 2 : Critère principal, selon les classes d'âge : .....	115
Annexe 3 : critère principal, selon le sexe .....	117
VII. Bibliographie :.....	119

## Liste des abréviations

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

FMF : Fédération des Médecins de France

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MEP : Médecins à Mode d'Exercice Particulier

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

FMT : Forfait Médecin Traitant

MPA : Majoration Personnes Âgées

RMT : Rémunération Médecin Traitant

FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant

AWBZ : *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, loi sur le régime public obligatoire (Pays Bas)

WLZ : *Wet langdurige zorg*, loi sur les soins de santé de longue durée (Pays Bas)

WMO : *Wet maatschappelijke ondersteuning*, loi sur le soutien social (Pays Bas)

ZVW : *ZorgVerzekeringsWet*, loi sur les soins courants (Pays Bas)

GKV : *Gesetzliche Krankenversicherung*, régime général d'assurance maladie (Allemagne)

EBM : *Einheitlicher Bewertungsmaßstä*, nomenclature des actes (Allemagne)

NHS : *National Health Service* (Royaume Uni)

GPs : *General Practitioners*, médecins généralistes (Royaume Uni)

QOF : *Quality and Outcomes Framework*, échelle référente pour la rémunération sur objectifs (Royaume Uni)

PCT : *Primary Care Trusts*, centres de santé de médecine générale (Royaume Uni)

CCGs : *Clinical Commissioning Groups*, regroupements administratifs de "PCT" (Royaume Uni)

## I. Introduction

En France, la rémunération des médecins généralistes est majoritairement assurée par le paiement à l'acte.

Malgré les différentes négociations et conventions ayant fait évoluer ce modèle, plusieurs études ont montré un mécontentement croissant de la part des médecins face à l'évolution de leur pratique comme les conseils téléphoniques, le travail social, l'accroissement des pathologies chroniques, la majoration de la prise en charge ambulatoire, les spécificités des médecins à expertise particulière, ... (1) (2). Ces consultations, plus longues, sont peu valorisées dans le paiement à l'acte.

Cette étude est le résultat d'une discussion avec le Dr Claude BRONNER. Outre la nécessité de faire évoluer la rémunération, celui-ci me confiait les avantages que pourrait présenter une évolution vers une part forfaitaire plus importante, voire une capitation.

Je ne connaissais pas ce mode de rémunération et ma première impression fut plutôt dubitative. Cependant après de plus amples explications et recherches personnelles, j'ai trouvé le sujet très intéressant en ce qu'il permet d'explorer une autre voie, entre le salariat et le paiement à l'acte, ultra majoritaires en France aujourd'hui.

Mieux : loin de l'impression initiale de « salariat déguisé » ou de « machine à gaz » administrative que j'avais pu imaginer de prime abord, l'étude de ce système de rémunération, appliqué dans bon nombre de pays de l'OCDE, m'a permis de découvrir qu'il était porteur de plusieurs avantages qui me semblaient pouvoir entrer en résonance avec les désirs des médecins généralistes français.

J'ai eu le privilège d'être invité à l'assemblée générale de la FMF (Fédération des Médecins de France) le 24/03/2018, le Dr BRONNER voulant justement explorer l'acceptabilité de ce questionnement par les médecins généralistes avant toute initiative concernant le sujet.

Les réticences étaient fortes, notamment au sujet de la réduction du paiement à l'acte, en rapport avec un manque de confiance envers les pouvoirs publics. La question a cependant permis un débat animé devant la nécessité d'apporter une réponse aux multiples questionnements concernant l'évolution de la rémunération des médecins généralistes.

Au-delà de la question de la rémunération, c'était surtout la quantité et les conditions de travail qui étaient décriées. Les aides forfaitaires prévues pour l'infrastructure et le personnel dans les cabinets médicaux étaient jugées très insuffisantes et leur augmentation majoritairement souhaitée.

À l'issue de l'assemblée générale, il a donc été décidé de réaliser une enquête portant sur cette question pour sonder l'opinion des médecins généralistes de terrain et voir comment serait accueillie une augmentation de la part forfaitaire dans la rémunération.

Afin de concevoir le questionnaire utilisé pour l'enquête, nous avons débuté notre travail par une recherche bibliographique.

Le but était d'identifier les différents paramètres à prendre en compte ainsi que de s'informer des systèmes de rémunération des médecins généralistes dans les pays comparables de l'OCDE.

## **1. Démographie de la médecine générale en France :**

La France comptait 224 875 médecins en activité au premier janvier 2017 (3) (chiffre en augmentation de 4,5% depuis 2012), dont 45% de médecins généralistes (soit 102 250).

Ces chiffres portent sur la totalité des médecins toutes spécialités et modes d'exercices confondus (4).

En regardant plus en détail, on constate que le nombre de médecins généralistes n'a augmenté que de 0,7 % dans la même période (3).

Concernant le nombre de médecins généralistes libéraux, celui-ci est même en recul de 1,9% entre 2012 et 2017 au profit des médecins généralistes salariés qui voient leur nombre augmenter de 2,6 % dans la même période (5).

Cela reflète une préférence nette des jeunes générations pour un mode d'exercice salarié (63 % des diplômés en médecine générale depuis 2014 choisissent le salariat, soit une proportion nettement plus élevée que celle des médecins généralistes, toutes années d'obtention du diplôme confondues : 43%) (6).

En France, les soins de premier recours, la coordination des soins ambulatoires et l'accès aux spécialistes (hors gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres) font partie des missions des médecins généralistes libéraux. Ils représentent la « porte d'entrée » du parcours de soins coordonnés, introduit en 2004, en assurant la fonction de médecins traitants (7).

Parmi les médecins généralistes salariés, certains exercent en centre de santé avec les mêmes fonctions que les médecins généralistes libéraux. Leur nombre exact et leur activité sont difficiles à cerner puisqu'ils ne sont pas recensés comme les médecins libéraux.

Par exemple, sur l'île d'YEU, il y a six médecins généralistes salariés d'un centre de santé pour une population d'environ 4500 habitants. Seul le centre de santé est référencé au niveau des données officielles sur le site « ameli.fr » (8), sans indications quant au nombre de médecins y travaillant ainsi que sur leurs activités.

Dans les données de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), ces médecins sont recensés dans la catégorie « autres salariés » qui comprend également par exemple les médecins employés par des EHPAD, dans des structures de prévention... Leur nombre exact n'est pas connu au niveau national mais il reste plutôt modéré (15 500 médecins pour l'ensemble de la catégorie « autres salariés » sur les 102 250 médecins généralistes en activité au total) et leur nombre n'a que peu augmenté entre 2012 et 2017 : 1,2% (5).

Ce sont surtout les médecins généralistes salariés hospitaliers qui ont vu leurs effectifs croître sur cette période : 9,3% (5). Or ceux-ci ne dispensent majoritairement pas de soins primaires et leur augmentation (bien que par ailleurs nécessaire pour assurer les besoins dans les structures hospitalières) se fait aux dépens de la médecine générale libérale, dans un contexte où le nombre de médecins généralistes formés chaque année est insuffisant pour assurer les besoins globaux. Cela révèle un manque d'attractivité de la médecine générale libérale face au salariat, et par conséquent aggrave les difficultés d'accès aux soins de premiers recours pour la population.

Il faut y rajouter le contexte du vieillissement de la population des médecins généralistes (5,9) : 32 % des médecins généralistes libéraux sont ainsi âgés de 60 ans ou plus , pour une moyenne d'âge de 51,2 ans. Les départs à la retraite prévus dans les années à venir seront

insuffisamment compensés par l'augmentation du numerus clausus décidée il y a quelques années.

Dans les hypothèses de projections de démographie médicale par la DREES, on constate que pour arriver à une certaine stabilité des effectifs d'ici à 2040, en restant sur une base de numerus clausus à 8000 places par an, il est estimé un « flux de diplômés étrangers » nécessaire de 1500 personnes par an (soit 16 % du total de médecins entrant nouvellement en fonction par an) (3).

Enfin, il faut pouvoir comparer l'évolution du nombre de médecins nouvellement formés à l'évolution de taille de la population française : celle-ci est estimée à 65 241 241 habitants en 2012 et 66 953 638 en 2017, soit une augmentation de 2,6 % de 2012 à 2017 (10).

Dans le même temps, on a observé un vieillissement de la population avec un âge médian passant de 39,44 ans en 2012 à 40,74 ans en 2018 (10). Ceci accroît également la demande en soins puisque les personnes âgées en consomment plus (en moyenne 7,4 actes de médecine générale par an pour une personne âgée de plus de 75 ans contre une moyenne de 4,5 actes de médecine générale par an pour une personne indépendamment de son âge en 2017) (11).

Ainsi, malgré l'augmentation globale du nombre de médecins entre 2012 et 2017, le vieillissement et l'accroissement de la population, ainsi que la diminution des médecins généralistes libéraux, premiers pourvoyeurs de soins primaires, participent à la carence d'accès aux soins primaires observée dans certaines régions en France.

## 2. Présentation des différents modes de rémunération des médecins

Il existe trois grands modes de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation ou ses dérivés. (2,12–14)

Chaque mode de rémunération comporte des avantages et des inconvénients en matière de pratique médicale.

En France, les deux premiers sont utilisés de manière prépondérante :

### a) Rémunération à l'acte

- *Présentation*

Il s'agit du mode de rémunération ultra majoritaire et historique chez les médecins généralistes libéraux (15).

Chaque consultation donne lieu à une rémunération, le montant de celle-ci est fixée par une convention passée entre l'assurance maladie et les médecins, par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux. La convention en vigueur est celle de 2016, avec une consultation de médecine générale fixée à 25 € (G).

Par exemple :

*Une jeune femme de 16 ans, sans antécédents, consulte pour un renouvellement de sa contraception. Vous l'interrogez, l'examinez, prescrivez son traitement avec éventuellement une surveillance biologique. Vous cotez un acte de consultation de médecine générale G = 25 €.*

Evidemment, beaucoup de consultations sont beaucoup plus complexes et longues que celle-ci et imposent un temps de consultation bien supérieur. Afin de compenser cela, des cotations spécifiques ont été créées.

Par exemple :

*Une jeune femme de 16 ans consulte pour la prescription d'une première contraception. Par rapport à l'exemple précédent, il conviendra de proposer et expliquer les différents modes de contraception, de choisir la contraception avec la patiente, de prévenir et expliquer les maladies sexuellement transmissibles, de prévenir et expliquer les conduites à tenir en cas d'accident de contraception... Une consultation donc plus longue et valorisée par la cotation CCP = 46 €*

La limite majeure de ce système est que les actes définis dans la convention couvrent très imparfaitement les situations cliniques retrouvées en pratique (16).

Dans le cas précédent, par exemple, si la jeune femme a 19 ans, pour une même consultation de prescription d'une première contraception, la cotation CCP est exclue, car elle est exclusivement réservée aux jeunes femmes de 15 à 18 ans.

Si la nomenclature ne comporte que peu de cotations pour l'instant, la tendance actuelle est à la création de nouveaux actes, complexifiant encore ce système. Le risque à terme pour le médecin est de se retrouver avec trop d'actes différents, sans savoir lequel il pourra coter, ni les critères exacts à respecter. Cette complexification risque d'être chronophage et pourrait amener la plupart des médecins à ne pas l'utiliser (17). Ainsi la consultation « G » reste la cotation ultra majoritaire dans la pratique de la médecine générale (près de 80 % de la rémunération).

À noter que les « Médecins à Mode d'Exercice Particulier » (MEP : gérontologie, médecine du sport, homéopathie, addictologie, ...) ne disposent pas de cotations spécifiques alors qu'il s'agit de consultations souvent plus longues.

- ***Effets du paiement à l'acte sur l'offre de soins***

Ce système présente des avantages indéniables (18,19). Il a tendance à favoriser la productivité des médecins (nombre d'actes par heure) en reliant le nombre de consultations à la rémunération (20). Il était ainsi particulièrement adapté à la médecine « historique » avec le traitement de nombreuses pathologies aiguës.

La rémunération est ainsi liée à l'activité du médecin, ce qui aurait également un effet incitatif sur le volume de soins (18).

Les inconvénients de ce système sont les travers de ses avantages. Pour accroître son volume de soins, le médecin peut jouer sur deux facteurs : soit augmenter son temps de travail afin de réaliser plus de consultation, soit réaliser des consultations plus courtes afin d'en réaliser un plus grand nombre dans le même temps.

L'augmentation du temps de travail est à l'origine d'un « effet revenu » (21). Les études réalisées dans ce sens ont effectivement tendance à montrer un temps de travail important dans ce système (52 à 60 heures hebdomadaires en moyenne) (22,23).

Pour réaliser plus de consultations dans un même temps, une autre solution pour les médecins pourrait être de diminuer la qualité de cette consultation afin de la raccourcir dans le temps. Des actes non rémunérés spécifiquement (éducation thérapeutique du patient, prévention, etc.) risquent ainsi d'être moins souvent proposés. Certains médecins peuvent également refuser de traiter plus d'un motif de consultation à la fois. Ceci semble dommageable pour le patient, d'autant que la spécificité de la médecine est justement de pouvoir appréhender le patient dans sa globalité (24).

Un autre travers de ce système de rémunération serait la possibilité de « demande induite » de la part des médecins. Forts de leur expertise, ceux-ci seraient à même d'influencer la demande de soins au-delà de ce qui serait nécessaire, afin de conserver un revenu stable

(19,22). Par exemple, confronté à une diminution de demandes de consultations, un médecin pourrait demander à ses patients de réaliser des consultations de contrôle plus fréquentes que nécessaire.

Enfin la rémunération est aléatoire dans ce système. Le médecin ne saura pas à l'avance combien de consultations il fera dans le mois. Si ce désavantage semble s'estomper après quelques années de pratique du fait d'une certaine « prévisibilité » empirique personnelle, cela peut constituer un effet dissuasif pour les investissements professionnels divers (salariés, ...) puisqu'il s'agit là de frais fixes incompressibles et semble constituer un frein au moment du choix de l'installation en libéral (25).

## **b) Salariat**

- ***Présentation***

Il s'agit du mode de rémunération en vigueur dans la plupart des hôpitaux publics ou privés, des administrations, des EHPAD, etc.

Le médecin n'est plus rémunéré en fonction du nombre d'actes qu'il effectue mais pour un temps de travail et des tâches déterminées, fixés préalablement par contrat avec son employeur, indépendamment de la quantité de travail fournie.

- ***Effets du salariat sur l'offre de soins***

Dans ce système, la rémunération est déconnectée de l'acte médical. L'effet attendu est donc une meilleure prise en charge individuelle reflétée par des temps de consultation plus longs (21).

Pour le médecin, la rémunération est prédictible, fixe, prospective, habituellement mensuelle. Les différentes obligations patronales liées à son activité ne lui incombent plus

puisqu'elles sont gérées par la structure qui l'emploie. Il y a donc une diminution des charges administratives avec un meilleur temps de consultation disponible.

Pour les autorités de santé ou gestionnaires d'établissements, le coût du médecin salarié est prévisible et plus facilement contrôlable.

Cependant, ce système n'incite pas à l'effort. Le médecin n'a aucun intérêt à augmenter l'intensité de son travail, n'y trouvant aucune contrepartie salariale. Dans ce contexte, un recours plus fréquent à des avis tiers, spécialisés, a été décrit afin de diminuer la part de travail personnel (26) ainsi qu'une moindre productivité par rapport au paiement à l'acte (nombre de patients par heure).

Contrairement au paiement à l'acte, on n'observe pas de « demande induite », la rémunération étant déconnectée du volume de soins. On note par ailleurs une activité médicale qui serait plus proche des recommandations officielles dans ce système de paiement (pas de besoin de fidélisation des patients, donc pas de « clientélisme ») (26).

### **c) Capitation**

- ***Présentation***

Il s'agit d'un mode de rémunération absent en France.

Dans ce système, le médecin reçoit une somme forfaitaire annuelle pour chaque personne dont il est le médecin traitant, quel que soit le volume de soin prodigué au cours de l'année.

- ***Effet de la capitation sur l'offre de soins***

Ce système de rémunération intègre une incitation à augmenter le volume de la patientèle : elle est donc liée à l'activité avec un effet positif. Il existe cependant un risque de sélection des patients : exclusion des cas lourds médicalement, plus chronophages.

En pratique, pour pallier cela, le montant de la capitation est pondéré selon les caractéristiques des patients (âge, comorbidités, antécédents, ...) (27–29).

Les avantages de la capitation sont multiples. Elle permet une augmentation de l'efficacité des soins (on ne voit les patients que lorsque cela est réellement nécessaire), les revenus sont fixes, prospectifs, liés à l'activité (puisque dépendant du nombre de patients suivis), elle permet également la rémunération de travail non médical ou non valorisé par le paiement à l'acte (téléphone, mails, lecture de résultats, ...).

À noter que dans les pays où la capitation est majoritaire (Royaume uni, Danemark, Irlande, ...) les médecins dispensent les soins primaires en groupe avec d'autres professionnels de santé ou des paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, ...) qui revoient le patient entre les consultations médicales ce qui augmente l'efficacité du système.

La capitation peut être globale, c'est à dire que les centres de soins reçoivent également un montant par année pour couvrir les coûts liés aux examens complémentaires (biologie, imagerie) et certains traitements. Dans ce cas, la gestion financière est assurée par le centre de soin et non par les médecins (27). Ceux-ci sont, par contre, plus contrôlés par rapport aux coûts qu'engendrent leurs soins.

La plupart du temps cependant, la capitation ne concerne que les frais liés au fonctionnement du cabinet de médecine générale.

Dans les différents pays où elle est mise en place, la capitation n'est jamais intégrale, une part de rémunération reste à l'acte (système mixte), pour les gardes, les patients de passage ou certains actes particuliers ....

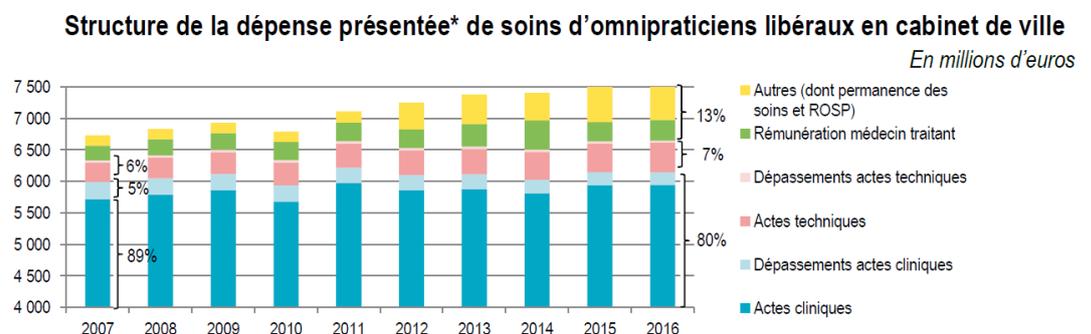
Ce mode de rémunération demande habituellement des contreparties de la part des autorités sanitaires. Les médecins se voient contraints de suivre certaines recommandations

(par exemple : au minimum quatre consultations par an pour un patient diabétique, avec un certain nombre d'examens obligatoires), objectifs de prévention, permanence de soins ...

#### d) Rémunération des médecins généralistes en France dans la convention 2016

Depuis quelques années, le constat que le paiement à l'acte seul n'était pas adapté, ainsi que l'augmentation progressive des dépenses de santé, ont entraîné une évolution de la rémunération des médecins généralistes en France. Ceci a conduit à la création d'une rémunération « mixte » avec l'introduction d'un paiement forfaitaire, en sus du paiement à l'acte préexistant.

Celui-ci représentait environ 13 % des revenus des médecins généralistes en 2016.



\* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires.

Source > CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

Il est composé des ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) et des Forfaits Médecins Traitants.

Cette part est en pleine mutation. Les chiffres donnés le sont pour l'instant pour l'ancienne convention (2011). Elle comportait (30):

- La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP): elle évaluait 1 300 points à 7 €, soit 9 100€ au maximum (dont 400 points pour des indicateurs organisationnels soit 2800 €).

- Le Forfait Médecin Traitant (FMT) : 5 € annuel pour tout patient de plus de 16 ans.

- La majoration personnes âgées (MPA) : 5 € en plus par consultation de personnes de plus de 80 ans.

-La Rémunération Médecin Traitant (RMT) : forfait annuel de 40 € par patient en ALD.

La convention de 2016 introduit de nouveaux points.

- La ROSP n'intègre plus les facteurs organisationnels : elle porte maintenant sur 940 points (adultes) et 305 points (enfants) soit 1 245 points ou 8 715 € annuel maximum.

- Le forfait structure (reprend les facteurs organisationnels de la ROSP version 2011) pour 250 points en 2017 et 660 points en 2019 soit respectivement au maximum 1 785 € et 4 620 € annuel.

- La MPA : est restée identique (5 € par patient âgé de plus de 80 ans), mais exclue pour le médecin traitant.

-Le Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT) : regroupe le RMT et le FMT:

- 0 - 6 ans : 6 € annuel
- 7 - 79 ans : 5 € annuel
- > 80 ans sans ALD : 42 € annuel
- < 80 ans en ALD : 42 € annuel
- > 80 ans en ALD : 70 € annuel

Cette part forfaitaire est calculée à partir de données automatisées et ne devrait pas apporter de surcharge de travail au médecin. On peut cependant souligner une rémunération peu vérifiable et surtout indexée sur des points (ROSP) pas toujours consensuels entre les médecins et les autorités de santé.

### **3. Exemples de systèmes de rémunération des médecins généralistes à l'étranger**

La médecine, et notamment la médecine générale, est historiquement liée à la rémunération à l'acte en France avec des actes remboursés selon une convention passée entre représentants syndicaux de médecins et l'assurance maladie (15). Il est intéressant d'avoir un aperçu des différences entre la France et d'autres pays, comparables en terme de développement, afin d'entrevoir d'autres pistes.

#### **a) Pays-Bas**

- Organisation du système de santé

Il s'agit d'un système assurantiel, d'inspiration bismarckienne.

Le financement du système maladie aux Pays-Bas est actuellement basé sur quatre lois (31).

Auparavant, le régime public obligatoire couvrait les soins longue durée (maladies chroniques, personnes âgées, soins palliatifs, handicap ...) et était défini par la loi "AWBZ" (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), financé par l'impôt grâce à des cotisations obligatoires sur les salaires. Celui-ci représentait environ un quart (27 %) de la totalité des dépenses de santé (32).

L'AWBZ a été abrogée en 2015 devant la difficulté à synthétiser l'ensemble des domaines qui lui étaient dévolus et a été remplacée par :

- La loi sur les soins de santé de longue durée "WLZ" (*Wet langdurige zorg*) régissant les soins « lourds » demandant une surveillance continue (démence aigue, soins psychiatriques, handicap psychique ou physique ...).
- La loi sur le soutien social "WMO" (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) régissant les problèmes de handicaps ou de limitation de l'autonomie dans le cadre du vieillissement dont la gestion a été déléguée aux communes.
- La loi sur la jeunesse (*Jeugdwet*) : également gérée par les communes depuis 2015.

La loi sur l'assurance maladie pour les « soins courants » : le ZVW (*ZorgVerzekeringsWet*) représente environ 60% du financement du système de santé (31).

Le ZVW a été profondément remanié en 2006, devant l'évolution croissante des dépenses de santé (de 7,3 % du PIB en 1985 à 10 % en 2004) (32). Il a consisté en une libéralisation du système de santé puisqu'il a laissé la place à des assurances privées exclusivement.

Auparavant, deux systèmes coexistaient : une assurance publique pour les personnes dont le salaire ne dépassait pas un certain seuil et des assurances privées pour les autres.

La cotisation à l'une de ces caisses d'assurance privée est maintenant obligatoire pour la couverture de base (La prime annuelle est réglée par les assurés eux-mêmes : 1200 € en moyenne en 2015) (31). Les prestations de celles-ci sont très encadrées par l'État proposant différents niveaux de couverture strictement comparables entre les différentes assurances.

Afin de garantir l'accès à cette couverture maladie, une subvention d'État est prévue, pour les salaires les plus faibles.

Les cotisations sont payées par l'État pour les mineurs.

Les assureurs n'ont pas le droit de refuser un assuré. Le surcoût lié au profil possiblement « à risque » d'un patient (polypathologie, âge avancé, ...) est compensé par l'État.

Outre le niveau de prestation choisi, les patients peuvent jouer sur le prix de leur assurance en acceptant d'en modifier la franchise (de 155 € à 500 € par an) (31).

Les assurances ne peuvent pas se différencier sur leurs prestations de bases, puisqu'elles sont encadrées légalement. Elles jouent donc sur la constitution de réseaux de soins (conventionnements de fournisseurs de soins, dont des groupements de médecins « conventionnés » par l'assurance) et sur leur prix.

- Place des médecins généralistes

Dans ce système, les médecins exercent majoritairement en association, ils sont conventionnés par les assurances privées et intégrés dans un système de soins privatisé, organisé par ces assurances.

Le patient reste libre du choix de son médecin traitant, cependant, en pratique, si son médecin traitant n'a pas passé de contrat avec son assureur, il ne sera pas remboursé sur ses soins courants.

Le médecin est rémunéré de manière mixte:

- Une part de capitation réglée par les assurances (somme forfaitaire annuelle pour chaque patient dont ils sont les médecins traitants, pondérée par la zone géographique - majorée si défavorisée - et les antécédents du patient).
- Une part à l'acte pour leurs consultations, visites et conseils téléphoniques.

Les parts respectives entre capitation et paiement à l'acte peuvent varier en fonction des contrats passés avec les assurances, mais elles sont généralement équivalentes (50/50%) (33).

Il existe également des incitations financières forfaitaires pour la vaccination antigrippale chez la personne âgée et la prévention gynécologique.

Les patients ont le droit de changer d'assureur et de médecin traitant une seule fois par an. Environ 50% de la population bénéficie d'un contrat de groupe, négocié par l'employeur et permettant une diminution des primes versées.

Les assurances privées proposent en sus des prestations obligatoires des assurances complémentaires. Elles prennent en charge une partie des coûts des soins courants effectués dans le cadre du SVW découlant notamment des franchises importantes des soins dentaires, de la kinésithérapie et des médicaments sans ordonnance... La part de ces coûts est assez minoritaire dans le financement des soins (4%) et on considère qu'environ 10 % du financement du système de santé reste à charge des usagers (32).

Il est intéressant de voir que les Pays-Bas ont opté pour un système libéral avec une forte responsabilisation de la population (reste à charge important). L'État s'est déchargé de la régulation du système de santé et de la composition du réseau de soins au profit des assureurs privés. Il exerce néanmoins un contrôle sur les prestations fournies par le biais de couvertures obligatoires standardisées et en fixant le prix de la plupart des soins hospitaliers. Ce système semble avoir permis une amélioration de l'accès aux soins (diminution des temps d'attente pour les consultations chez le médecin généraliste, examens secondaires, hospitalisations, ...) (28).

Les revenus des médecins ont davantage augmenté que dans les pays voisins, notamment grâce aux contrats passés entre les assureurs et les médecins, qui relèvent d'une liberté tarifaire (12,33).

On a noté également que les dépenses pour les médicaments ont moins augmenté que dans les pays voisins du fait d'une mise en concurrence de différents laboratoires par les assurances privées, là où les négociations gouvernementales avaient échoué durant une dizaine d'années.

Des effets délétères ont néanmoins été mis en exergue. Du fait de la très grande concurrence entre les différents assureurs et du peu de marge de manœuvre quant à la pluralité des offres qu'ils sont habilités à proposer, la présence d'un réseau de soins de grande qualité est devenue prépondérante dans le choix des patients. Ainsi, on a assisté à une concentration rapide de ces assurances privées (quatre grands groupes possédant plus de 80% du marché) faisant craindre un pouvoir de décision pouvant empiéter sur les autorités sanitaires (29).

Par ailleurs, du fait de l'uniformité des cotisations demandées, ces assurances coûtent cher pour la population jeune, sans soucis médical, alors même qu'elle est la plus fragile sur le plan financier. Des personnes plus âgées, plus riches en ressortent gagnantes.

## **b) Allemagne**

- Organisation du système de santé

Toute personne possédant un domicile fixe en Allemagne a obligation de souscrire à une caisse d'assurance maladie.

Il existe deux systèmes d'assurance maladie :

- Le régime général d'assurance maladie (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) est accessible à tous. Il est financé par les cotisations sociales sur les salaires (moitié patronales et moitié salariales, avec un taux variable selon les caisses , environ 15%) jusqu'à 4425 € brut mensuel en 2018 (34). S'y ajoute une part forfaitaire annuelle variable à la charge de l'employeur. Ces caisses sont gérées de manière paritaire entre les syndicats de salariés et les représentants des organisations patronales.

- Le régime assurantiel privé : uniquement accessible aux personnes ayant un revenu supérieur à 4950 € brut mensuel (34,35). Les personnes concernées peuvent alors demander à être exonérées de l'assurance obligatoire. Ces contrats sont strictement privés et permettent en général une meilleure rémunération des personnels de santé qui les prennent en charge. Les primes sont accordées de manière individuelle à chaque assuré en fonction de son âge, de son état de santé.

L'Allemagne a entrepris depuis le début des années 1990 une restructuration de son système de santé en réaction à l'augmentation croissante des coûts (réforme Seehofer).

Celle-ci a présenté deux volets : à partir de 1992 l'État a cherché à ralentir l'évolution des dépenses de santé grâce à un encadrement strict (budgétisation à l'avance des dépenses de santé avec pénalités si dépassement) et une mise en concurrence des différentes caisses d'assurance maladie entre elles (autonomie renforcée, régulant elles-mêmes leur taux de cotisation). En 2004 une nouvelle loi de modernisation de l'assurance maladie (*GKV-Modernisierungsgesetz* ) a introduit un ticket modérateur de 10 € dès la deuxième consultation par trimestre, un ticket modérateur de 10 % (plafonné à 10 €) pour les médicaments et l'instauration d'un forfait journalier hospitalier (34).

- Place des médecins généralistes

Les médecins généralistes, comme en France, pratiquent majoritairement en cabinet libéral, le plus souvent seuls (70%) (29).

Il n'y a généralement pas de paiement de la part du patient (tiers payant intégral). Les médecins sont rémunérés directement par l'union régionale des médecins conventionnés.

Leur rémunération a évolué ces dernières années.

Elle se faisait auparavant par un paiement à l'acte, dans le cadre d'une capitation globale par région.

Concrètement, au sein de chaque région, les caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins définissaient à l'avance un budget global en fonction du nombre d'assurés et de leurs caractéristiques (âge, comorbidités, ...).

Le montant de ce budget était ensuite versé à l'union régionale des médecins conventionnés.

Les médecins cotaient leurs actes selon la nomenclature EBM2000plus (pour *Einheitlicher BewertungsMaßsta*) donnant un nombre de points flottants.

La valeur de ces points était définie à la fin de chaque trimestre lorsque l'union régionale des médecins conventionnés additionnait l'intégralité de tous les actes réalisés par les médecins du Land et la rapportait au budget préalablement défini.

Ainsi, chaque médecin était payé en fonction du nombre d'actes réalisés, mais la somme globale, au niveau du Land, était toujours fixe, même s'ils multipliaient les actes.

Ce système a néanmoins rapidement été critiqué : pour se prémunir d'une éventuelle chute de la valeur du point, des médecins ont augmenté le nombre d'actes qu'ils réalisaient afin de prévenir, à titre personnel, une diminution de leur rémunération. Ce faisant, le système a pénalisé les médecins continuant leur activité de manière habituelle, en diminuant la valeur monétaire du point.

Un essai de régulation du nombre de points a été tenté en 1997 : le « *Praxisbudget* » .

Celui-ci attribuait à chaque médecin un plafond d'activité (ou « quota d'actes ») au-delà duquel il n'était plus rémunéré. Chaque patient, en fonction de son âge et de ses pathologies se voyait attribuer un nombre de consultations annuelles moyen, déterminant le plafond d'activité du praticien, par addition.

Cette méthode de calcul a été critiquée par la cour fédérale et abandonnée en 2003.

Depuis 2009, le système de rémunération a changé : abandon du système de capitation par région et des points flottants. À la place, un budget est alloué à l'association de médecins (spécialistes et généralistes) de chaque *Land*, en fonction de l'utilisation des ressources par les patients les années précédentes.

La redistribution se fait sur la base d'un paiement à l'acte (EBM) avec une valeur fixe, mais qui est conditionnée par un plafond d'activité déterminé pour chaque médecin (en fonction de sa spécialité, de son activité antérieure, de l'âge de sa patientèle). Au-delà de ce plafond, le médecin est payé de manière dégressive pour chaque acte réalisé en plus (36).

De manière plus marginale, il existe des rémunérations forfaitaires spécifiques pour certaines consultations (prévention, suivi de maladie chronique, ....) (14).

Une concertation était également en cours concernant l'introduction d'un paiement à la performance depuis 2012. Celui-ci avait reçu un soutien relatif des associations de médecins, mais face au large rejet de la base, il a été abandonné.

### **c) Royaume-Uni**

- Organisation du système de santé

Le système de santé du Royaume-Uni est régi par la NHS (*National Health Service*). Il est construit sur le modèle bévéridgien prôné par l'économiste William Beveridge en 1942. L'accès aux soins repose uniquement sur un critère de résidence (contrairement aux modèles bismarckien, assurantiels).

Ses principes fondateurs sont une universalité du système de soins (protection de l'ensemble de la population pour l'ensemble des risques), une uniformité des prestations fournies en fonction des besoins (et non selon les ressources comme dans le système assurantiel) et une unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale. Elle est financée par l'impôt.

Comme dans les autres pays, les coûts croissants des dépenses de santé ont mené à différentes réformes. Actuellement, l'ensemble du système de protection sociale reste intégralement géré par l'État. Les soins sont gratuits pour la majorité des actes. Il en résulte une part très faible du secteur assurantiel (environ 5 % des dépenses de santé publique pour 12 % de la population totale assurée).

Il existe une dichotomie importante entre les spécialistes, exerçant de manière quasi exclusive à l'hôpital, et les médecins généralistes (« *General Practitioners* » : « *GPs* ») faisant de la médecine ambulatoire.

Les *GPs* assurent les soins primaires et ont une fonction de « gatekeeper » : ce sont eux qui adressent les patients aux consultations spécialisées hospitalières ou prévoient les hospitalisations.

La seule exception est l'accès libre aux urgences.

Malgré une augmentation importante du budget alloué au système de santé ( 1,9% en 2015-2016 soit 2 milliards de livres et 3,6% en 2016 - 2017 soit 6 milliards de livres supplémentaires) (37), le système anglais rencontre des difficultés structurelles majeures, notamment un problème d'accès aux soins hospitaliers.

En février 2018 on comptait ainsi plus de 4,2 millions d'inscrits sur les listes d'attente du NHS (38). Ceci entraîne un fort mécontentement de la part de la population. Il s'agit d'ailleurs d'un thème qui a été récupéré par les partisans du « brexit » et qui a été jugé déterminant lors du référendum de 2016.

Plus récemment, en janvier 2018, plus de 55 000 opérations « non urgentes » ont dû être décalées en faveur d'opérations urgentes lors du pic épidémique d'hiver, amenant la

première ministre Theresa May à présenter des excuses pour les dysfonctionnements observés.

Si les problèmes sont moins prégnants dans le secteur ambulatoire, on note tout de même un effet « d'embouteillement » car les patients non pris en charge par le système hospitalier, comme prévu par le parcours de soins, restent à la charge des *GPs*.

- Place des médecins généralistes

Plus de 85% des *GPs* sont des indépendants (39), ayant signé un contrat de prestation de services avec le NHS.

Leur rémunération est directement liée au nombre de patients dont ils sont le médecin traitant, selon un système de capitation, pondéré par l'état de santé des patients pris en charge.

Une part de rémunération à l'acte est également présente pour les soins liés aux urgences, aux gardes et aux visites.

Il existe également une part de rémunération sur objectifs très complexe comportant une liste d'objectifs (la *Quality and Outcomes Framework = QOF*) (un point valant 179 £). (40,41). Face à des résultats mitigés dans les études de santé publique, cette part de rémunération a été ramenée de 20-25% en 2004 à 15% en 2013 avec une diminution du nombre de critères de qualité mesurés (de 130 à 80 critères) (42–44).

Il n'existe donc pas de paiement à l'acte pour les soins courants (hors ophtalmologie, soins dentaires). Une franchise est cependant appliquée pour les médicaments (8,60 £ par ordonnance).

Les *GPs* sont majoritairement regroupés au sein de centres de santé (*Primary Care Trusts*, "*PCT*") comportant en moyenne trois *GPs* assistés de six équivalents temps plein (4 administratifs et 2 paramédicaux : secrétaires, infirmières, kinésithérapeutes, ...) (27).

Les *GPs* salariés (15%) sont embauchés par un autre médecin généraliste indépendant ou plus fréquemment par un centre de santé. Leur rémunération est fonction d'une grille tarifaire nationale (45) : le montant pour 2017-2018 en Angleterre est de 56 525 £ à 85 298 £ annuel. Une augmentation de 1% de base est prévue par an.

Devant la pénurie actuelle de médecins généralistes, certains centres n'hésitent cependant pas à proposer des rémunérations dépassant celles indiquées.

Les centres de santé (*PCT*) sont regroupés en *Clinical Commissioning Groups* ("*CCGs*"), dont les membres sont donc des *GPs*. Ils ont un rôle d'organisateur et de financeur des services de santé dans leur territoire. Ces *CCGs* ont une personnalité juridique propre et sont dirigés par un conseil d'administration (au moins 6 personnes, dont un directeur, un directeur financier, un spécialiste, un infirmier et deux personnes civiles) (46).

En pratique, le NHS alloue une somme fixe annuelle au *CCGs* qui se chargera de financer, par des contrats passés avec des établissements privés ou publics, les soins secondaires (urgences, hospitalisations programmées), les soins liés aux pathologies mentales, les prestations de soins à domicile (hospitalisation à domicile, infirmières à domicile, ...), les soins liés à la maternité et les soins de rééducation.

Ces *CCGs* définissent les médecins généralistes comme organisateurs et dirigeants de l'organisation des soins de recours au niveau local.

Les soins primaires, source potentielle de conflit d'intérêt s'ils avaient été gérés par les *CCGs*, sont eux gérés et financés au niveau national par le NHS.

Les *CCGs* gardent cependant un contrôle de la répartition géographique des médecins généralistes par les autorisations d'installation des *PCT* dans leur secteur.

L'avantage pour l'Etat est une budgétisation prévisible et fixe, tout en déléguant la répartition du financement et de l'organisation des soins à des structures locales, proches du terrain.

## **II. Matériel et méthode**

### **1. Présentation de l'étude**

Il s'agissait d'une étude quantitative prospective descriptive, réalisée à partir d'un auto-questionnaire en ligne (Annexe 1) et dont le lien a été envoyé par mail à l'ensemble des médecins généralistes sur la liste de diffusion utilisée par la FMF.

Les réponses au questionnaire se faisaient de manière bénévole, déclaratives et sur la base du volontariat.

Les données ont été recueillies par un informaticien rémunéré par la FMF et transmises sous forme de tableaux Excel. Les noms des médecins n'étaient pas connus, ils étaient indexés selon la date et l'heure de réponse.

Nous avons également utilisé Excel pour les différents graphiques présents dans l'étude.

### **2. Critères de jugement**

L'objectif principal de l'étude était de savoir si les médecins étaient intéressés par une augmentation de la part forfaitaire de leurs revenus.

Les deux critères secondaires étaient d'évaluer l'état de satisfaction général concernant la rémunération à l'acte dans la convention 2016 et l'état de satisfaction général sur la rémunération forfaitaire dans la convention 2016.

### **3. Élaboration du questionnaire**

Le questionnaire (cf. annexe 1) a été bâti à partir de données bibliographiques afin de réaliser le plus possible des questions fermées, plus faciles à analyser statistiquement.

Pour ce faire, nous nous sommes inspirés de la méthodologie des enquêtes de satisfaction, avec l'utilisation d'échelles de Likert.

Le questionnaire était introduit par un texte expliquant le but de l'étude et rappelant la problématique de la rémunération en médecine générale à travers un état des lieux de la situation actuelle.

Le questionnaire a été conçu en suivant la technique « de l'entonnoir ». Le répondant était d'abord invité à répondre à des questions précises, sur la situation actuelle, et l'amenant à réfléchir à la question de la rémunération. Pour ensuite aborder des questions plus complexes ou plus générales, se rapportant à l'évolution souhaitée.

Le questionnaire était divisé en quatre grandes parties regroupant 47 questions à choix multiples et 1 question laissant la place à des commentaires libres.

Il a été soumis à une phase de pré-test sur un échantillon de médecins généralistes du 06/06/2018 au 16/06/2018 par le biais du forum de la FMF. Ceci a permis une reformulation de certaines questions et de certaines phrases introductives. La mise en page globale du questionnaire a également été modifiée à cette occasion car jugée peu lisible.

Les données recueillies étaient :

**I) Situation personnelle des répondants** questions 1 à 12.

Age, sexe, année de thèse, nombre d'années d'exercice en libéral, secteur d'exercice, association libérale, situation géographique, revenus, nombre de patients, temps de travail moyen, satisfaction du rapport temps de travail / rémunération

**II) Rémunération à l'acte dans la convention actuelle** questions 13 à 24.

Satisfaction du G à 25€ pour les actes courts, avis concernant la nomenclature pour les actes complexes, avis concernant la part du paiement à l'acte, avis concernant le revenu final par rapport à la part du paiement à l'acte, avis sur la rémunération des actes de manière générale, avis sur le lien entre la rémunération à l'acte et la prévention et l'éducation thérapeutique, avis sur la prise en compte des actes chronophages dans le paiement à l'acte, avis sur la télémédecine en tant que diversification positive, avis sur la télémédecine en tant que complication, questions subsidiaires afin d'évaluer l'utilisation de la nomenclature actuelle ( 14 questions facultatives recherchant l'utilisation des différentes cotations), **satisfaction générale concernant la rémunération à l'acte dans la convention 2016.**

**III) Rémunération forfaitaire dans la convention actuelle** questions 25 à 31.

Avis sur la RO SP, avis concernant la part du paiement forfaitaire actuel, avis concernant le revenu final par rapport à la part du paiement forfaitaire, avis sur le forfait structure, avis sur le montant du forfait structure, avis sur le mode de paiement des forfaits, **satisfaction générale sur la rémunération forfaitaire dans la convention 2016.**

**IV) Désir d'évolution de la rémunération** questions 32 à 47.

Avis sur la capitation comme système simplifiant la prise en charge, avis sur un paiement forfaitaire revalorisé permettant une embauche de personnel administratif, avis sur

l'augmentation de l'efficacité des soins avec ce système, avis de l'impact sur le nomadisme médical de la part des patients, avis sur le risque de sélection des patients lourds, avis sur le risque de dépendance à l'organisme payeur et la perte d'indépendance des médecins, avis sur les contreparties éventuelles demandées, avis sur la perte partielle de contrôle de sa rémunération, avis sur la concurrence entre médecins dans ce système, avis sur la place de la télémédecine dans ce système, **avis sur une augmentation de la part forfaitaire dans les revenus**, avis sur les forfaits à mettre en place ou revaloriser, avis sur les parts respectives entre paiement à l'acte et paiement par forfait souhaitées, désir de participer à une expérimentation avec part forfaitaire augmentée.

Des commentaires libres sur l'évolution du système de rémunération pouvaient être déposés en fin de questionnaire (question 48).

#### **4. Critères d'inclusion**

Le questionnaire a été adressé aux 31 681 médecins généralistes de la liste de diffusion utilisée par la FMF. Il s'agit du fichier d'Espace Médecine, utilisé également par des associations de formation médicale continue.

Il s'adressait aux médecins généralistes libéraux (y compris praticiens à exercice particulier).

Les médecins salariés exclusifs ont été exclus, ont été acceptés les médecins à revenus mixtes.

Le questionnaire a été envoyé par mail le 21/06/2018.

Seules les réponses réceptionnées avant le 06/07/2018 ont été prises en compte.

## 5. Statistiques

Le critère principal de notre étude interrogeait les répondants sur leur opinion par rapport à l'augmentation de la part forfaitaire dans leurs revenus.

Une échelle de Likert était utilisée, les réponses données ont été regroupées en « plutôt favorable », « neutre », « plutôt défavorable ».

Deux hypothèses sont possibles.

L'hypothèse selon laquelle il y a autant de médecins «Plutôt favorables»  $p_1$  que de médecins «Plutôt défavorables»  $p_2$  peut se noter ainsi :

$$H_0 : p_1 = p_2$$

Face à l'hypothèse :

$$H_1 : p_1 \neq p_2$$

Pour ce faire nous pouvons utiliser le test de Khi 2 d'adéquation. Dans ce contexte, les réponses neutres et les non réponses peuvent être neutralisées, n'entrant pas dans nos hypothèses.

Le test de Khi deux d'adéquation vérifie si, à partir d'un échantillon d'une variable aléatoire  $Y$ , cette variable suit une loi de probabilité théorique définie « à priori ».

On définit la statistique du Khi 2 d'adéquation par :

$$Z = \sum_{i=1}^r \frac{(np_{ei} - np_{ti})^2}{np_{ti}}$$

Les  $np_{ei}$  sont les effectifs observés avec  $n$  pour taille de l'échantillon et  $p_{ei}$  proportion empirique, et  $np_{ti}$  sont les effectifs « théoriques » de chaque modalité avec  $p_{ti}$  la proportion théorique « à priori » de notre hypothèse.

Cette statistique suit une loi de Khi deux à un degré de liberté de  $k = 1$ .

On a selon la table de Khi deux :

$$P(Z < 3,84) = 0,95$$

Lorsque notre statistique de Khi deux est inférieure à celle de l'intervalle de 0,95%, nous en déduisons que nous pouvons valider notre hypothèse  $H_0 : p_1 = p_2$  et ainsi conclure avec un risque de  $\alpha = 0.05$  qu'il y a autant de médecins « plutôt favorables » que de médecins « plutôt défavorables ».

Lorsque notre statistique de Khi deux est supérieure à celle de l'intervalle de 0,95% ( $>3,84$ ), nous en déduisons que notre hypothèse  $H_0 : p_1 = p_2$  est rejetée et concluons avec un risque  $\alpha = 0,05$  qu'il y a soit plus de médecins « plutôt favorables » que de médecins « plutôt défavorables », ou qu'il y a plus de médecins « plutôt défavorables » que de médecins « plutôt favorables ».

Cette même méthode sera utilisée afin de déterminer la significativité des résultats observés sur les autres questions de notre sondage.

### III. Résultats

#### 1. Caractéristiques de l'échantillon des répondants comparées aux caractéristiques de la population globale des médecins généralistes en France

##### a) Taille de l'échantillon

Le questionnaire a été adressé à 31 681 médecins généralistes par mail, 31 193 ont abouti, 488 ont échoué (147 adresses invalides, 41 boîtes pleines, 300 non tracés).

En tout, après élimination des doublons et réponses vides, 816 réponses ont été retenues.

On compte 68 102 médecins généralistes libéraux exerçant actuellement en France (5), notre échantillon représente donc environ 1,2% de la population globale des médecins généralistes.

Selon Cochran (1963:75) la formule suivante nous permet de déterminer la taille minimale de notre échantillon noté  $n_0$  afin de garantir sa représentativité sous contrainte d'une marge d'erreur  $e$  et l'indice du niveau de confiance de la loi normale centrée réduite  $Y^2$ , et d'une proportion à priori  $p$  que l'on considère ici à  $p = 0,5$  (on prend une variance maximale), tel que :

$$n_0 = \frac{Y^2 p(1-p)}{e^2}$$

On souhaite obtenir un échantillon représentatif avec une marge d'erreur de  $\pm 5\%$  et avec un indice de confiance de 95%. On a ainsi :

$$Y = 1,96$$

$$p = 0,5$$

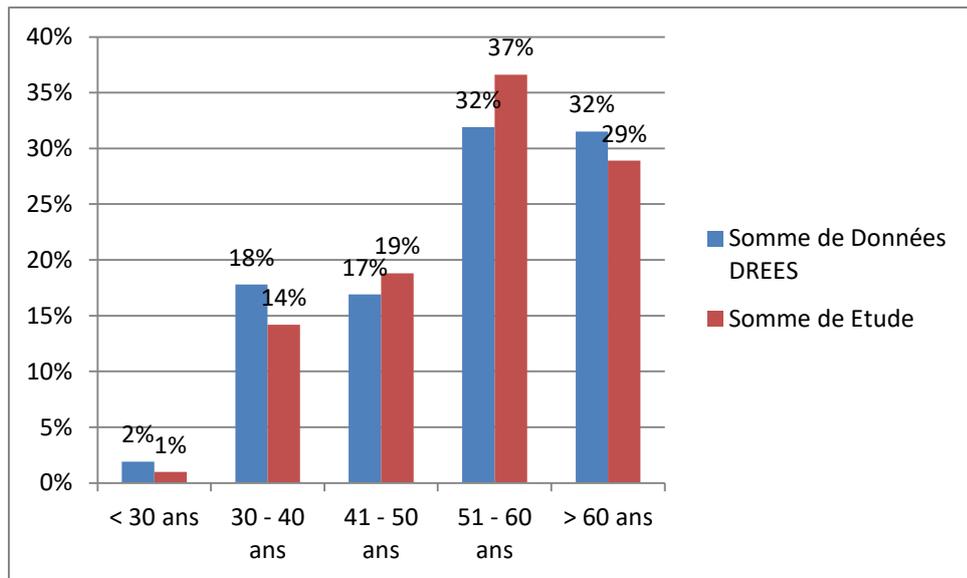
$$e = 0,05$$

$$n_0 = \frac{Y^2 p(1-p)}{e^2} = \frac{(1.96)^2 (0.5)(1-(0.5))}{(0.05)^2} = 385$$

Le nombre de répondants étant de 816, notre échantillon est donc de taille suffisante pour le considérer comme représentatif.

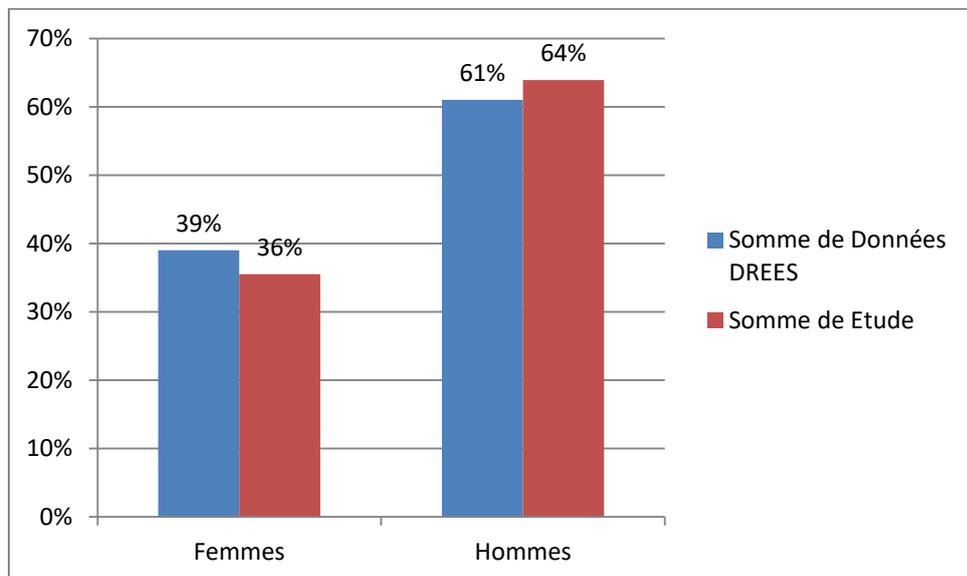
### **b) Age**

Concernant les données démographiques , les données récupérées sont celles de la DREES, se basant sur les recensements RPPS des médecins. (chiffres de 2017) (5)



**Figure 1: "Répartition en pourcentage des médecins généralistes libéraux selon leur âge dans la population générale (données RPPS DREES, 2017) comparée aux répondants de l'étude"**

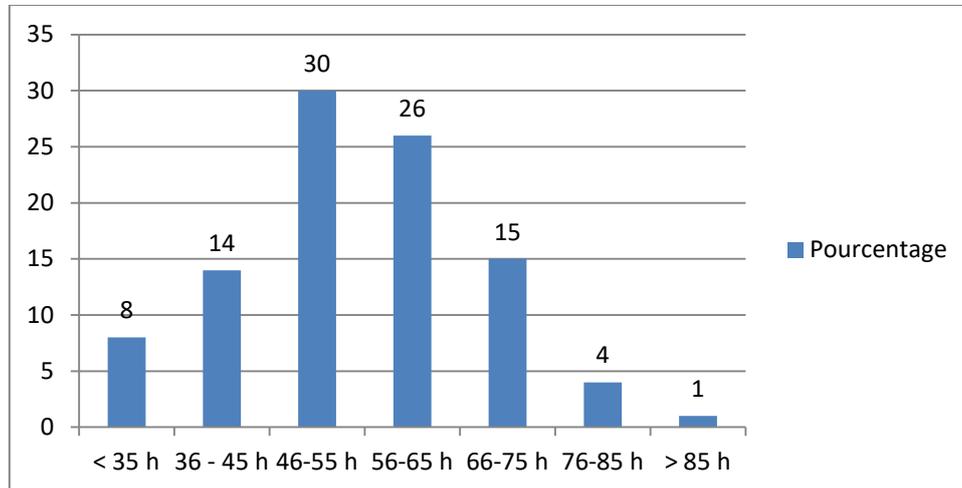
### c) Sexe



**Figure 2: "Répartition en pourcentage des médecins généralistes libéraux selon leur sexe dans la population générale (données RPPS, DREES, 2017) comparée aux répondants de l'étude"**

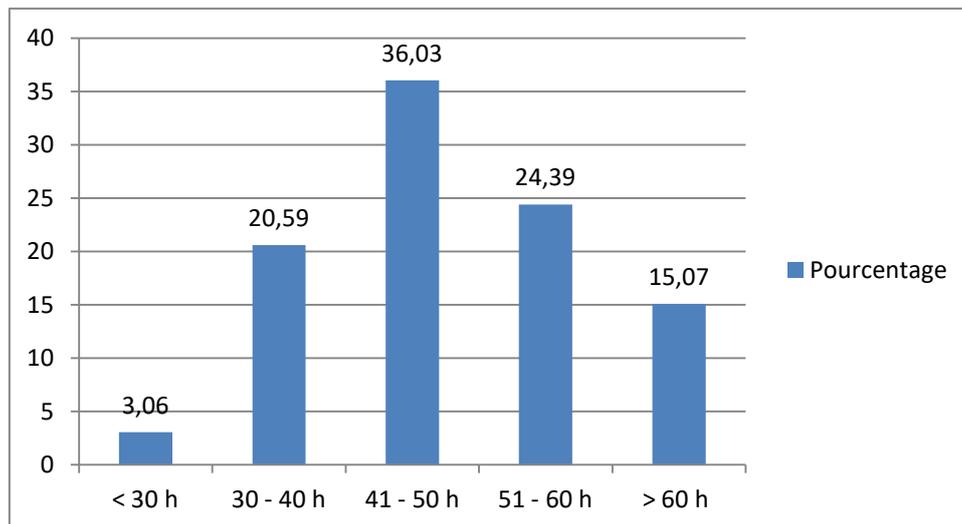
### d) Temps de travail

Lors de la dernière étude de la DRESS portant sur le temps de travail (2012) (47), les médecins généralistes déclaraient travailler en moyenne 57 h par semaine :



**Figure 3: "Répartition en pourcentage des médecins généralistes selon leur temps de travail, DREES, mars 2012"**

Dans notre étude, les déclarants ont estimé avoir travaillé en moyenne 48h par semaine.

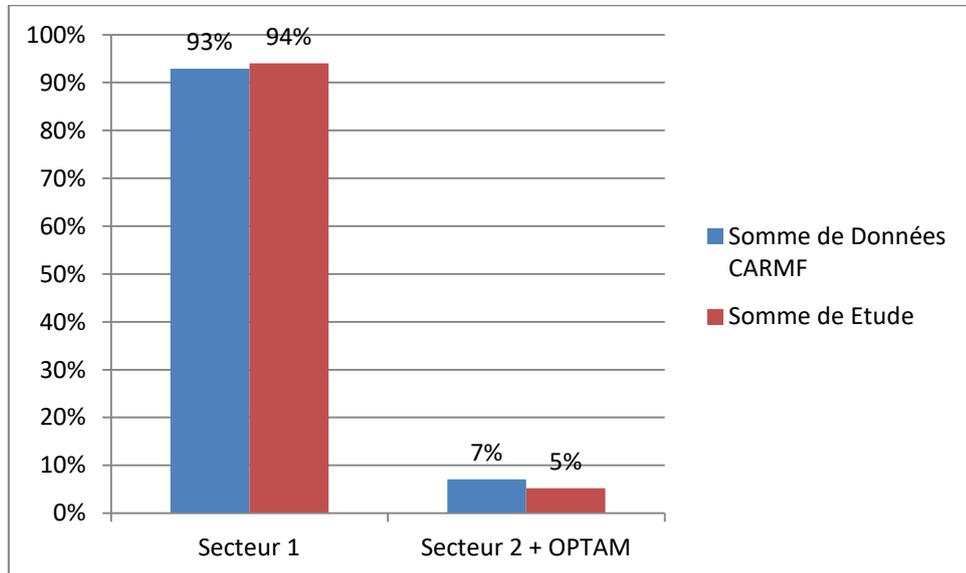


**Figure 4: "Répartition en pourcentage des médecins généralistes selon leur temps de travail, dans notre étude"**

### e) Secteur d'exercice

Répartition en fonction du secteur d'exercice, selon les données CARMF 2016, (48)

comparée à l'échantillon de l'étude :



**Figure 5: "Répartition en pourcentage des médecins généralistes libéraux selon leur secteur d'exercice (données : CARMF 2016) comparée aux répondants de l'étude"**

### f) Revenus annuels

Les revenus annuels libéraux actuels des médecins généralistes (données CARMF 2016 (48))

étaient de 75 550€ , notre enquête a retrouvé un revenu moyen de 77 120€ annuel.

### g) Nombre de patients

Les médecins avaient en moyenne 1100 patients dont ils sont le médecin traitant dans l'étude, contre environ 850 patients par médecin traitant dans la population générale (données CNAM 2015).

## 2. Evolution du système de rémunération

### a) Critère principal : évolution désirée de la rémunération forfaitaire

Concernant l'augmentation de la part forfaitaire, l'avis semble partagé:

- 44,97% d'opinions globalement favorables (8,82% « très intéressé » et 36,15% « pourquoi pas? »)
- 40,07% d'opinions globalement défavorables (24,75% « Plutôt contre » et 15,32% « absolument opposé »).
- Les réponses « neutres » représentent 14,09% des sondés (8,70% « indifférent » et 5,39% « ne se prononce pas »).

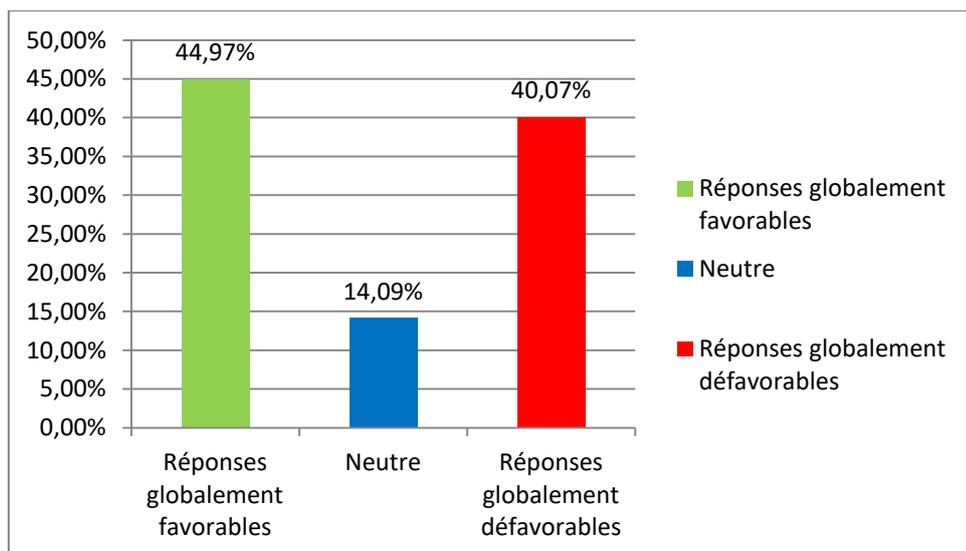


Figure 6: "Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus?"

Nous utilisons le test du Khi deux d'adéquation:

Nous avons donc :

$$n = 694$$

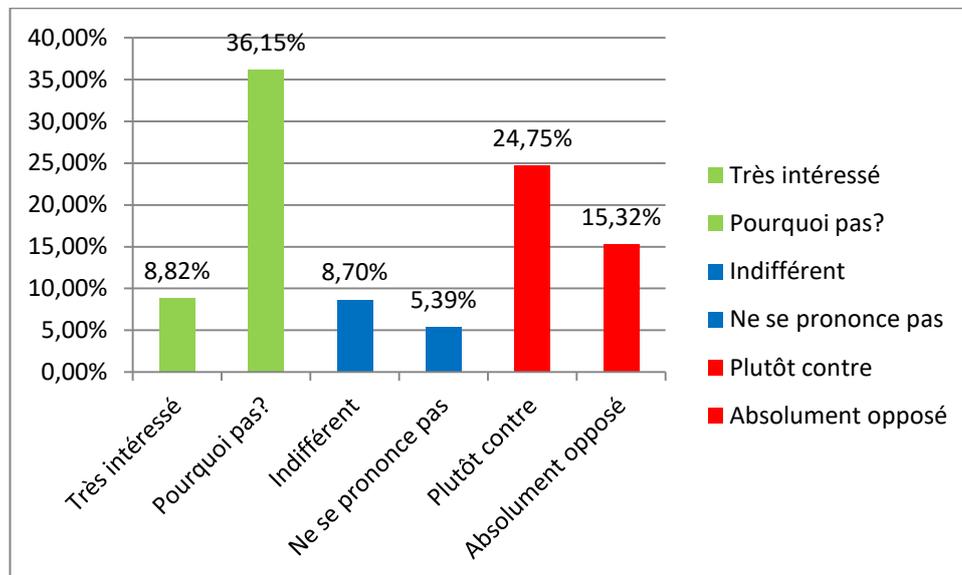
$$np_{e1} = 367$$

$$np_{e2} = 327$$

$$np_{t1} = np_{t2} = 347$$

$$Z = \frac{(367-347)^2}{347} + \frac{(327-347)^2}{347} = 2,31$$

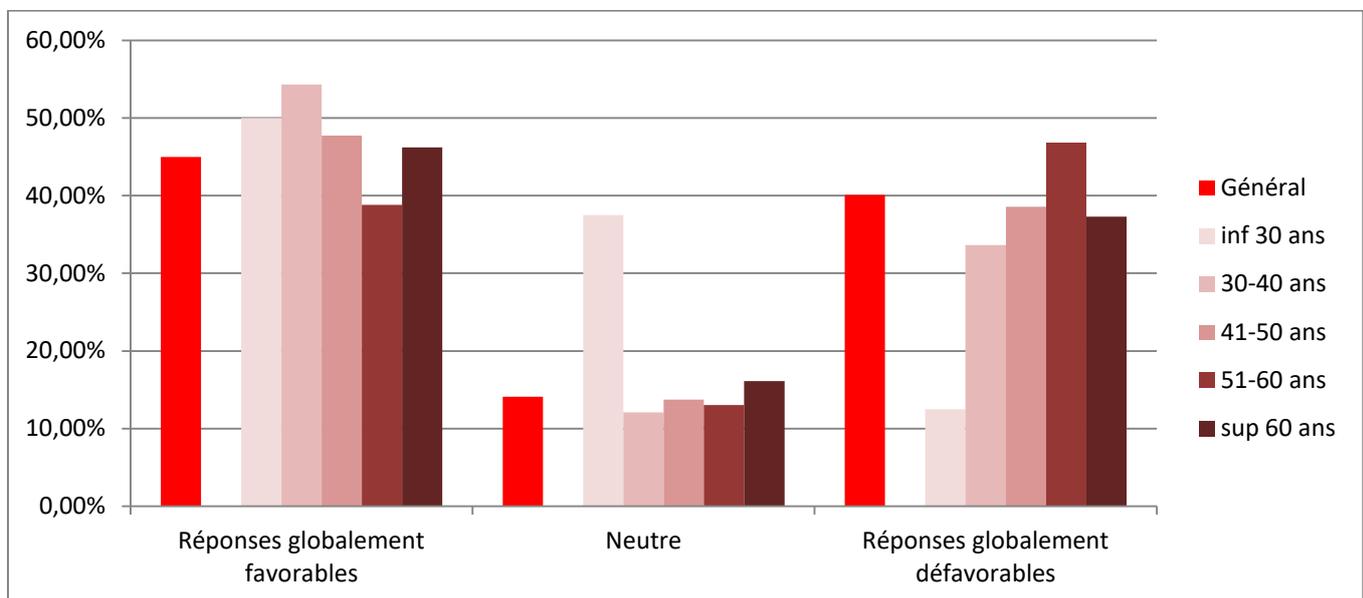
Notre statistique du Khi deux étant inférieure à celle de l'intervalle de 0,95% ( $Z < 3.84$ ), nous pouvons en déduire que notre hypothèse selon laquelle **il y a autant de médecins désirant une augmentation de la part forfaitaire dans les revenus, que de médecins ne le voulant pas, peut être validée.**



**Figure 7: "Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus?, réponses détaillées"**

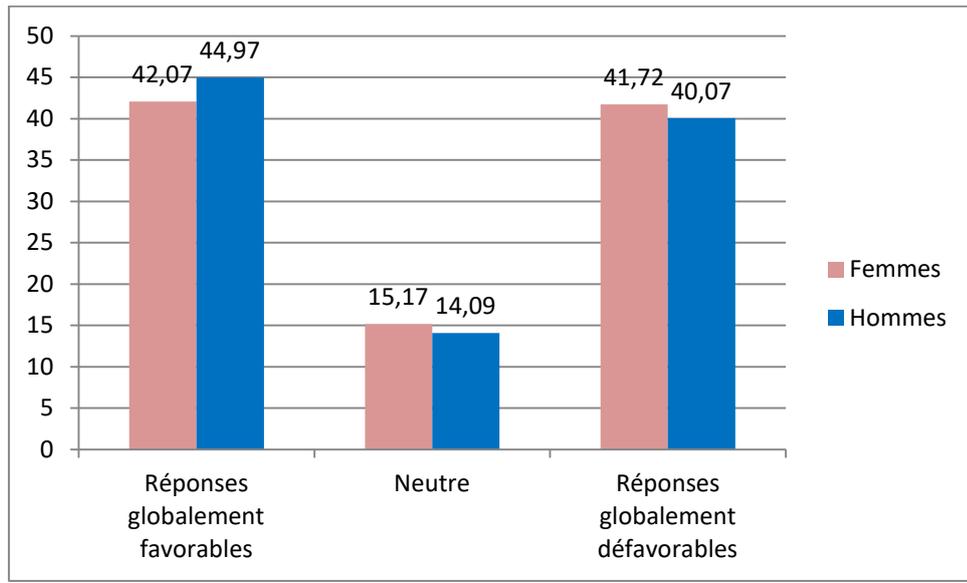
Cette question constituait le critère principal de notre étude. Nous l'avons donc étudiée plus en détail.

Nous avons cherché d'éventuelles différences en fonction de l'âge (cf. annexe 2 pour plus de détails selon les classes d'âge) :



**Figure 8: "Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus?", chez les médecins en fonction de leur âge**

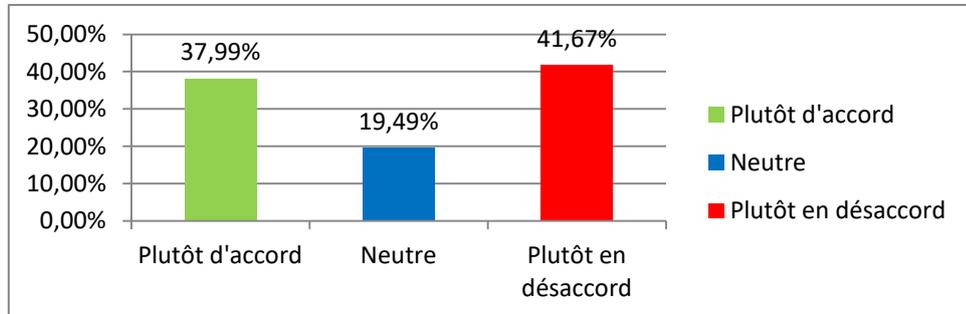
Nous avons également cherché à explorer des différences éventuelles en fonction du sexe (cf. annexe 3 pour plus de détails selon le sexe):



**Figure 9: "Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus?",  
comparaison hommes/femmes**

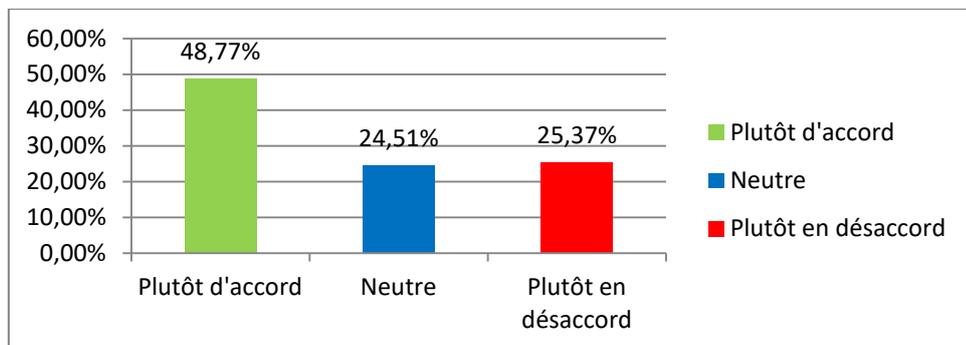
### **b) Autres questions relatives à l'évolution de la rémunération**

- Seule la moitié des médecins interrogés voient le paiement forfaitaire (type capitation) comme permettant une simplification administrative ( $Z=1,38$ ).



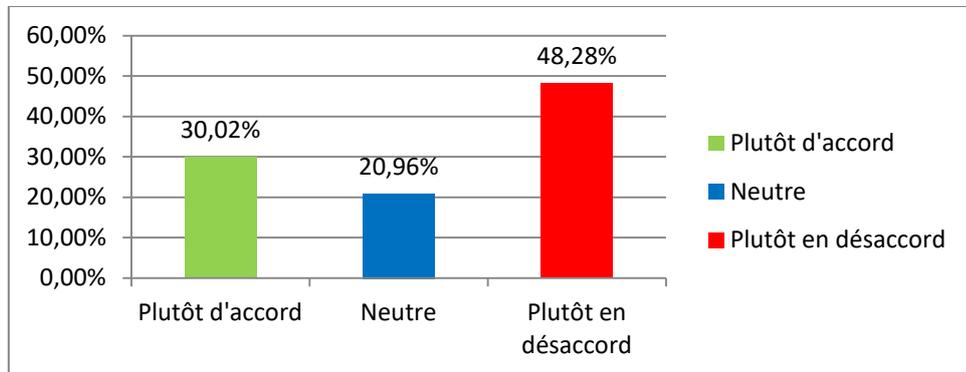
**Figure 10: "Le paiement forfaitaire (XXX € par patient) dont le médecin généraliste est le médecin traitant, en échange d'un suivi régulier de ses patients constituerait une grande simplification administrative"**

- La plupart des médecins verraient un paiement forfaitaire revalorisé comme une facilitation à l'emploi de personnel ( $Z=251,30$ ).



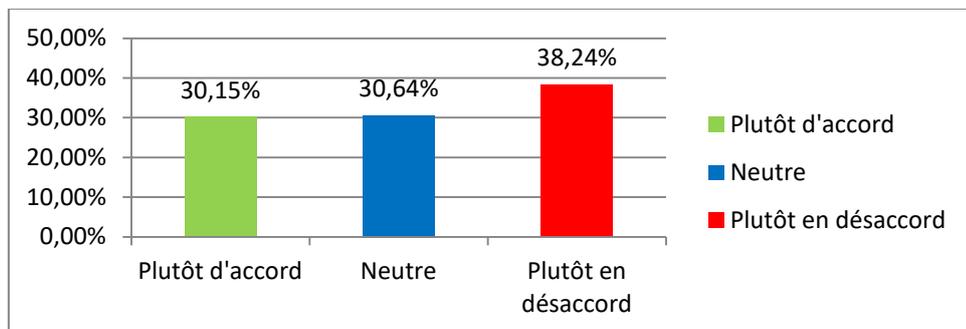
**Figure 11: "Un paiement forfaitaire revalorisé favoriserait l'emploi de personnel (secrétaire, ...)"**

- Les médecins interrogés ne voient pas ce système de rémunération comme augmentant l'efficacité des soins ( $Z=34,74$ ).



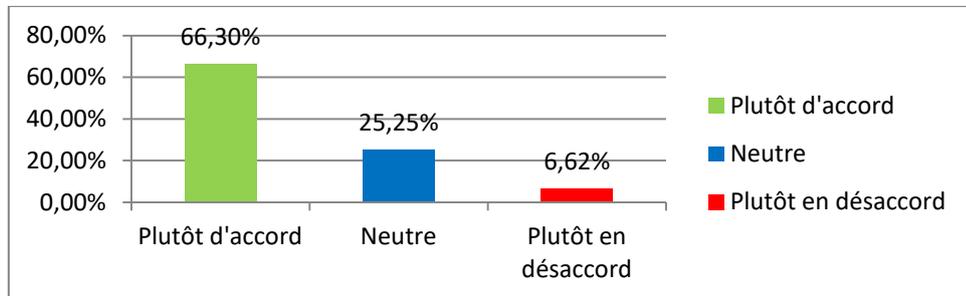
**Figure 12: "Le paiement forfaitaire permettrait une augmentation de l'efficacité des soins et libérerait ainsi du temps médical"**

- Un effet mitigé est attendu par les sondés sur la diminution du nomadisme médical grâce à cette rémunération ( $Z=7,81$ ).



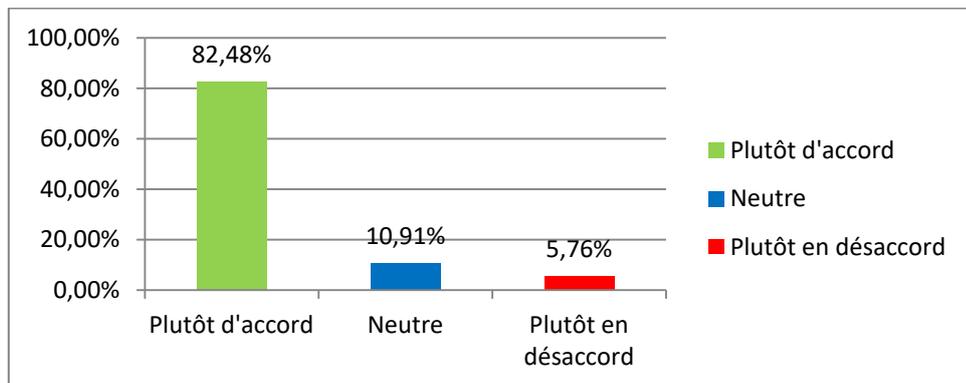
**Figure 13: "Cette rémunération permettrait un meilleur suivi du patient par diminution du nomadisme médical"**

- Une inquiétude est partagée par la majorité des médecins répondants ( $Z=398,60$ ) quant à la possibilité de sélection de cas lourds dans le cas où les forfaits ne seraient pas bien pondérés par l'état de santé des patients.



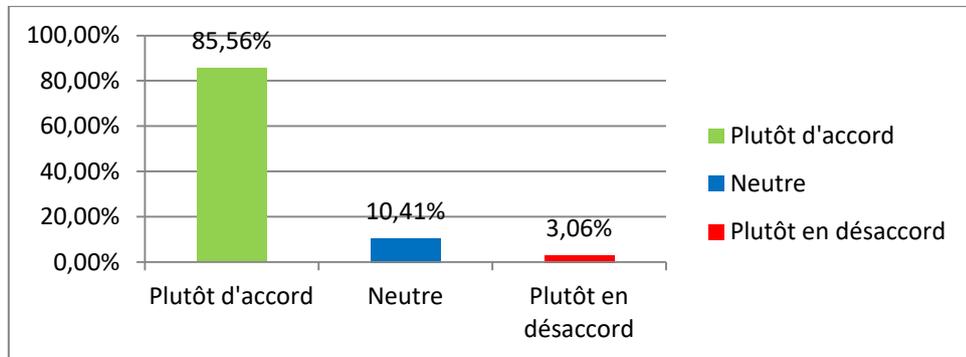
**Figure 14: "Ce type de paiement risquerait d'induire une sélection des cas lourds médicalement en l'absence d'une bonne pondération des forfaits en fonction de l'état de santé des patients"**

- Une très large partie des répondants craint une vulnérabilité des médecins face à l'organisme payeur et une perte d'indépendance ( $Z=544,27$ ).



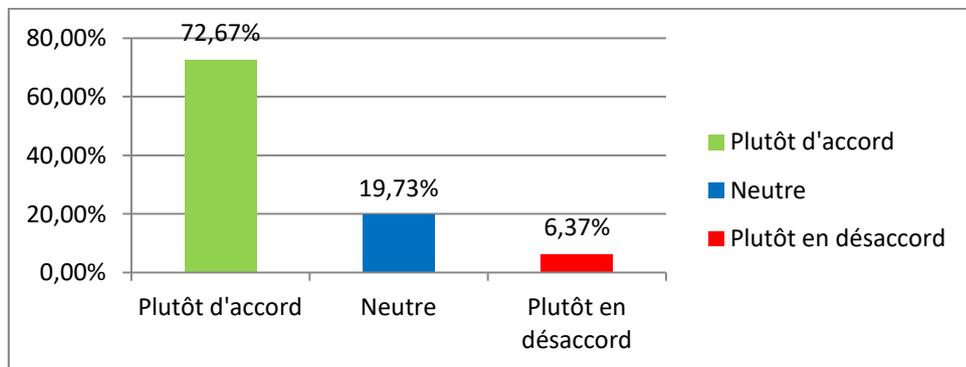
**Figure 15: "Le paiement forfaitaire rendrait le médecin vulnérable face à l'organisme payeur et risquerait de lui faire perdre son indépendance"**

- La crainte de contreparties est également très présente (permanence de soins, objectifs de santé publique, ...) ( $Z=626,46$ ).



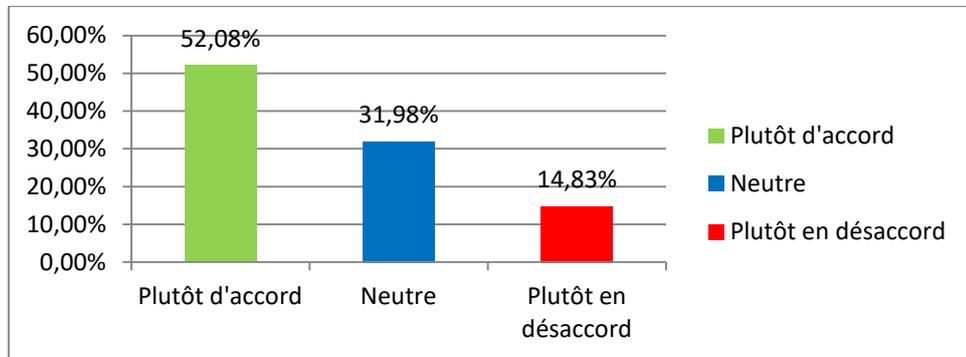
**Figure 16: "Ce type de rémunération risquerait d'induire des contreparties (permanence de soins, objectifs de santé publique, ...)"**

- On note également une crainte de perte de contrôle de la rémunération ( $Z=453,77$ ).



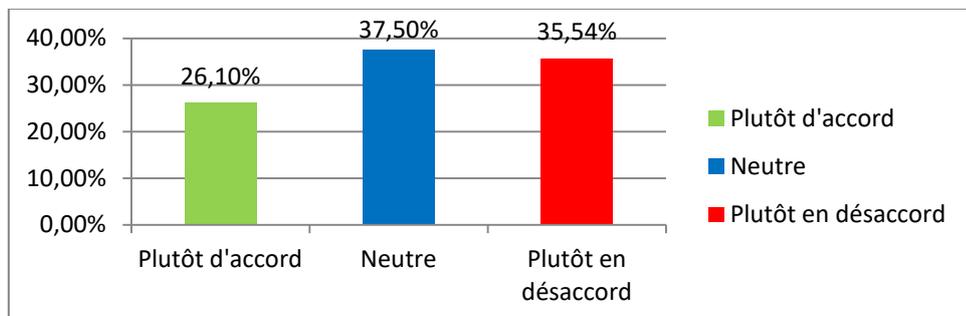
**Figure 17: "Le paiement par forfait induirait une perte de contrôle partielle de sa rémunération (pas de possibilité d'augmenter le volume de ses soins ponctuellement pour faire face à des imprévus)"**

- Une concurrence accrue entre les médecins pour capter la patientèle est prévisible pour une majorité des sondés ( $Z=169,26$ ).



**Figure 18: "Ce type de rémunération risquerait d'augmenter la concurrence entre médecins, pour augmenter le volume de sa patientèle, et donc de sa rémunération"**

- Concernant la télémédecine dans ce système, les répondants ne sont majoritairement pas convaincus par son utilité ( $Z=11,79$ ).



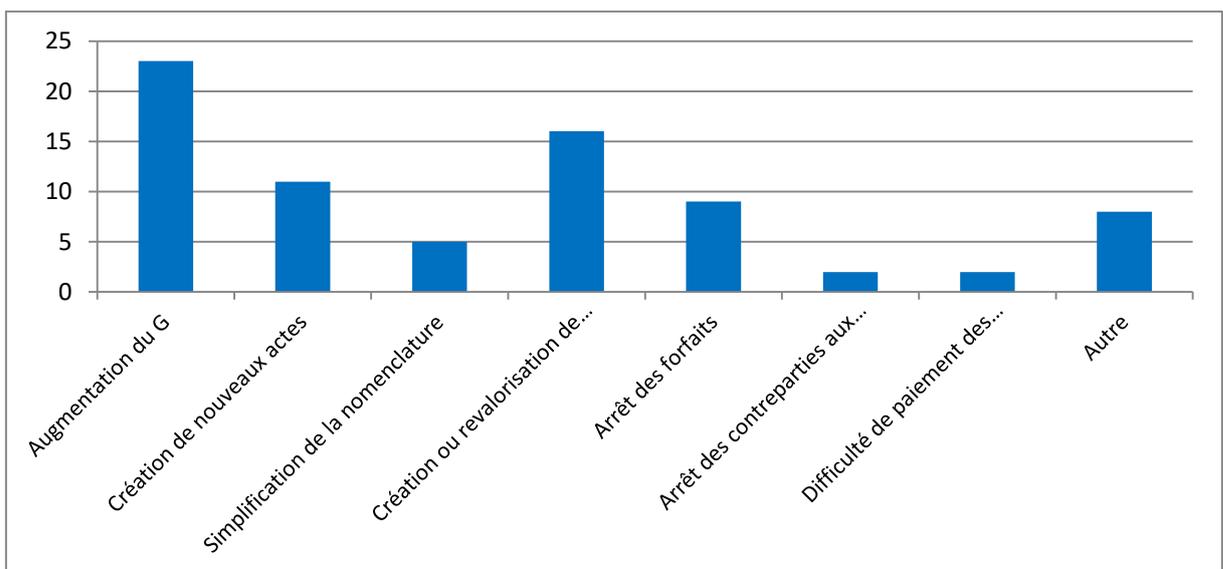
**Figure 19: "La place de la télémédecine est à définir dans ce contexte, mais elle représenterait une solution plus souple pour répondre aux besoins des patients"**

- Concernant les souhaits d'évolution de la rémunération forfaitaire, dans le cas où un paiement à l'acte majoritaire resterait d'actualité, les répondants ont jugé qu'une revalorisation de la plupart des forfaits proposés était pertinente :

- Revalorisation du Forfait Patientèle Médecin Traitant : 66,3% des répondants
- Revalorisation du forfait structure permettant l'embauche de personnel : 58,8%
- Création de forfaits pour les actes de prévention : 57,8%
- Création de forfaits pour l'éducation thérapeutique : 52,2%

Seule la création de forfaits pour des réunions de concertation pluridisciplinaires avec d'autres professionnels de santé n'a pas été jugée pertinente pour une majorité de répondants (41,3% d'opinion favorable).

Les sondés avaient la possibilité de laisser une proposition sur les évolutions ou créations de forfaits qui leur semblaient pertinents. 66 commentaires ont été recueillis. Les résultats ont été représentés dans le graphique suivant.



**Figure 20: "Commentaires sur les souhaits d'évolution concernant la rémunération forfaitaire"**

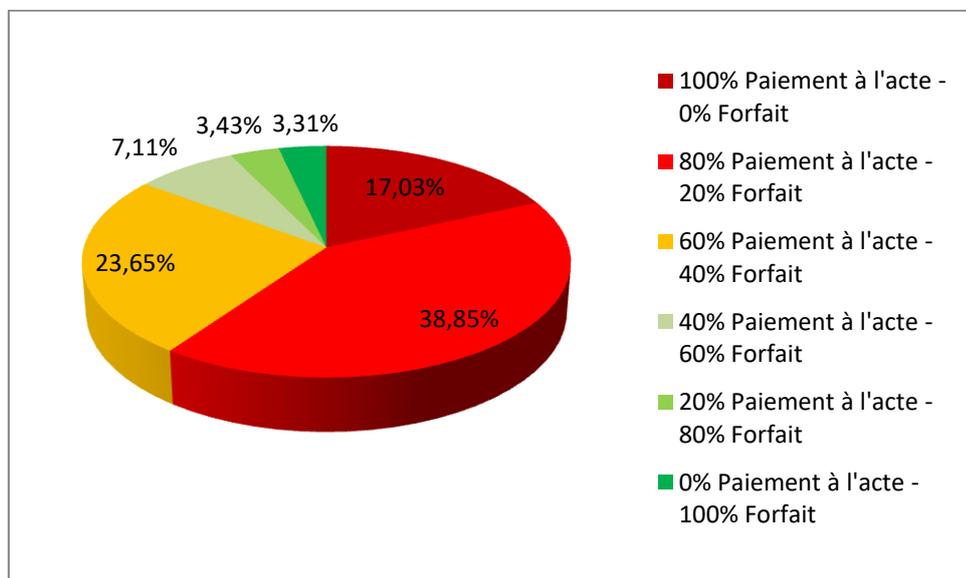
On note parmi les commentaires :

- 23 médecins ont suggéré une valorisation de la consultation (avec notamment une forte prédominance concernant la visite VG considérée comme rémunérée trop faiblement)
- 16 médecins ont proposé une valorisation ou une création de certains forfaits (prévention, selon les horaires d'ouverture par exemple le samedi matin, administratif : formulaires MDPH par exemple, diététique, sevrage tabagique, soutien psychologique)
- 11 répondants ont souligné la nécessité de création de nouveaux actes inexistants dans la nomenclature actuelle (actes longs et complexes, tarification par motif de consultation, pour l'adressage de patients chez des spécialistes ou hospitalisation en service, ostéopathie et homéopathie ont également été cités).
- 9 médecins ont milité pour un arrêt pur et simple de toute forme de forfait.
- 7 réponses ont été classées comme « autre » : on retrouve dans cette catégorie : Une proposition de salariat des médecins généralistes, une suggestion « d'abonnement » à un médecin généraliste, payé par le patient et non remboursé par la caisse, une proposition de secrétaires salariées rémunérées par l'Etat, une meilleure transparence de la caisse pour les rémunérations sur objectif et une proposition de définir collégialement la meilleure rémunération. Deux commentaires étaient incompréhensibles.
- 5 répondants ont souligné la nécessité de simplification de la nomenclature actuelle.
- 2 médecins ont alerté sur la difficulté de rémunération des médecins remplaçants dans un système forfaitaire, actuellement basé sur la rétrocession des actes effectués pendant la période de remplacement.
- 2 répondants ont suggéré d'arrêter d'exiger des contreparties pour les rémunérations forfaitaires.

- Selon les médecins interrogés, les parts respectives des rémunérations devraient rester en faveur de la rémunération à l'acte :

- 79,53% des sondés sont pour une part de paiement à l'acte majoritaire (17,03% : 100% de paiement à l'acte, 38,85% sont pour 80% de paiement à l'acte et 20% de paiements forfaitaires, 23,65% sont pour 60% de paiement à l'acte et 40% de paiements forfaitaires).

- 13,31% des sondés sont pour une part de paiement forfaitaire majoritaire (7,11% sont pour 40% de paiement à l'acte et 60% de paiements forfaitaires, 3,43% sont pour 20% de paiement à l'acte et 80% de paiements forfaitaires et 3,31% sont pour 100% de paiements forfaitaires).

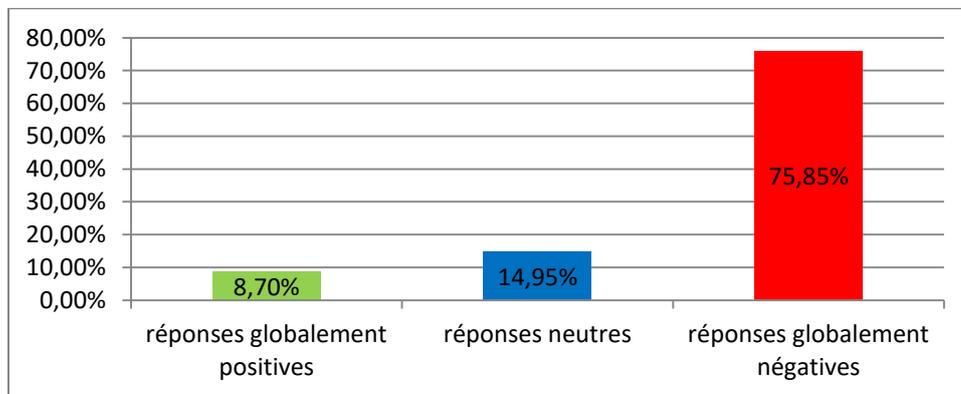


**Figure 21: "Répartition désirée de la rémunération, entre part forfaitaire et paiement à l'acte"**

- Finalement, après avoir répondu au questionnaire, 39% des médecins se sont montrés intéressés pour tester une rémunération forfaitaire importante, dans des conditions favorables.

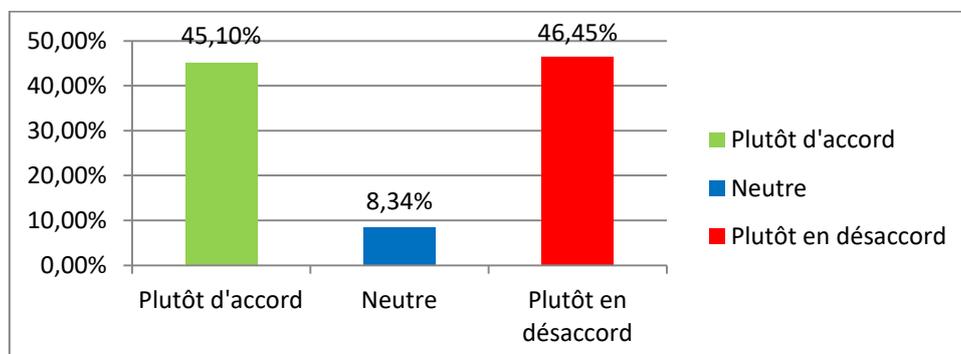
### 3. Concernant le paiement à l'acte dans la convention actuelle

- Concernant la rémunération actuelle, une grande majorité des répondants (75,85%) l'a estimée insuffisante ( $Z = 435,22$ ) :



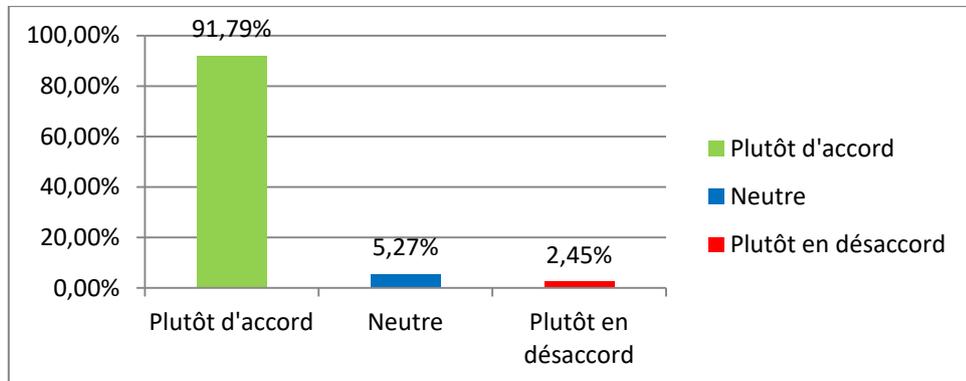
**Figure 22: "Vous trouvez votre rémunération en adéquation avec votre qualification et votre temps de travail"**

- Plus en détail, l'avis sur l'acte de base G à 25€ pour des actes courts est partagé : Il y a autant d'avis plutôt positifs que d'avis négatifs ( $Z = 0,16$ ).



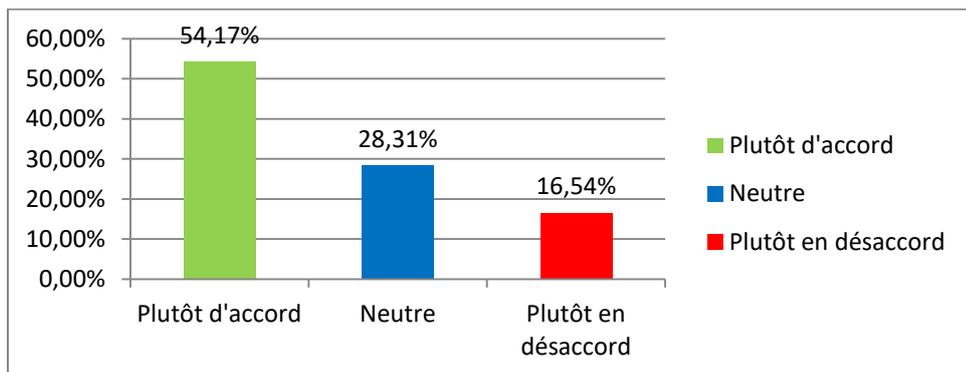
**Figure 23: "25 € est correct pour les actes courts"**

- Les répondants ont majoritairement estimé que les situations complexes n'étaient pas toutes prévues (et donc rémunérées) par la convention ( $Z = 691,08$ ) :



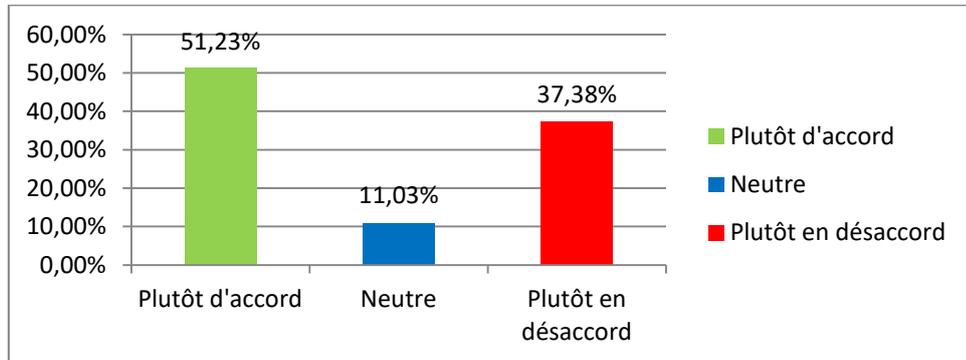
**Figure 24: "Les situations complexes sont bien plus nombreuses que celles prévues par la convention"**

- Concernant la part de paiement à l'acte, celle-ci a été jugée comme étant trop faible ( $Z = 163,34$ ) :



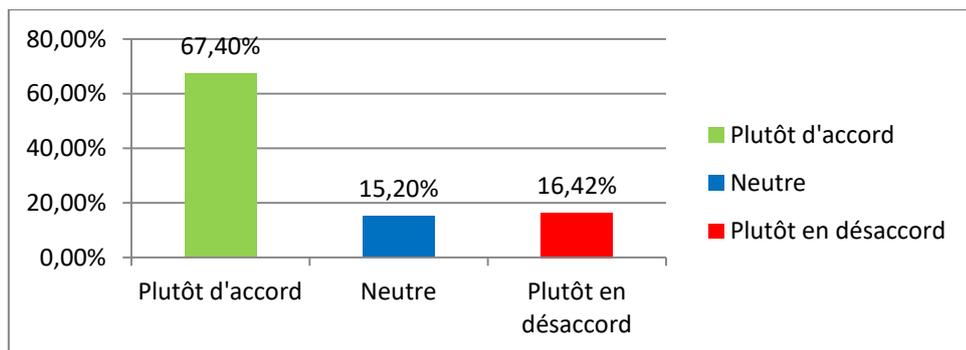
**Figure 25: "Je trouve que la part du paiement à l'acte est trop faible"**

- L'avis donné par la question précédente est cependant à pondérer par cette question, montrant surtout une insatisfaction de la rémunération globale, indépendamment de la part du paiement à l'acte ( $Z = 17,66$ ) :



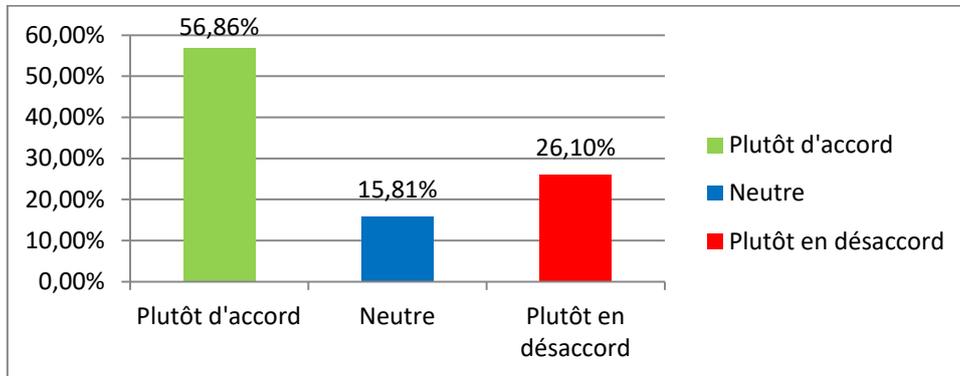
**Figure 26: "La part du paiement à l'acte m'est égale : ce qui compte c'est le revenu final par rapport au travail réalisé"**

- Les répondants ont estimé en majorité que « tous les actes sont trop mal payés » ( $Z = 253,01$ ).



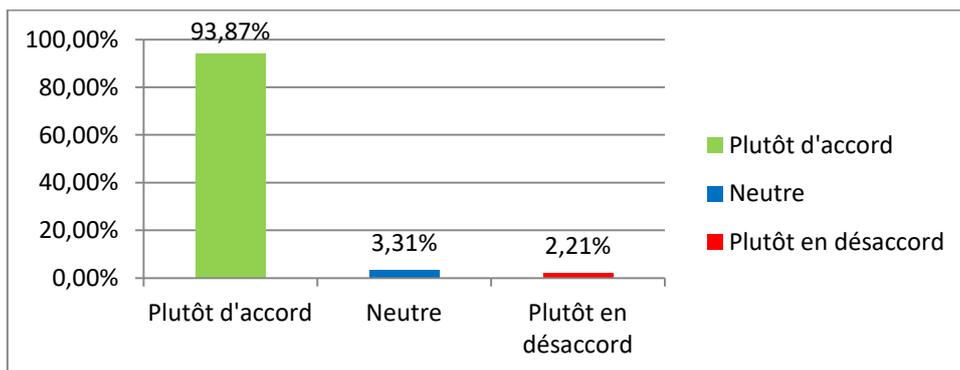
**Figure 27: "Tous les actes sont trop mal payés"**

- Les répondants ont estimé en majorité que le paiement à l'acte ne favorisait pas l'éducation thérapeutique et la prévention ( $Z = 93,06$ ) :



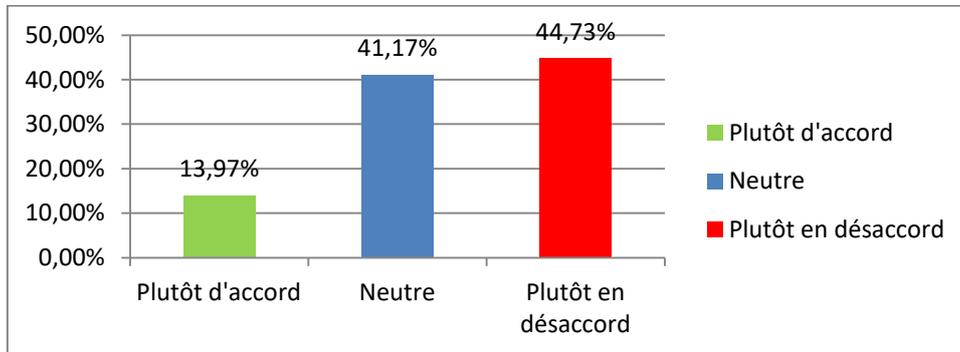
**Figure 28: "Le paiement à l'acte ne favorise pas l'éducation thérapeutique et la prévention"**

- Une large majorité a trouvé que le paiement à l'acte ne prenait pas en compte la rémunération de certains actes (secrétariat, conseils téléphoniques, ...) ( $Z = 713,65$ ).



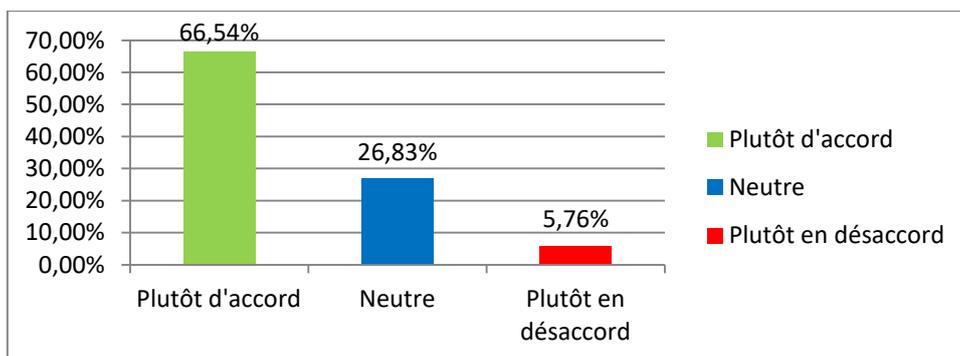
**Figure 29: "Le paiement à l'acte ne prend pas en compte certains actes chronophages (secrétariat, conseils téléphoniques, administratif, ..)"**

- Concernant la télémédecine, la majorité des répondants ne la considèrent pas comme une diversification intelligente ( $Z = 131,53$ ).



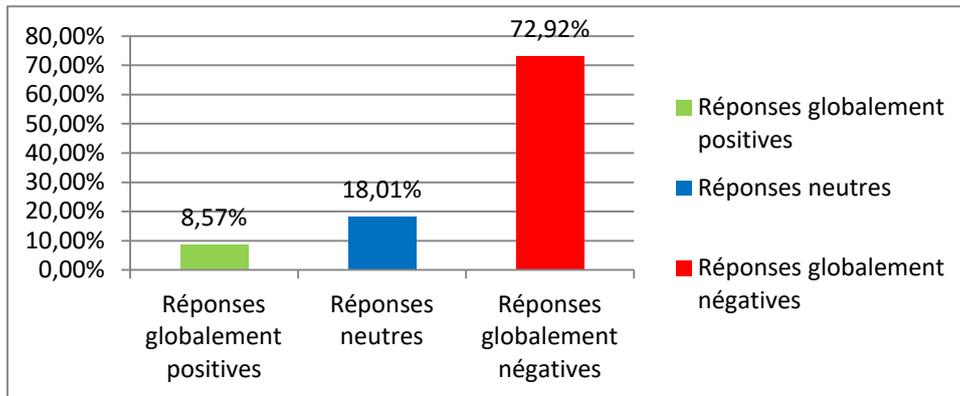
**Figure 30: "Avec la télémédecine payée à l'acte, le paiement à l'acte se diversifie intelligemment"**

- Par contre une majorité trouve qu'il s'agit d'une complication supplémentaire ( $Z = 416,98$ ).



**Figure 31: "Avec la télémédecine payée à l'acte, le paiement à l'acte se complique encore"**

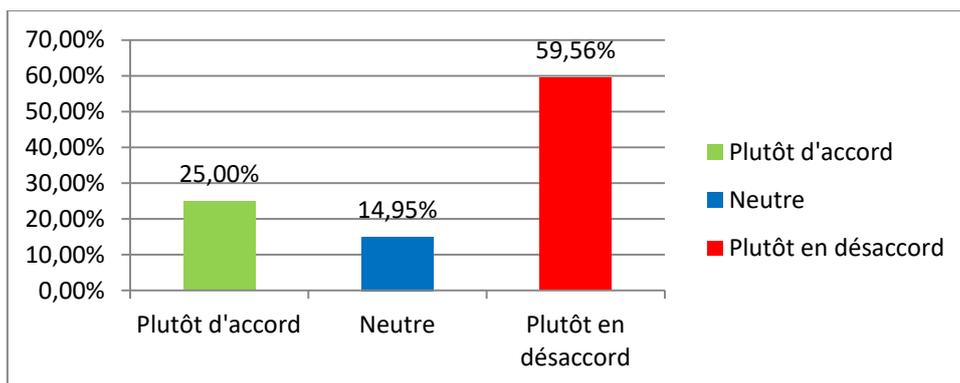
- Au final, concernant la rémunération à l'acte dans la convention actuelle (2016), une large majorité des répondants se disent insatisfaits ( $Z = 414,47$ ).



**Figure 32: "Mon avis général sur la rémunération à l'acte dans la convention 2016 actuellement en vigueur"**

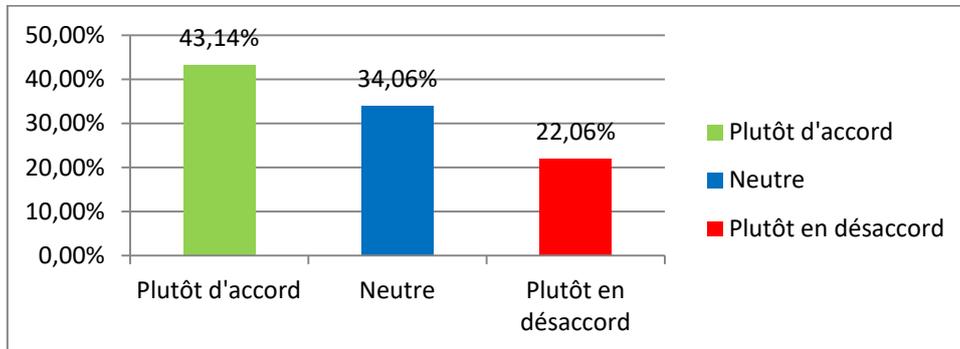
#### 4. Concernant le paiement au forfait dans la convention actuelle

- Les répondants se sont montrés critiques également vis à vis du système de paiement forfaitaire actuel ( $Z = 115,25$ ).



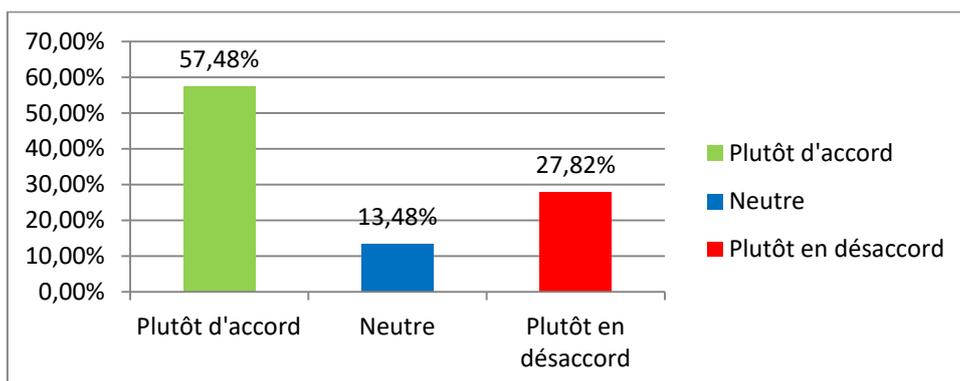
**Figure 33: "Je suis favorable au système de la ROSP"**

- Concernant la part de paiement forfaitaire, les répondants l'ont trouvé plutôt trop faible ( $Z = 55,61$ ).



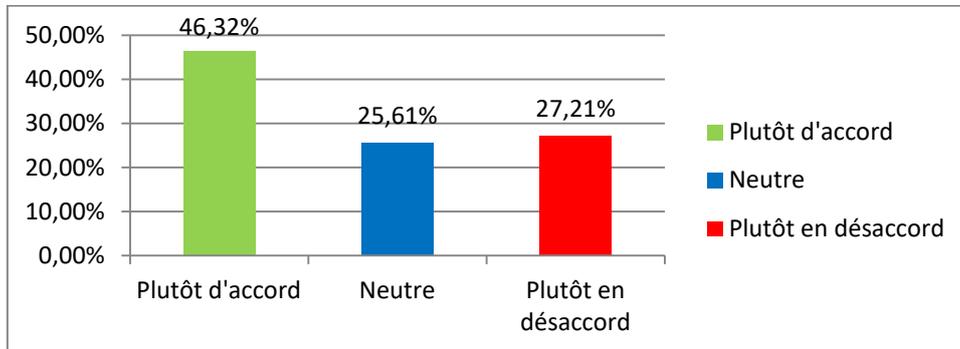
**Figure 34: "Je trouve que la part du paiement forfaitaire est trop faible"**

- Ce résultat est à mettre en relation avec la question suivante qui montre que la majorité des médecins interrogés trouvaient en réalité la part du paiement forfaitaire peu importante, par rapport au revenu final ( $Z = 84,14$ ).



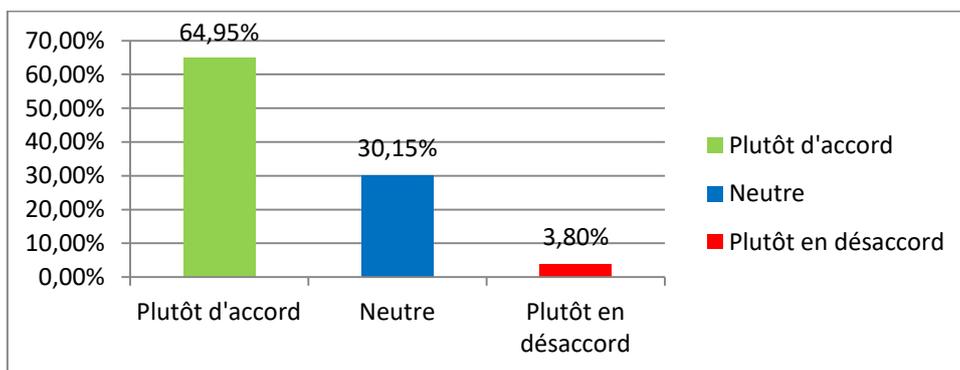
**Figure 35: "La part du paiement forfaitaire m'est égale : ce qui compte c'est le revenu final par rapport au travail réalisé"**

- Concernant le forfait structure, il est globalement plutôt apprécié ( $Z = 40,56$ ).



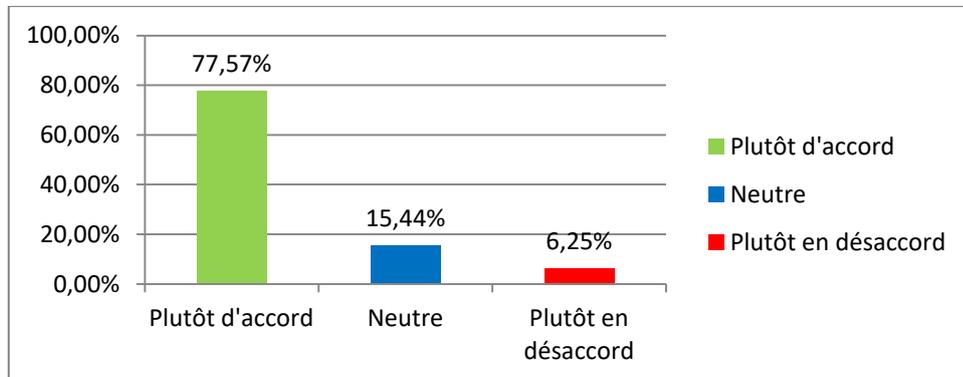
**Figure 36: "Le forfait structure est une bonne idée"**

- La majorité des répondants trouve cependant que le montant de ce forfait est actuellement insuffisant ( $Z=443,85$ ).



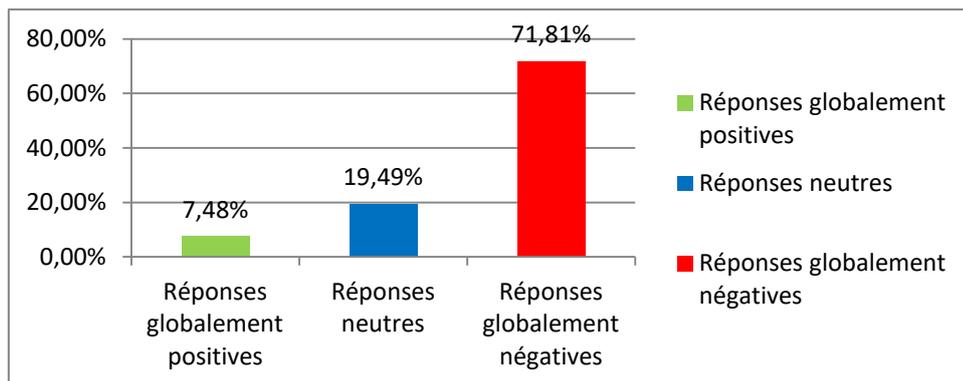
**Figure 37: "Le montant du forfait structure est insuffisant"**

- Les répondants ont été majoritairement d'accord avec la proposition suggérant une méfiance envers la caisse d'assurance maladie comme payeur unique des forfaits ( $Z=495,21$ ).



**Figure 38: "Le paiement au forfait pose problème parce que je n'ai pas confiance : la caisse va toujours essayer de payer moins"**

- Tout comme pour la rémunération à l'acte, les répondants se sont montrés insatisfaits sur la rémunération forfaitaire actuellement en vigueur dans la convention 2016 ( $Z= 426,00$ ).



**Figure 39: "Mon avis général sur la rémunération forfaitaire dans la convention 2016 actuellement en vigueur"**

## 5. Commentaires libres

Une place a été laissée à la fin de l'enquête afin que les médecins y répondant puissent laisser un commentaire s'ils le désiraient.

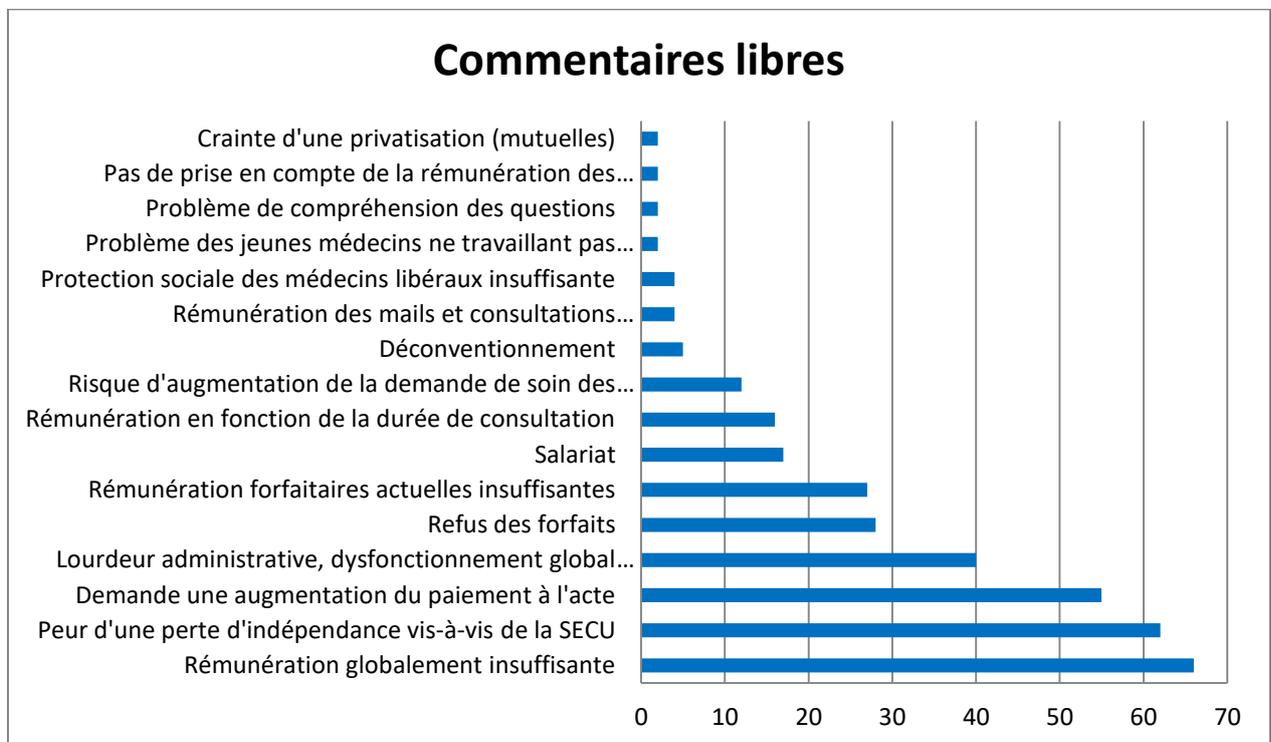
29% des répondants y ont répondu, soit 238 commentaires. Ceux-ci ont été analysés afin de les trier par thèmes généraux et récurrents. Chaque commentaire pouvait comporter plusieurs thèmes (par exemple cumuler la dénonciation d'une rémunération globalement insuffisante avec une demande d'évolution vers le salariat. Dans ce cas le commentaire était compté dans les deux items).

Les commentaires ont été répartis en 16 items (par ordre de fréquence):

- Commentaire tenant à souligner une rémunération perçue comme insuffisante au vu du travail accompli : présent dans 66 commentaires (environ 28%).
- Expression de la peur d'une perte d'indépendance vis à vis des organismes payeurs pour les forfaits (contrôle des prescriptions, critères de santé publique, permanence de soin, dépendance financière) : présente dans 62 commentaires (environ 26%).
- Demande d'augmentation du paiement à l'acte (augmentation de la valeur monétaire de la consultation G) : présente dans 55 commentaires (environ 23 %).
- Expression de la lourdeur administrative et du dysfonctionnement global du système de santé. On retrouve dans ces commentaires plusieurs critiques sur le temps médical perdu en tâches administratives diverses (certificats administratifs MDPH cités plusieurs fois, comptabilité, contrôles de la CPAM, justificatifs divers à fournir) et la prise de rendez-vous téléphonique (notamment pour des hospitalisations ou rendez-vous urgents chez des spécialistes au vu des délais d'attente) : présente dans 40 commentaires (environ 16%).

- Refus des forfaits ou d'une augmentation de la part de ceux-ci : présent dans 28 commentaires (environ 12%).
- Forfaits actuels estimés comme insuffisants par rapport au niveau de rémunération ou au niveau des aspects de la médecine pris en considération (prévention, diététique, ...): présents dans 27 commentaires (environ 11%).
- Demande de salariat comme évolution de la rémunération : présente dans 17 commentaires (environ 7%).
- Rémunération en fonction de la durée de la consultation (six commentaires évaluent une consultation « normale » de 15 à 20 minutes et souhaitent coter en fonction de cette durée de base : 2 x G pour 30 min, 3 x G pour 45 min, ...) ou en fonction du nombre de motifs de consultation (consultations complexes avec plusieurs motifs) : présente dans 16 commentaires (environ 7%).
- Plusieurs médecins ont souligné le risque d'un recours abusif à des consultations de la part de patients très demandeurs en cas d'abandon du paiement à l'acte : présent dans 12 commentaires (environ 5%).
- Certains médecins préconisent le déconventionnement afin de pratiquer une liberté tarifaire : présent dans 5 commentaires (environ 2%).
- Quelques médecins ont demandé une rémunération des services et conseils médicaux prodigués par mail ou téléphone (contrôle INR, ordonnances faxées) : présent dans 4 commentaires (environ 2%).
- Protection sociale des médecins libéraux jugée insatisfaisante dans 4 commentaires (environ 2%).
- Problème démographique et d'attractivité de la profession imputé aux jeunes médecins ne voulant pas assez travailler selon 2 commentaires (environ 1%).

- Deux commentaires soulignant un problème de compréhension des questions du questionnaire (environ 1%).
- Deux commentaires soulignant que les rémunérations des médecins remplaçants ne sont pas prévues et seront complexifiées dans ce système (environ 1%).
- Crainte d'une privatisation de la médecine générale au profit des mutuelles : 2 commentaires (environ 1 %).



## IV. Discussion

Cette enquête a permis de mieux appréhender les attentes des médecins généralistes libéraux concernant leur rémunération, et notamment l'évolution qu'ils souhaitent concernant le paiement par forfait.

### 1. Critère principal

#### *Autant de médecins généralistes libéraux favorables à une augmentation de la part forfaitaire que de défavorables*

Concernant notre critère principal, 45% des sondés se sont déclarés en faveur d'une augmentation de la part forfaitaire dans leurs revenus (Figure 6). Parmi eux, 9% se déclaraient « très intéressés » et 36% étaient plutôt intéressés (Figure 7).

A l'inverse, 40% s'y sont opposés. Dont 15% « absolument opposé » et 36% « plutôt contre ».

Nous en avons déduit que la moitié des médecins étaient en faveur d'une valorisation de la part forfaitaire dans la rémunération.

Des résultats similaires ont été observés dans l'étude de BARLET M. et al. réalisée sur 1900 médecins de 5 régions françaises (1). Celle-ci retrouvait 42% de médecins globalement favorables aux forfaits contre 39% d'opposés.

Ces résultats sont également retrouvés dans la thèse de BOUSSON C. (enquête sur 195 médecins libéraux Frانس-comtois) avec 48% des médecins favorables au paiement forfaitaire (49).

***En moyenne, une moitié des médecins sont prêts à une part forfaitaire revalorisée, mais des variations selon l'âge***

Plus en détail, les classes d'âge « jeunes » ont tendance à être plus favorables au paiement forfaitaire (Figure 8 et annexe 1), la tendance s'estompe pour les 41-50 ans et devient défavorable pour les 51-60 ans.

Une exception cependant pour les plus de 60 ans, montrant, comme les classes d'âge plus jeunes, un intérêt en faveur de l'évolution vers le paiement forfaitaire.

Cela pourrait s'expliquer par une préoccupation plus forte de ces médecins pour leur qualité de vie et la volonté d'une meilleure limitation de leur temps de travail (50).

Par ailleurs la situation financière des plus de 60 ans est perçue comme plus « confortable »(1), la qualité de vie devient alors plus importante pour cette tranche d'âge que le maintien d'une rémunération importante.

Il est intéressant de noter que l'étude de BARLET M. et al. ne trouvait pas de différence significative d'âge dans les différents groupes favorables et défavorables au paiement forfaitaire (1). Cependant leur analyse portait sur les moyennes d'âge calculées dans leurs groupes. Ainsi, la répartition particulière retrouvée dans notre étude (prédominance des classes d'âge jeunes et des plus de 60 ans dans le groupe favorable) a pu passer inaperçue.

Ces résultats sont cependant à pondérer par le faible nombre de répondants dans chaque classe d'âge (notamment pour les moins de 30 ans, seulement 8 réponses) ne permettant pas une généralisation à l'ensemble.

De plus, la population sondée n'était pas totalement représentative de la population de médecins libéraux français. Notamment, on observe une surreprésentation de la classe d'âge

des 41-50 ans alors même qu'elle est la tranche d'âge la plus opposée à l'augmentation de la part de rémunération forfaitaire et une sous-représentation des 30-40 ans, qui y sont les plus favorables (Figure 1, Figure 8).

Cela pourrait s'expliquer par un taux de réponse plus important chez les médecins rejetant totalement cette proposition.

### ***Pas de différence observée selon le sexe ...***

Dans notre étude, comme dans celle de BARLET M. et al. (1), aucune différence significative n'a été trouvée dans les réponses, en fonction du sexe.

## **2. Forces et faiblesses de l'étude**

### ***Forces de l'étude***

Un des points positifs de cette étude a été le nombre relativement important de réponses obtenues (816), soit 1,2% du total de médecins généralistes libéraux ou à exercice mixte (51), permettant l'obtention de résultats statistiquement valides.

Il s'agit de la seule enquête française récente sur ce sujet retrouvée lors de nos recherches bibliographiques, recrutant des sujets au niveau national (1,14,25,49,52-54).

Enfin, le sujet avait initialement été conçu comme une enquête visant à recueillir l'opinion de la base électorale d'un syndicat de médecins généralistes vis-à-vis d'une possible augmentation de la rémunération forfaitaire, en vue des prochaines négociations conventionnelles. L'actualité politique en a fait un sujet de premier plan suite à la présentation du plan santé 2022 (55,56), ouvrant la voie aux nouvelles modalités de rémunération et mettant en avant les paiements forfaitaires.

### ***Limites et biais de l'étude***

Des biais sont présents dans cette étude.

Tout d'abord, il existe un biais de recrutement : le questionnaire a été envoyé à 31 193 médecins par voie dématérialisée uniquement (mail), excluant *de facto* les médecins non informatisés.

Le taux de réponse par rapport à la population interrogée était donc faible (2,6%) et on peut supposer que des médecins montrant un faible niveau de satisfaction concernant la rémunération actuelle auront un intérêt plus important à répondre à l'enquête.

Le questionnaire a été réalisé par nos soins. Malgré des recherches bibliographiques et la phase de pré-test sur un échantillon de médecins, un risque de réponses induites existe de ce fait. Il est d'autant plus présent que l'on demandait aux répondants de se positionner par rapport à des affirmations, pouvant donc rajouter un biais d'acquiescement.

Les échelles utilisées (Likert) comportent de manière intrinsèque un biais de tendance centrale (les répondants hésitant à donner des réponses extrêmes : « tout à fait opposé » ou « tout à fait d'accord »). Nos questions ont cependant été analysées selon des critères moins tranchés (opposant les opinions globalement favorables et les opinions globalement défavorables) limitant ce biais, mais pouvant favoriser les réponses « neutres ».

Les données bibliographiques n'ont pas toujours permis l'obtention de données satisfaisantes : par exemple pour les temps de travail des médecins, difficiles à estimer ou pour les fonctionnements des systèmes de santé à l'étranger, la rémunération des médecins restant un sujet relativement tabou et opaque.

Enfin, cette étude avait pour but d'évaluer l'attrait des médecins généralistes pour la rémunération forfaitaire uniquement, d'autres pistes pour une diversification des revenus n'ont pas été explorées. On peut citer ici par exemple une demande plusieurs fois retrouvée dans les commentaires d'adapter les tarifs des consultations au temps passé avec le patient.

### **3. Les autres enseignements de notre étude**

#### ***La rémunération actuelle largement décriée...***

Cette insatisfaction se retrouve en effet de manière prépondérante dans notre étude, concernant aussi bien les questions générales sur la rémunération (Figure 22 : plus de 75% des répondants la jugeant insuffisante) que le paiement à l'acte (Figure 32: 73 % d'opinions négatives ) ou le paiement forfaitaire dans la convention actuelle (Figure 39 : 72% d'opinions négatives).

La nécessité d'une évolution de la rémunération est donc soulignée par une grande majorité des sondés.

La désaffection de la médecine générale libérale par les jeunes générations semble le confirmer, avec seulement 10,7% des médecins nouvellement formés qui se sont installés en libéral exclusif contre 63,4 % ayant fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié depuis 2014 (6,57).

Selon un rapport de l'ONDPS de 2006 (58), cette véritable « crise des vocations » est plurifactorielle. Il s'agirait à la fois d'une « méconnaissance de la profession », du « manque de perspectives et d'évolution » et de la « pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires ».

Dans ce contexte, un changement majeur semble incontournable afin d'assurer la pérennité du système libéral.

***Les exemples des pays voisins ...***

La plupart des pays voisins étant confrontés aux mêmes contraintes économiques et la rémunération des médecins étant intrinsèquement liée à l'organisation du système de santé, l'étude des différentes politiques consécutivement mises en œuvre permet d'analyser leur effet à l'échelle d'une population.

En premier lieu, dans la plupart des pays, l'organisation et le financement du système de soins semblent beaucoup plus décentralisés.

***L'Angleterre : un financement centralisé mais une organisation locale des soins secondaires...***

Même dans un pays comme l'Angleterre, d'inspiration « beveridgienne », où le financement est centralisé, étatique, l'organisation du système de santé fait que la constitution de l'offre des soins de recours (spécialistes, hôpitaux, ...) est financée et organisée au niveau local, par les acteurs de proximité.

Ce sont les « *Clinical Commissioning Groups* », constitués par les médecins généralistes locaux, en grande partie, mais également par des membres de la société civile locale, des infirmiers et des financiers. La somme allouée par le NHS reste fixe et globale sur le territoire (46).

Dans ce système, les médecins généralistes sont libéraux, rémunérés majoritairement par un paiement forfaitaire (type capitation).

***L'Allemagne : Un budget et une organisation gérés au niveau local, en fonction de l'année précédente...***

Pour l'Allemagne, le budget est géré par l'association de médecins (spécialistes et généralistes) de chaque *Land*, et déterminé en fonction de l'utilisation des ressources par les patients les années précédentes.

C'est l'association de médecins locale qui gère le financement et la densité médicale (à travers les autorisations d'installation selon les secteurs : le « *Bedarfsplan* »)(59). La quantité de soins fournis est également contrôlée régionalement puisque le secteur couvert reçoit une somme fixe pour son financement.

Dans ce système, les médecins sont majoritairement payés à l'acte, par l'association de médecins locale.(36,60).

***Les Pays-Bas : Une privatisation du système de soins primaires, sous conditions...***

Pour les Pays-Bas, l'État s'est totalement dégagé de l'organisation du système de soins, laissée à la charge d'assureurs privés uniquement. Le contrôle repose sur les conditions imposées à ces assureurs :

- une obligation d'assurer tous les patients, y compris les plus « à risque ».
- une offre de soins standardisée : les paniers de garantie proposés par les assureurs doivent être comparables et sont fixés réglementairement par l'État.

Cette situation, dans laquelle les assureurs étaient obligés de proposer les mêmes « produits » (à savoir des contrats santé composés de garanties similaires), a obligé la constitution d'un réseau de soins le plus efficient possible et le plus accessible pour le

patient, afin d'être compétitif. Avec succès, puisque le Pays Bas affiche les temps d'accès à un médecin généraliste les plus bas de l'OCDE (moins d'un jour). Il s'agit également du seul pays où l'attractivité de la médecine générale reste forte, sans problème de démographie médicale (28,31,59).

Dans ce système, les médecins, sont majoritairement rémunérés par capitation via les contrats passés avec les assurances privées.

Ces quelques exemples montrent qu'une organisation moins centralisée et plus axée sur les territoires a été privilégiée par les pays voisins. Les effets sur l'efficacité du système de santé sont mitigés avec de forts mécontentements en Angleterre et à l'inverse un bon vécu des patients et des professionnels de santé concernant les soins ambulatoires pour les Pays-Bas (61).

### ***Et en France ? Vers quel avenir? ...***

En France, le plan santé 2022 dévoilé par le Président Macron semble aller dans le sens d'une décentralisation. Il promet une forte incitation financière à des regroupements entre médecins et paramédicaux, afin d'organiser le territoire en maillage, par la constitution de mille CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) d'ici 2022 (55,62).

Si ce plan semble s'inspirer de l'orientation qu'ont prise la plupart des pays de l'OCDE, il faut néanmoins souligner qu'à ce stade, le fonctionnement, notamment financier ainsi que la marge de manœuvre décisionnaire de ces CPTS restent très vagues.

L'intention affichée des pouvoirs publics semble être de favoriser ces groupements par l'attribution de rémunérations forfaitaires majorées par rapport aux rémunérations forfaitaires actuelles avec notamment la possibilité « ...//... d'opter pour une rémunération

*qui passe complètement de l'acte à un forfait de prise en charge des populations sur leur territoire. » qui serait « ...//...réservés à ceux qui s'inscrivent dans ce nouveau modèle de coopération. »(56).*

Ces modalités de rémunération seraient à « ...//... définir, dans les futures négociations conventionnelles avec les professionnels de santé »(56).

Les précédentes négociations conventionnelles et l'attitude des pouvoirs publics montrent cependant un rejet d'une augmentation subséquente des actes : forfaits pour les généralistes, paiement à l'épisode de soins sont leurs propositions privilégiées. Malgré la faiblesse de la rémunération à l'acte française et alors même que l'augmentation du nombre d'actes est la seule possibilité de variation positive des revenus pour un médecin libéral, les médecins généralistes français n'assurent plus toute la demande de soins.

Une augmentation de la valeur de l'acte pourrait encore aggraver cette situation puisque le médecin assurerait son revenu en travaillant moins, sauf à complexifier encore le système avec des critères secondaires modulant ce paiement à l'acte (temps passé, caractéristiques des patients, démographie médicale, ...).

***Un paiement forfaitaire revalorisé évoqué par les autorités... les pistes évoquées dans l'enquête...***

Notre enquête, bien que réalisée avant ces annonces, avait justement pour objectif principal l'étude de la volonté des médecins généralistes libéraux d'augmenter la part forfaitaire dans leur rémunération.

Elle montre qu'une moitié des médecins serait prête à une augmentation de celle-ci (Figure 6).

L'analyse de la part de rémunération forfaitaire désirée par les répondants temporeuse cependant cette notion (Figure 21).

Seuls 13,3% souhaitaient une part de rémunération forfaitaire plus importante que la part de paiement à l'acte.

Parmi les 79,5% désirant la conservation d'un paiement à l'acte majoritaire, une grande partie (38,8%) se déclare pour une augmentation très modérée (80% - 20%) par rapport à l'attribution actuelle (87% - 13%).

Cela se retrouve de manière relativement homogène pour les différents groupes d'âge, sauf pour les plus de 60 ans (19% favorables à une part de rémunération forfaitaire majoritaire) et les 41- 50 ans (seuls 9% favorables à une part de rémunération forfaitaire majoritaire).

Ces proportions, largement en faveur du paiement à l'acte, interrogent sur les avantages et les inconvénients que les médecins attribuent aux modes de rémunération.

***Le paiement à l'acte toujours synonyme d'autonomie pour les médecins français ... oui, mais ...***

Actuellement en France, la rémunération des médecins généralistes libéraux est mixte, avec un paiement à l'acte très majoritaire et une part forfaitaire représentant environ 13% de la rémunération totale (61).

Comme le montre notre enquête, les avantages liés à ce mode de rémunération continuent à être très appréciés par une large partie des médecins généralistes : rémunération liée à l'activité avec un effet incitatif et une impression d'autonomie par rapport à leur pratique et leurs revenus. Ainsi, selon notre enquête, une augmentation de la part forfaitaire s'accompagnerait d'un sentiment de vulnérabilité et de perte d'indépendance face au centre payeur, d'une perte de contrôle partielle de sa rémunération et d'un risque d'être soumis à des critères de permanence de soins, ou d'objectif de santé publique (Figure 15, Figure 16, Figure 17).

Cela est corroboré par une étude du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2011, montrant que les trois principales motivations ayant convaincu les jeunes médecins à s'installer en libéral étaient l'indépendance professionnelle, le contact privilégié avec le patient et la gestion du temps de travail (63).

Cette autonomie est cependant à relativiser puisque les tarifs de consultation sont fixés par une convention passée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs (64,65). Ainsi la seule « liberté » concédée reste finalement le choix du nombre d'actes réalisés afin de pouvoir influencer sur sa rémunération et son temps de travail.

L'augmentation de la rémunération observée les dernières années est ainsi fortement corrélée avec les revalorisations successives du tarif de la consultation (en 2006, 2007, 2010) (66). Cela montre bien la dépendance forte de la rémunération à la valeur de la consultation, plutôt que par choix personnel.

Cela est d'autant plus vrai que même le choix du nombre d'actes réalisés tend à se restreindre actuellement, particulièrement dans les zones en tension sur le plan démographique médical. La demande de soins est telle que les temps de travail sont jugés largement excessifs par la plupart des médecins généralistes (entre 52 et 60h hebdomadaires) (22,23,53).

De plus, les prises en charges médicales de plus en plus longues et complexes, non valorisées par le paiement à l'acte du fait du peu de représentativité de la nomenclature actuelle (figure 24), ne permettent plus une satisfaction de la rémunération, même dans une situation de forte activité, puisque celle-ci s'obtient au prix d'une pénibilité importante et d'un temps de travail majoré *de facto*.

En conséquence, le temps de travail des médecins (toutes spécialités confondues), déjà historiquement important, semble augmenter les dernières années. L'enquête annuelle « Emploi » de l'INSEE a été analysée de 1992 à 2000 dans un rapport de NIEL X. et VILAIN A. pour la DREES (67). Elle montre une augmentation du temps de travail des médecins de 48h à 51h hebdomadaire sur cette période, malgré une augmentation de la part du travail partiel et une féminisation importante de la profession (les femmes travaillant en moyenne 6h de moins que les hommes (68)).

Le temps de travail des médecins, a fortiori des libéraux, reste cependant très difficile à estimer. Ces chiffres étant déclaratifs, il convient de les analyser en prenant en compte leur subjectivité.

Selon LE FEUVRE N. et LAPEYRE N. ils sont cependant représentatifs d'un « temps vécu », indiquant de manière fiable l'engagement subjectif qu'entretient le médecin avec sa profession aux dépens de sa vie sociale et personnelle (69).

Cette évolution se retrouve dans une étude qualitative portant sur le sentiment d'injustice au travail, réalisée par DUBET F. (70) : le sentiment d'être contraints à des temps de travail bien supérieurs à la moyenne, a introduit un sentiment « d'injustice temporelle » des médecins par rapport aux professions dont ils partagent le niveau de vie. La généralisation des 35h a d'ailleurs renforcé ce sentiment, d'autant plus prégnant qu'il est contemporain d'un accroissement du contrôle de l'État sur la pratique médicale et d'une stagnation des revenus.

Ainsi, l'autonomie du médecin concernant la gestion du temps de travail, si elle reste plébiscitée, est en réalité contrainte dans le système actuel.

Concernant l'autonomie de prescription, les études internationales n'ont pas démontré que le paiement à l'acte favorise l'autonomie d'exercice et la liberté de prescription (71,72). Les refus de prescriptions infondées sont sources de conflits et chronophages dans ce système de rémunération, comme dans un système de capitation. Seul le salariat semble avoir un effet positif sur ce point avec des prescriptions plus corrélées aux recommandations de bonnes pratiques et un « clientélisme » moindre.

L'indépendance de prescription du médecin peut ainsi être influencée par les demandes des patients. En France, dans une étude de LEWASSEUR G. et SCHWEYER F.X. (73), portant sur 1412 actes de médecine générale, 7% ont été la source de demandes perçues comme injustifiées par le médecin. Dans 69% des cas, les patients ont cependant accédé à leur requête, le plus fréquemment (29%) par « exigence du client roi », « comme bonne pratique commerciale ».

***Forfaits : des désavantages bien identifiés... pour des effets bénéfiques peu connus...***

L'analyse des différentes réponses montre une forte préoccupation concernant les principaux défauts des paiements forfaitaires (13,18,21,46,71,72,74–78): problème de confiance vis à vis d'un payeur unique (78% , Figure 38), un risque de sélection des cas lourds au sein de la patientèle (66%, Figure 14), un sentiment de vulnérabilité et de perte d'indépendance face au centre payeur (82%, Figure 15), une perte de contrôle partielle de sa rémunération (73%, Figure 17), un risque d'être soumis à des critères de permanence de soins, ou d'objectif de santé publique (86%, Figure 16) et un risque de concurrence accrue (52%, Figure 18).

Par contre, les effets bénéfiques décrits par la littérature concernant le paiement forfaitaire (13,18,21,46,71,72,74–77), peinent à convaincre une majorité de nos enquêtés : rémunération permettant une simplification administrative (38% positifs; contre 42%, Figure 10), rémunération favorisant l'emploi de personnel (49% positifs; contre 25%, Figure 11), rémunération augmentant l'efficacité des soins et dégageant du temps médical (30%

positifs; contre 48%, Figure 12) et la diminution du nomadisme médical et l'amélioration du suivi du patient (30% positifs; contre 38%, Figure 13).

Pour l'ensemble des points positifs attendus, une part importante de répondants n'a pas pris position (en moyenne 26,5% de réponses « neutre » sur ces quatre questions). Cela peut traduire soit un désintérêt, soit une méconnaissance de l'effet attendu.

Dans le cas de la simplification administrative et de l'emploi de personnel, notre enquête montre qu'il s'agit au contraire de préoccupations prépondérantes : l'assertion « Le paiement à l'acte ne prend pas en compte certains actes chronophages: secrétariat, conseils téléphoniques, administratif, ... » réunissait 94% d'avis positifs (Figure 29), la proposition de revalorisation du forfait structure permettant l'embauche de personnel semblait positive pour 60% des répondants et les plaintes liées à la lourdeur administrative et le dysfonctionnement global du système de santé était, par ordre de fréquence, la quatrième préoccupation rapportée par les commentaires libres.

L'explication de cette forte incidence de réponses neutres semblerait donc plutôt résulter d'une méconnaissance des bénéfices que présente un paiement forfaitaire.

Dans une thèse de BOUSSON C. portant sur l'opinion de la rémunération des médecins généralistes en Bretagne (49), 31% des répondants ne trouvaient aucun avantage à la capitation et 21% ne savaient pas les avantages qu'elle pouvait potentiellement apporter.

Cette méconnaissance a d'ailleurs été retrouvée dans la thèse de MESSEIN N., au cours d'entretiens dirigés (14). Plusieurs médecins ont dit ne pas connaître ce mode de rémunération, d'autres l'ont mentionné mais avec des approximations ou des erreurs. Les effets attendus selon les médecins interrogés étaient une diminution de la rémunération

globale, alors que les pays l'ayant adopté comptent des médecins mieux rémunérés qu'en France, et une rémunération moins intéressante pour les caisses alors que la prévisibilité de la rémunération est au contraire un facteur de meilleure gestion économique.

Ainsi, le peu d'adhésion à une rémunération avec une prédominance de la part forfaitaire (type capitation) observé dans notre étude (Figure 21) pourrait être lié à l'ignorance de ses modalités, ainsi que des représentations pouvant être erronées quant à leur effet sur la pratique médicale.

A l'inverse, les désavantages liés à la rémunération forfaitaire ont déjà été identifiés et subis par les médecins dans leur pratique actuelle.

### ***L'exemple de la ROSP comme illustration des ressentiments exprimés...***

Sur la ROSP par exemple, l'évolution des indicateurs et la création du forfait structure a eu pour corollaire une baisse significative de cette rémunération, versée peu avant notre enquête (moins 35% en moyenne, avril 2018) (61). La mise en œuvre d'une clause de sauvegarde négociée par les syndicats médicaux n'a pas suffi à rassurer bon nombre de médecins ayant vu leur rémunération diminuer significativement alors même que leur travail restait similaire d'une année sur l'autre (79–81).

Cette clause de sauvegarde a été reconduite pour 2019, mais n'offre pas plus de garanties pour les années à venir.

Plusieurs médecins ont également dû faire face à des erreurs de relevés statistiques impactant leur ROSP. Par ailleurs, comme elle se calcule en partie sur des données déclaratives, celle-ci comprend forcément une surcharge de travail administratif, déjà jugé rédhibitoire.

Dans ce contexte, on comprend aisément les craintes exprimées dans l'enquête notamment concernant le problème de confiance envers un payeur unique, le sentiment de vulnérabilité et de perte d'indépendance face au centre payeur ainsi que le sentiment de perte de contrôle partielle de sa rémunération (Figure 38, Figure 15, Figure 16) (plus de 80% des répondants).

Ceci se retrouvait également de manière prépondérante dans les commentaires analysés (environ un quart des commentaires, soit le deuxième par ordre de fréquence).

Les répondants se sont d'ailleurs montrés majoritairement défavorables au système de la RO SP (60%, Figure 33), malgré l'impact positif qu'il a eu sur la variation de la rémunération depuis son introduction (augmentation régulière du BNC observé depuis 2013) (66).

Sur le plan politique, en France, la RO SP continue à être présentée comme un moyen de diversification « intelligent » et « encourageant » (82,83).

A l'étranger, c'est en Angleterre que cette problématique a été le plus étudiée, suite à l'introduction du paiement à la performance en 2003 dans des proportions bien plus importantes (jusqu'à 25% de la rémunération totale) que celles testées jusque-là dans les autres pays.

Plusieurs études ont été réalisées durant cette période de transition. Les effets ont été plutôt positifs quant aux indicateurs suivis, avec des recommandations mieux suivies dans ce système (84–86).

Avec plus de recul, ces études ont cependant montré des résultats décevants à long terme en ne relevant qu'une augmentation plus modérée du recours aux urgences pour des maladies somatiques ainsi que pour les cas de maladie mentale. Une amélioration modeste

des soins prodigués pour le diabète a également été observée. Cependant, aucune amélioration n'a été constatée, sur la morbidité, sur la prise en charge globale ou personnelle, ou sur la coordination des soins ou l'expérience de l'utilisateur (74,87–89).

Economiquement, la mise en place de ces paiements à la performance a un coût, tant pour les rémunérations prévues pour les médecins, que pour le recueil de données statistiques, l'analyse et la vérification des systèmes et autres fonctions administratives. Ce coût n'est pas compensé par l'économie consécutive au gain de santé de la population (43).

Ces observations ont amené le NHS à ramener la part de paiement à la performance à 15% environ (43).

### ***L'exemple d'une transition à l'étranger... L'Ontario***

Au Canada, l'Ontario a expérimenté une évolution des modalités de rémunération (90). Une grande partie des médecins de soins primaires sont passés d'une rémunération à l'acte (94% en 2002) vers un système de capitation majoritaire (seuls 25% des médecins payés à l'acte en 2015). Cela a entraîné une augmentation des revenus des médecins d'environ 30% entre 2007 et 2009. Cependant, devant l'augmentation importante des coûts engendrés, une diminution de 7% a été décidée de manière unilatérale par le gouvernement en 2009. Le mécontentement important engendré par cette décision a été largement relayé à cette occasion, soulignant la dépendance des médecins face à ce payeur unique.

Ces exemples permettent d'illustrer les crispations et les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre d'une rémunération, présentée comme efficiente et permettant une diversification vertueuse de la rémunération par les autorités de santé, alors même qu'elle est vécue comme une source de travail supplémentaire, d'impression de perte d'indépendance et finalement d'incertitude pour les médecins à l'heure actuelle.

***La multiplication des sources de revenus comme moyen de limiter les effets pervers des différentes modalités de rémunération... Au détriment de la simplicité?***

Si la volonté de diversifier les sources de rémunération pour les médecins libéraux est bien le moyen décrit par la plupart des études de modérer les effets délétères des principaux modes de rémunération (18,19,55,91), dans la pratique, leur mise en œuvre se heurte à des difficultés organisationnelles, source de complexité pour les médecins libéraux.

Ainsi une part non négligeable des enquêtés souhaiterait une simplification extrême du mode de rémunération, soit par un abandon pur et simple des forfaits avec paiement à l'acte revalorisé (dans les commentaires, 12% de refus des forfaits), soit par un salariat (7% des commentaires).

Enfin, il faut relever qu'une part importante des médecins est mécontente de la valeur finale de sa rémunération.

Ceci se retrouve dans plusieurs des questions posées :

La phrase suggérant que la rémunération était en adéquation avec la qualification et le temps de travail a ainsi recueilli environ 76% d'opinions défavorables (Figure 22).

À l'inverse les répondants ont été 51% à estimer que la part du paiement à l'acte les indifférait, par rapport au revenu final pour un travail réalisé (Figure 26). La même phrase pour la part du paiement forfaitaire a recueilli 57% d'opinions se déclarant indifférentes à leur répartition par rapport au total (Figure 35).

### ***La rémunération des médecins généralistes français, comparée aux autres spécialités...***

Concernant la médecine générale libérale en France, on note une rémunération moyenne en deçà des autres spécialistes libéraux (75 550 € de BNC contre 107 749€) (48).

De plus, l'évolution de la rémunération a été moins importante chez les généralistes entre 2005 et 2015 (+0,8% contre +1,6% pour les spécialistes), creusant encore davantage cette différence (92).

Ce chiffre est bien entendu à analyser selon les fortes disparités de rémunération au sein même des spécialistes.

On note par exemple que les psychiatres ou les pédiatres ont une rémunération inférieure à celle des médecins généralistes (respectivement 65 450€ et 66 185€). Il s'agit d'ailleurs également des seules spécialités montrant une baisse de leur effectif libéral exclusif (51), laissant à penser que la rémunération influe directement sur l'attractivité d'une spécialité.

### ***... Comparée aux autres pays...***

Au niveau des principaux pays de l'OCDE, la rémunération des médecins généralistes français fait partie des plus faibles avec 97 000 dollars américains annuel, contre 176 000 dollars pour les allemands ou 147 000 dollars pour le Royaume-Uni (36,93,94).

Comparé au salaire moyen national, le constat est cependant moins sévère : si le médecin allemand touche en moyenne 4,1 fois le salaire moyen, le français le touche 3 fois, comparable au Royaume-Uni (3,1 fois) ou le Luxembourg (2,8 fois) (92).

***... Comparée aux autres professions...***

Quelques études ont été menées afin de comparer la rémunération des médecins à celle des cadres (95,96). Celles-ci ont plutôt conclu à une supériorité en faveur des médecins en termes de niveau de vie et de rémunération, y compris en prenant en compte le début tardif de la carrière.

Cependant, ni le temps de travail, ni le niveau d'étude, ni d'autres avantages (congrés payés, protection sociale) n'ont été pris en compte, ce qui rend les résultats peu représentatifs.

Avec les mêmes réserves, on note cependant que d'autres professions libérales, présentent des niveaux de rémunération plus importants (95), les notaires (revenu deux fois plus élevé en moyenne), avocats, experts comptables, pharmaciens et chirurgiens-dentistes gagnent tous en moyenne plus qu'un médecin libéral et donc, de manière plus importante encore, plus qu'un généraliste.

Ce fort mécontentement (73% d'opinions défavorables concernant le paiement à l'acte dans la convention actuelle Figure 32) exprimé dans notre étude n'est pas retrouvé dans l'étude de BARLET M. et al. (1) où 60% des répondants se déclaraient satisfaits du mode de rémunération à l'acte. Les médecins semblaient par ailleurs plutôt satisfaits de leur rémunération (23% de l'échantillon considérant qu'ils avaient un niveau de vie élevé ou très élevé et 42% se déclarant « à l'aise » financièrement).

Outre le fait que le niveau de vie dépende des revenus du conjoint et de la structure familiale, dans notre étude à l'inverse, 76% des répondants trouvaient la rémunération globale insuffisante (Figure 22). Cet écart provient probablement du fait que nous les avons interrogés sur leur rémunération par rapport à leur temps de travail et à leurs qualifications,

induisant une mesure de la « rentabilité » et de la pénibilité du travail, que n'explore pas l'estimation du niveau de vie.

Cela souligne bien le fait que la satisfaction de la rémunération n'est pas liée seulement à la valeur finale de celle-ci. Un sentiment de déclassement peut avoir lieu, notamment au regard des comparaisons avec les pays voisins, les autres professions ou entre spécialités de médecins. Elle dépend également des contraintes consenties ainsi que du temps et de la pénibilité du travail (69).

## V. Conclusions :

La rémunération des médecins généralistes libéraux a été l'objet de débats récurrents depuis 1993 et le début de la stagnation de la valeur de la consultation (en euros constants). Les grèves de décembre 2014, mars 2015 et octobre 2015 illustrent les tensions au sein de la profession et ont amené les médias à en faire un sujet d'actualité.

La rémunération actuelle des médecins généralistes libéraux français est mixte (paiement à l'acte 87% et forfaits 13%). Ce travail avait pour but d'évaluer leur désir de voir la part de rémunération forfaitaire augmenter aux dépens de la rémunération à l'acte.

Nous avons également cherché à connaître leur degré de satisfaction du système actuel ainsi que les freins et les avantages attendus d'une telle évolution.

Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux à partir d'un questionnaire auto-administré, adressé par message électronique.

Les résultats obtenus ont été analysés à l'aide d'un test de Khi 2 d'adéquation.

Concernant le critère principal, notre étude montre qu'une moitié des médecins généralistes français est favorable à une augmentation de la part forfaitaire de leur rémunération (44,97%,  $Z=2,31$ ).

L'étude des résultats par âge semble indiquer que les médecins les plus jeunes et les plus âgés, plus soucieux de leur qualité de vie, sont davantage favorables à cette évolution.

Cependant, la plupart des répondants continuent à préférer un système de paiement à l'acte majoritaire par rapport aux forfaits (79,53%), et ceci indépendamment de leur classe d'âge.

Cela tend à montrer que la défiance à l'égard d'une rémunération forfaitaire reste grande, et que cette dernière n'est pas envisagée comme pouvant supplanter le paiement à l'acte.

Les principaux inconvénients de ce mode de paiement ont été soulignés par les répondants :

- Vulnérabilité et perte d'indépendance vis à vis du centre payeur (82%,  $Z=544,22$ ) ;
- Perte de contrôle de la rémunération (73%,  $Z=453,76$ ) ;
- Problème de confiance évoqué face à un payeur unique (78%,  $Z=495,21$ ).

*A contrario*, les avantages attendus sont peu convaincants pour les médecins :

- Rémunération permettant une simplification administrative (38%,  $Z=1,38$ ) ;
- Rémunération augmentant l'efficience des soins et dégageant du temps médical (30%,  $Z=34,74$ ) ;
- Diminution du nomadisme médical et amélioration du suivi du patient (30%,  $Z=7,80$ ).

Notre étude a par ailleurs montré un large mécontentement par rapport à la rémunération actuelle (75,85%,  $Z = 435,22$ ). Elle est source d'insatisfaction, quelles que soient finalement les parts respectives forfaitaires ou à l'acte.

Ceci pourrait expliquer que le plan santé 2022, présenté récemment, a plutôt été accueilli de manière favorable par la majorité des syndicats de médecins libéraux, adeptes d'un changement.

Cependant, les moyens de financements préconisés, suggérant un renforcement important des rémunérations forfaitaires, risquent de se heurter à de nombreux freins de la part des médecins.

Ceux-ci pourraient être dépassés si les principales revendications des médecins généralistes (revalorisation de la rémunération, simplification administrative et surtout fiabilité et garanties de l'interlocuteur) sont prises en compte. Les effets bénéfiques d'une telle rémunération devraient être démontrés clairement et mieux expliqués aux médecins généralistes.

Des zones d'expérimentation de rémunération forfaitaire pourraient être mises en place afin d'étudier les effets réels de ces changements sur la pratique de la médecine générale. Une étude réalisée à cette occasion et portant sur la satisfaction de la rémunération forfaitaire serait très informative.

VU  
Strasbourg, le 10 décembre 2018  
Le président du Jury de Thèse

Professeur Michel VELTEN



VU et approuvé  
Strasbourg, le 17 DEC. 2018  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

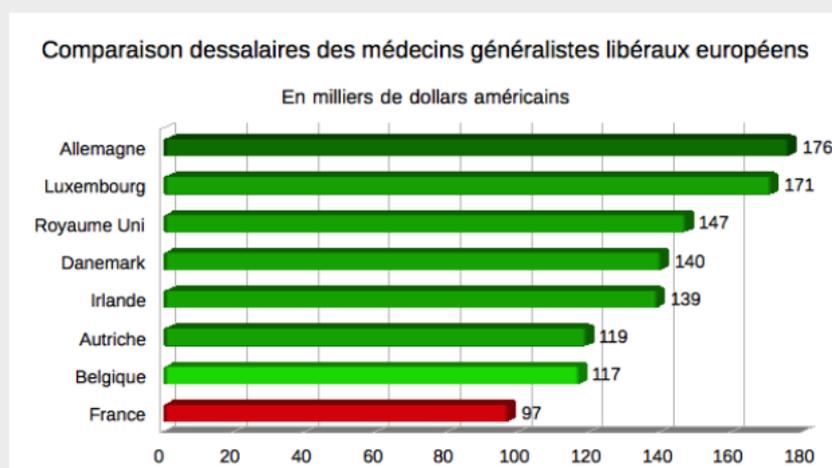


## VI. Annexes :

### Annexe 1 : le questionnaire de l'enquête

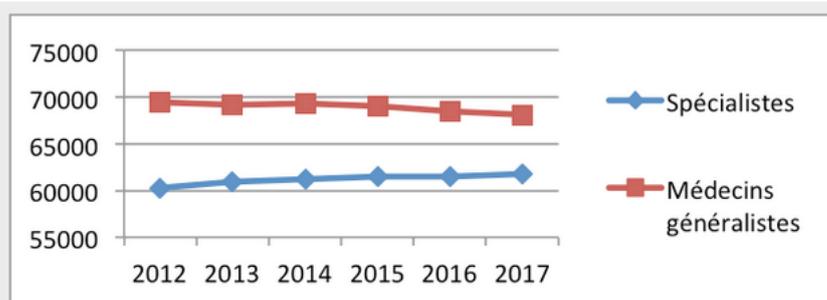
#### Rémunération en médecine libérale

La rémunération des médecins généralistes libéraux français est en queue de peloton des pays comparables.



Source : *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*

Les avantages du salariat dans le secteur de santé public, voire privé, sont considérables et captent une grande partie des médecins nouvellement formés. Les chiffres officiels d'augmentation d'effectifs des "médecins généralistes" cachent en réalité une diminution du secteur libéral au profit du salariat.



Effectif des médecins libéraux de 2012 à 2017  
(médecine générale : -1347)

Source : DREES (Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques), 2017

Un rééquilibrage s'impose afin de redonner de l'attrait au libéral trop peu choisi. Il ne suffit pas de dire qu'il faut mieux payer les généralistes français, il faut aussi que les conditions de travail correspondent aux attentes et que médecins et pouvoirs publics trouvent un terrain d'entente.

Pour les médecins généralistes ou futurs généralistes, qui sont les cibles de ce questionnaire, la tendance actuelle est à une complexification de la nomenclature et des paiements forfaitaires. C'est une des pistes d'évolution. Mais les actes complexes ont soigneusement évacué la notion de temps dans leur définition et ne reflètent pas la prise en charge globale des patients ( conseils téléphoniques, mail, vérification de bilans biologiques, administratif, bientôt la télé-médecine ? ... ) Ce questionnaire cherche à déterminer si une majoration de la part forfaitaire dans la rémunération pourrait constituer une alternative satisfaisante selon vous ; à la condition expresse d'une augmentation des recettes.

## Votre situation personnelle

(Le questionnaire est bien sur anonyme. Aucune réponse n'est obligatoire, mais merci de répondre le plus possible !)

### Sexe

- Femme  
 Homme

### Age

- < 30 ans  
 Entre 30 et 40 ans  
 Entre 41 et 50 ans  
 Entre 51 et 60 ans  
 > 60 ans

### Année de thèse

### Nombre d'années d'exercice en libéral

- < 10 ans  
 Entre 10 et 20 ans  
 > 20 ans

### Secteur d'exercice

- Secteur I  
 Secteur II  
 OPTAM

### Association libérale

- Non  
 Oui

### Situation géographique

- Zone à densité normale de médecin  
 Zone menacée à court terme  
 Zone à faible densité de médecins

## Salaire / Rémunération actuelle

### Revenus actuels annuels imposables

	Salarié	Libéral
< 5000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5000 à 20 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 000 à 40 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 000 à 80 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 000 à 100 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100 000 à 120 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120 000 à 150 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 150 000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Votre structure bénéficie-t-elle de subventions Caisse et/ou ARS et/ou Commune (MSP, ACI) ?

- Oui  
 Non

## Organisation du temps de travail

Connaissez-vous le nombre exact de patients dont vous êtes le médecin traitant ?

*Cette information est disponible sur votre compte Espace Pro*

- Oui  
 Non

Temps de travail moyen par semaine

- < 30 h  
 de 30 à 40 h  
 de 41 à 50 h  
 de 51 à 60 h  
 > 60 h

Vous trouvez votre rémunération en adéquation avec votre qualification et votre temps de travail

- Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 Ni en désaccord ni d'accord  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

## Rémunération à l'acte dans la convention actuelle

*Il est la base de la rémunération, à la fois très simple (25 € pour tout) et complexe dès qu'on va au delà du 25 avec une nomenclature qui peut paraître compliquée.  
 Pour les médecins généralistes, la rémunération à l'acte représente en moyenne pour 2017 près de 85% de la rémunération.*

*Merci de cocher la réponse qui vous convient le mieux pour chacune des affirmations ci-dessous concernant la rémunération à l'acte*

25 € est correct pour les actes courts

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Les situations complexes sont bien plus nombreuses que celles prévues par la Convention

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Je trouve que la part du paiement à l'acte est trop faible

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

La part du paiement à l'acte m'est égale : ce qui compte, c'est le revenu final par rapport au travail réalisé

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Tous les actes sont trop mal payés

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Le paiement à l'acte ne favorise pas l'éducation thérapeutique et la prévention

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Le paiement à l'acte ne prend pas en compte certains actes chronophages (secrétariat, conseils téléphoniques, administratif, ...)

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Avec la télémedecine payée à l'acte, le paiement à l'acte se diversifie intelligemment

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Avec la télémedecine payée à l'acte, le paiement à l'acte se complique encore

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Si vous avez le temps, accepteriez-vous de répondre à quelques questions supplémentaires explorant vos cotations des actes ?

- Oui
- Non

Si vous avez le temps, accepteriez-vous de répondre à quelques questions supplémentaires explorant vos cotations des actes ?

- Oui
- Non

### 1 - Majoration enfants MEG (Valeur : +5)

*Pour cette question et les questions numérotées suivantes, merci de détailler votre utilisation de la nomenclature en fonction de la situation clinique :*

*Je ne sais pas = méconnaissance de la possibilité*

*Jamais = je connais, mais n'utilise pas*

*Quelquefois = je connais, j'utilise, mais de loin pas aussi souvent que possible*

*Souvent = je connais et j'utilise bien, mais je pourrais encore mieux faire*

*Toujours = je connais et j'utilise autant que possible*

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

### 2 - Consultation Obligatoire Enfant (COE)

Valeur : 46

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

### 3 - Cotations introduites par la convention 2011 (VL, MSH, MIC)

Valeur : VL = 70, MSH et MIC = +23

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 4 - Cotations introduites par la convention 2016 (CCP, CSO (CCX), PIV et MIS (MTX), ...)

Valeur : 46 (CSO et CCP noté CCX et + 30 pour le reste)

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 5 - Cotations d'urgences et majorations nuit / jours fériés

Valeur : MU=22,60, F=19,06, MDD=22,6, MN=35, MM=40

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 6 - Indemnités kilométriques (IK)

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 7 - Téléconsultation Traitant EHPAD (TTE)

Valeur : 25

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 9 - Frottis cervico vaginal (JKHD001)

Valeur : +12,46

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 10 - M, majoration d'urgence applicable au cabinet du généraliste à des actes CCAM définis

Valeur : + 26,88

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 11 - Sutures courantes

Valeur : 52,40 à 147,51

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

#### 12 - Corps étrangers

Valeur : 38,29 à 107,06

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

**13 - Dépression (ALQP003)***Valeur : 69,12*

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

**14 - Epistaxis (GABD002)***Valeur : 54,60*

- NSP
- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

En réalité, je cote G ou VG pour la plupart des consultations à la place des actes CCAM par soucis de simplification

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Toujours

Mon avis général sur la rémunération à l'acte dans la convention 2016 actuellement en vigueur

- Très satisfait
- Satisfait
- Indifférent
- Insatisfait
- Très insatisfait
- Ne se prononce pas

## Rémunération forfaitaire dans la convention actuelle

*Nous cherchons ici à évaluer le degré de satisfaction de la part du paiement forfaitaire telle qu'elle est proposée aujourd'hui. Nous y incluons : la Majoration Personne âgée (MPA), le Forfait Médecin Traitant (FMT) le Forfait Structure et la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).*

*Merci de cocher la réponse qui vous convient le mieux pour chacune des affirmations ci-dessous :*

Je suis favorable au système de la ROSP

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Je trouve que la part du paiement forfaitaire est trop faible

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

La part du paiement forfaitaire m'est égale : ce qui compte, c'est le revenu final par rapport au travail réalisé

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Le forfait structure est une bonne idée

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Le montant du forfait structure est insuffisant

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Le paiement au forfait pose problème parce que je n'ai pas confiance : la caisse va toujours essayer de payer moins

- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt en désaccord
- NSP

Mon avis général sur la rémunération forfaitaire dans la convention 2016 actuellement en vigueur

- Très satisfait
- Satisfait
- Indifférent
- Insatisfait
- Très insatisfait
- Ne se prononce pas

## Evolution du système de rémunération

Nous souhaitons connaître votre avis concernant une éventuelle évolution de la rémunération libérale conventionnée secteur 1 vers une part forfaitaire revalorisée.

Dans le cas extrême il s'agirait d'une rémunération axée uniquement sur le forfait pour les patients dont vous êtes le médecin traitant.

Afin de réfléchir à cette proposition, prenons comme exemple un médecin généraliste dont le chiffre d'affaire serait de 160 000 € annuel. Il est médecin traitant de 850 patients (chiffres moyens retrouvés pour 2015). Sa rémunération serait alors constituée d'un forfait d'environ 200 € par patient par an, sans paiement à l'acte.

Les actes effectués en dehors des consultations courantes continueraient à être rémunérés à l'acte (urgences, patients non connus, ...)

Cette proposition intégrerait une revalorisation d'au moins 30% des recettes du médecin généraliste qui s'y engagerait afin de permettre une meilleure organisation du cabinet (à la place du forfait structure et ROSP). Un retour au paiement à l'acte en cas de défaut de paiement de la part des Caisses serait également exigé.

Les questions suivantes cherchent à déterminer quels seraient pour vous les avantages et inconvénients d'une telle rémunération :

Le paiement forfaitaire (XXX € par patient) dont le généraliste est le médecin traitant en échange d'un suivi régulier de ses patients constituerait une grande simplification administrative

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Un paiement forfaitaire revalorisé faciliterait l'emploi de personnel (secrétaire, ...)

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Le paiement forfaitaire permettrait une augmentation de l'efficacité des soins (ne voir les patients que lorsque c'est nécessaire) et libérerait ainsi du temps médical

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Cette rémunération permettrait un meilleur suivi du patient par diminution du nomadisme médical

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Ce type de paiement risquerait d'induire une sélection des cas lourds médicalement en l'absence d'une bonne pondération des forfaits en fonction de l'état de santé des patients

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Le paiement forfaitaire rendrait vulnérable le médecin face à l'organisme payeur et risquerait de lui faire perdre son indépendance

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Ce type de rémunération risquerait d'induire des contre parties (permanence de soin, objectifs de santé publique, ...)

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Le paiement par forfait induirait une perte de contrôle partielle de sa rémunération (pas de possibilité d'augmenter le volume de ses soins ponctuellement pour faire face à des besoins imprévus)

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Ce type de rémunération risquerait d'augmenter la concurrence entre médecin, pour augmenter le volume de sa patientèle, et donc de sa rémunération

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

La place de la télémédecine est à définir dans ce contexte, mais elle représenterait une solution plus souple pour répondre aux besoins des patients

- Plutôt d'accord  
 Indifférent  
 Plutôt en désaccord  
 NSP

Seriez-vous favorable à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?

- Très intéressé
- Pourquoi pas ?
- Indifférent
- Plutôt contre
- Absolument opposé
- Ne se prononce pas

Dans le cas de la conservation d'un paiement à l'acte pour les consultations courantes et de la revalorisation ou la création de forfaits pour certaines catégories de patients ou actes médicaux, quelles modifications vous sembleraient pertinentes ?

- Revalorisation du Forfait Patientèle Médecin Traitant : FPMT (ALD, affections psychiatriques, ...)
- Création de forfaits pour les actes de prévention
- Création de forfaits pour l'éducation thérapeutique
- Création de forfaits pour des réunions de concertation avec autres professionnels médicaux ou paramédicaux
- Revalorisation du forfait structure permettant l'embauche de personnel
- Autre

Pour vous, les parts respectives de ces rémunérations devraient être de

- 100% Paiement à l'acte - 0% Forfait
- 80% Paiement à l'acte - 20% Forfait
- 60% Paiement à l'acte - 40% Forfait
- 40% Paiement à l'acte - 60% Forfait
- 20% Paiement à l'acte - 80% Forfait
- 0% Paiement à l'acte - 100% Forfait

Ma pratique concernant les certificats : je fais payer le patient hors nomenclature

- Jamais
- Quelques fois
- Souvent
- Toujours

Je suis partisan d'une généralisation du secteur 2 pour tous :

- Oui
- Non

La loi santé de 2017 pour 2018 (article 51) permet d'expérimenter de nouvelles pratiques de rémunération seriez-vous intéressé pour tester une forfaitisation importante de la rémunération (avec des conditions favorables bien sûr !)

- Oui
- Non

## Commentaires libres

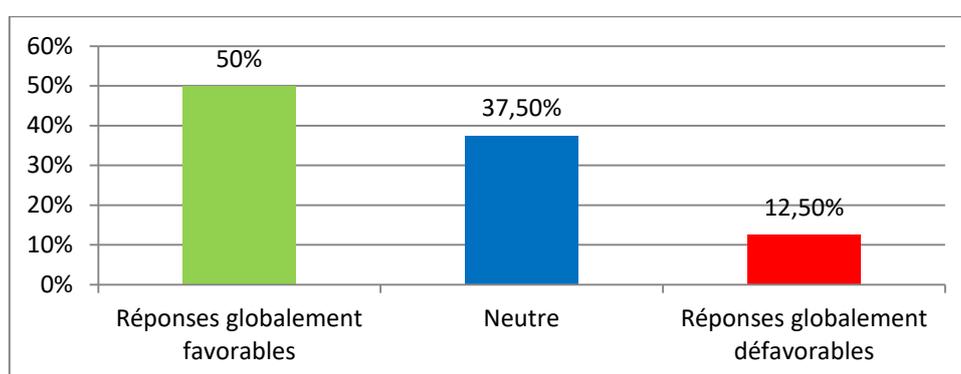
N'hésitez pas à vous exprimer, notamment sur l'évolution possible du système de rémunération

Envoyer

## Annexe 2 : Critère principal, selon les classes d'âge :

- < 30 ans : (8 réponses)

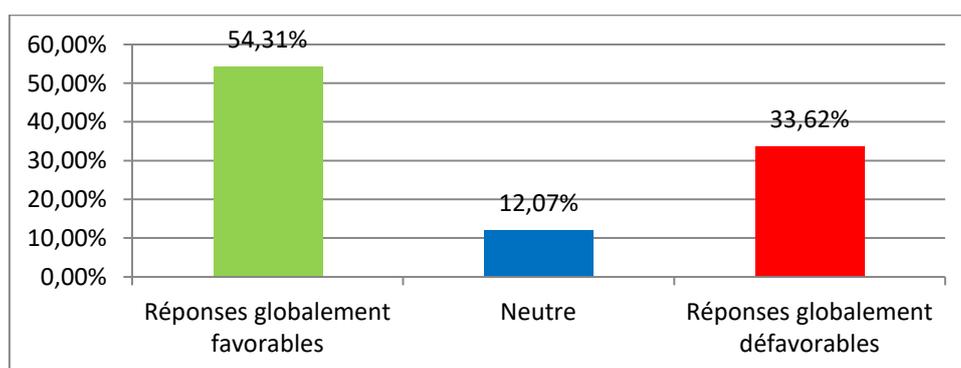
Il y a eu 50% de réponses globalement favorables (12.50% de "très intéressé" et 37.50 % de "pourquoi pas"), 37.50% de réponses neutres ("indifférent" 12.50% et "ne se prononce pas" 25%), et 12.50% de réponses globalement défavorables (12.50% de "plutôt contre" et 0% de "absolument opposé").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?",  
chez les médecins de moins de trente ans

- 30 à 40 ans : (116 réponses)

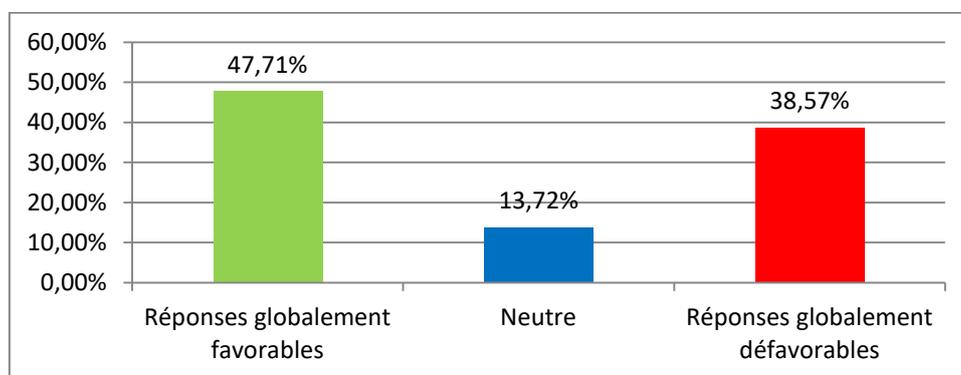
Il y a eu 54.31% de réponses globalement favorables (10.34% de "très intéressé", 43.97% de "pourquoi pas"), contre 33.62% de réponses globalement négatives (18.10 "plutôt contre" et 15.52% "absolument opposé"), il y a eu 12.07% de réponses "neutre" (6.90% d'"indifférent" et 5.17 "ne se prononce pas").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?",  
chez les médecins de 30 à 40 ans

**- 41 et 50 ans :** (153 réponses)

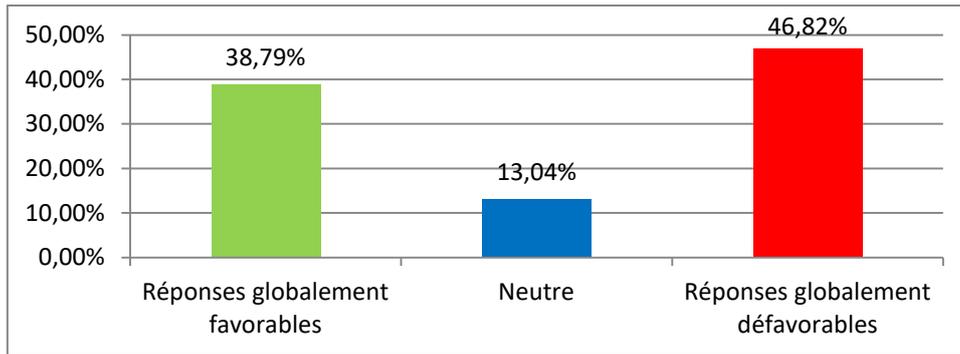
Il y a eu 47.71% de réponses globalement favorables (7.19% de "très intéressé", 40.52% de "pourquoi pas") contre 38.57% de réponses globalement défavorables (22.88% de "plutôt contre" et 15.69% de "absolument opposé"). Il y a eu 13.72% de réponse neutre (7.84% "indifférent" et 5.88% "ne se prononce pas").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?",  
chez les médecins de 41 à 50 ans

**- 51 à 60 ans :** (299 réponses)

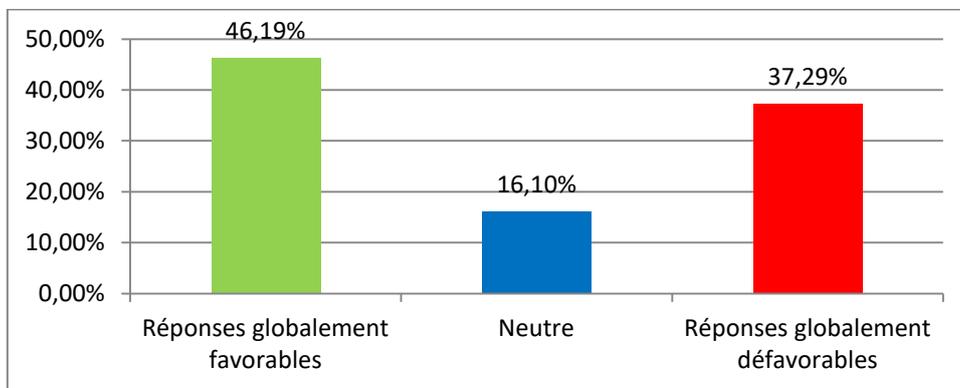
Il y a eu 38.79% de réponses globalement favorables (7.02% de "très intéressé", 31.77% de "pourquoi pas"), contre 46.82% de réponses globalement négatives (29.43% de "plutôt contre" et 17.39% "absolument opposé"), il y a eu 13.04 % de réponses "neutre" (7.69% d'"indifférent" et 5.35% "ne se prononce pas").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?"  
chez les médecins de 51 à 60 ans

- > **60 ans** : (236 réponses)

Il y a eu 46.19% de réponses globalement favorables (11.44% de "très intéressé" et 34.75% de "pourquoi pas") contre 37.29% de réponses globalement défavorables (24.15% de "plutôt contre" et 13.14% "absolument opposé"), il y a eu 16.10% de réponses "neutre" (11.44% "indifférent" et 4.66% "ne se prononce pas").

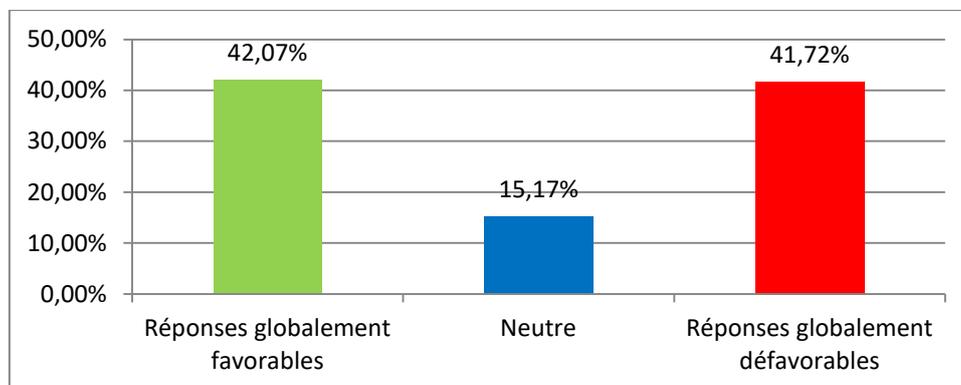


"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?"  
chez les médecins de plus de 60 ans

### Annexe 3 : critère principal, selon le sexe

- **Femmes** : (290 réponses)

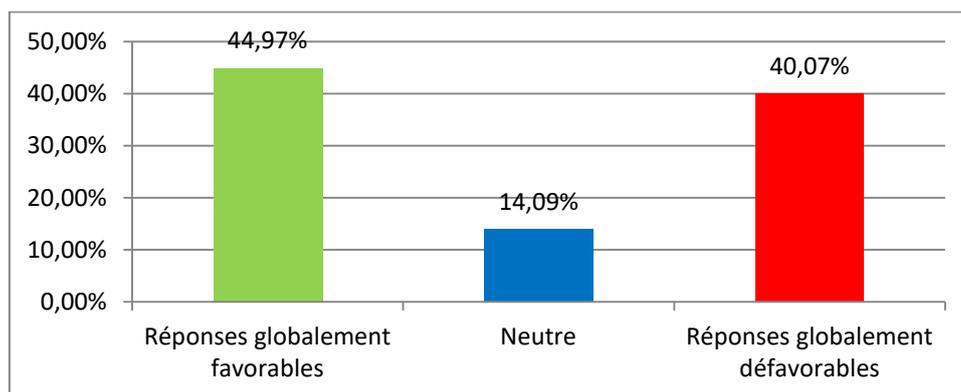
Il y a eu 42.07% de réponses globalement favorables chez les femmes (4.83% de "très intéressé" et 37.24% de "pourquoi pas") contre 41.72% d'opinions globalement défavorables ( 27.24% de plutôt contre" et 14.48% de "absolument opposé"), il y a eu 15.17% de réponses "neutre" (5.86% "indifférent" et 9.31% "ne se prononce pas").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?", chez les femmes médecins.

**- Hommes :** (521 réponses)

Il y a eu 46.64% de réponses globalement favorables chez les hommes (11.13% de "très intéressé" et 35.51% de "pourquoi pas") contre 39.16% de réponses globalement défavorables (23.61% de plutôt défavorable" et 15.55% "absolument opposé"), il y a eu 13.62 de réponses "neutre" (10.36% "indifférents" et 3.26% "ne se prononce pas").



"Seriez-vous favorables à l'augmentation de la part forfaitaire dans vos revenus ?", chez les hommes médecins.

## VII. Bibliographie :

1. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? . Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;2:123-55.
2. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 1 nov 2009;188:131-9.
3. Ministère des Solidarités et de la Santé - Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins [En ligne]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle/> . Consulté le 7 mai 2018.
4. Ministère des Solidarités et de la Santé - 10 000 médecins de plus depuis 2012 [En ligne]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836/> . Consulté le 7 mai 2018.
5. Ministère des Solidarités et de la Santé - La démographie des médecins (RPPS) [En ligne]. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps#sources\\_et\\_definitions/](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps#sources_et_definitions/) . Consulté le 20 févr 2018.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Atlas national [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476/> . Consulté le 12 oct 2018.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Questions-réponses sur le médecin traitant [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-reponses-sur-le-medecin-traitant-921/> . Consulté le 20 nov 2018.
8. L'Assurance Maladie - Annuaire santé d'Ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [En ligne]. Disponible sur: [http://annuairesante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par\\_page-20-tri-distance\\_asc-ba0330d5016078778d47d0d7bd754829.html/](http://annuairesante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche-1/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-distance_asc-ba0330d5016078778d47d0d7bd754829.html/) . Consulté le 21 nov 2018.
9. Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M, Sicart D. Données sociales : La société française - Les évolutions démographiques des professions de santé. INSEE; mai 2006 [En ligne] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372019?sommaire=1372045&q=billaut/> . Consulté le 19 mars 2018.
10. Insee - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France – Bilan démographique 2017 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926/> . Consulté le 7 mai 2018.
11. Agence Régionale de Santé- CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [En ligne]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=epci.247600596&selgeo2=fra.99/> . Consulté le 20 nov 2018.

12. Kroneman MW, Van der Zee J, Groot W. Income development of General Practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. *BMC Health Serv Res.* 9 févr 2009;9:26.
13. Denis JL, Pomey MP, Cambourieu C, Dubois CA. Regard sur les modes de rémunération des médecins; janv. 2017 [En ligne]. Disponible sur: <http://adgeps.com/2017/02/regards-sur-les-modes-de-remuneration-des-medecins/> . Consulté le 19 mars 2018.
14. MESSEIN N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Thèse de médecine. Université de Lorraine; 2012, 238p.[En ligne]. Disponible sur: [https://petale.univ-lorraine.fr/advanced-search.html?submenuKey=advanced&userChoices%5Bsimple\\_all%5D.simpleValue=messein+nico-las&search=true&menuKey=all/](https://petale.univ-lorraine.fr/advanced-search.html?submenuKey=advanced&userChoices%5Bsimple_all%5D.simpleValue=messein+nico-las&search=true&menuKey=all/) . Consulté le 7 juin 2018.
15. Legifrance - Ordonnance 1945 [En ligne]. Disponible sur: [http://www.legislation.cnav.fr/textes/ord/TLR-ORD\\_452454\\_19101945.htm/](http://www.legislation.cnav.fr/textes/ord/TLR-ORD_452454_19101945.htm/) . Consulté le 11 mai 2018.
16. Khandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisneaut P. Existe t il une typologie des actes effectués en médecine générale ?. *Rev Prat Med Gen.* 2004;18:781-4.
17. POISSONET C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2017, 70p.
18. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2000. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/CD002215/EPOC\\_some-evidence-to-suggest-that-the-way-in-which-primary-care-physicians-are-paid-may-affect-their-clinical-behaviour/](https://www.cochrane.org/CD002215/EPOC_some-evidence-to-suggest-that-the-way-in-which-primary-care-physicians-are-paid-may-affect-their-clinical-behaviour/) . Consulté le 5 janv 2018.
19. Cozzarolo B, Jalon E, Sarlat G. Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères. *La Documentation Française ;2003* [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000159/index.shtml/> . Consulté le 19 mars 2018.
20. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2011. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.cochrane.org/CD009255/EPOC\\_how-good-are-financial-incentives-in-changing-health-care/](https://www.cochrane.org/CD009255/EPOC_how-good-are-financial-incentives-in-changing-health-care/) . Consulté le 25 janv 2018.
21. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. *Trésor Éco.* sept 2008;42:1-8.
22. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Question d'économie de la santé.* 2009 juill;144:1-8.
23. DREES - Les conditions de travail des médecins généralistes [En ligne]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/> . Consulté le 24 mars 2018.
24. Letrilliart L, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Mercier A. Etude des éléments de la consultation en médecine générale. *Exercer.* 2014;114:148-57.

25. Baranes D. Freins à l'installation en cabinet ambulatoire des jeunes médecins généralistes en Ile de France. Thèse de Médecine. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016, 77p. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/324/> . Consulté le 14 mai 2018.
26. Gringon M, Paris V, Polton D. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins. Etude. Credes Paris; 2002, 31p.
27. Chevrier-Fâtome C, Daniel C. Le Système de santé en Angleterre. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Rapport n° 2002 105. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2002, 122p. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000090-le-systeme-de-sante-en-angleterre-actions-concernant-la-qualite-des-soins-et-la/> . Consulté le 19 mars 2018.
28. Chevrier-Fâtome LD. Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Rapport n° 2002 070. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2002, 51p. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000475/index.shtml/> . Consulté le 19 mars 2018.
29. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 29 oct 2013;(40):45-52.
30. Syndicat MGFrance- Les lettres clef [En ligne]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/les-lettres-clef/> . Consulté le 14 mars 2018.
31. Gouvernement of the Netherlands - Les soins de santé aux Pays-Bas;2016 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.government.nl/documents/leaflets/2016/03/07/les-soins-de-sante-aux-pays-bas/> . consulté le 19 mars 2018.
32. Institut économique Molinari - La réforme de la santé aux Pays-Bas [En ligne]. Disponible sur: <http://www.institutmolinari.org/la-reforme-de-la-sante-aux-pays,958.html/> . Consulté le 7 juin 2018.
33. Kroneman M, Meeus P, Kringos DS, Groot W, van der Zee J. International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. BMC Health Serv Res. 24 oct 2013;13:436.
34. Krankenkassen Zentrale. Le système de l'assurance maladie en Allemagne [En ligne]. Disponible sur: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-fr/> . Consulté le 7 juin 2018.
35. Institut économique Molinari - Le système allemand d'assurance-maladie a-t-il quelque chose à nous apprendre ? [En ligne]. Disponible sur: <http://www.institutmolinari.org/le-systeme-allemand-d-assurance,573.html/> . Consulté le 7 juin 2018.
36. OCDE - Panorama de la santé 2015:Les indicateurs de l'OCDE [En ligne]. Disponible sur: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015\\_health\\_glance-2015-fr/](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr/) . Consulté le 25 janv 2018.
37. GOV.UK - Department of Health's settlement at the Spending Review 2015 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/news/department-of-healths-settlement-at-the-spending-review-2015/> . Consulté le 6 juill 2018.

38. The King's Fund - How is the NHS performing? June 2018 quarterly monitoring report; 2018 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-nhs-performing-june-2018/> . Consulté le 6 juill 2018.
39. Profil Médecin - Médecins en Europe : au Royaume-Uni, le NHS au centre du jeu; 2017 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-au-royaume-uni-le-nhs-au-centre-du-jeu/> . Consulté le 6 juill 2018.
40. NHS - Health Careers. Pay for doctors; 2015 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/pay-doctors/> . Consulté le 6 juill 2018.
41. NHS - Changes to QOF 2018/19 [En ligne]. Disponible sur: [http://www.nhsemployers.org/sitecore/content/nhs confederation/home/confed18/](http://www.nhsemployers.org/sitecore/content/nhs%20confederation/home/confed18/) . Consulté le 6 juill 2018.
42. Dummit LA, Kahvecioglu D, Marrufo G et al. Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes. JAMA 2016;316:1267.
43. Cashin C, Chi YL, Peter Smith P, Borowitz M, Thomson S. Paying for Performance in Health Care. Open University Press. 2014; 312p.
44. The Nuffield Trust - Reforming payment for health care in Europe to achieve better value; 2017 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/reforming-payment-for-health-care-in-europe-to-achieve-better-value/> . Consulté le 1 oct 2018.
45. BMA - Pay guidance for salaried GPs [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/pay/general-practitioners-pay/> . Consulté le 6 juill 2018.
46. Dozol A, Leandre C, Townsend A, Pinelli F, Lenormand MC. Mission d'étude sur l'expérimentation par le NHS anglais de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés. Ministère chargé de la santé; juill. 2016 [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/> . Consulté le 07 juill 2018.
47. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. mars 2012;797:1-8
48. CARMF. Bénéfices non commerciaux ( BNC ) 2016 des médecins libéraux [En ligne]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/bnc2016.htm/> . Consulté le 5 août 2018.
49. Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse de Médecine. Université de Franche-Comté; 2013, 68p.
50. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 1 sept 2007;14:19-30.
51. DREES- Beyond 20/20 WDS - Rapports [En ligne]. Disponible sur: [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,490,497,514/](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514/) . Consulté le 9 oct 2018.

52. Reumaux B. Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013. Thèse de Médecine. Université de Nantes. 2014, 99p.
53. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P et Al. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et Résultats*. nov 2007; 610:1-8.
54. Cousança J. Etat des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération. Thèse de Médecine. Université de Rennes 1; 2007, 120p.
55. Revel N. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Rapport au Ministre et au Parlement au titre de 2019 (Loi du 13 Août 2004). juill 2018. [En ligne] Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/medecin/actualites/28-propositions-pour-ameliorer-la-qualite-du-systeme-de-soins-et-maitriser-les-depenses/> . Consulté le 1 oct 2018.
56. Macron E. Transcription du discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron [En ligne].Disponible sur: <http://www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron/> . Consulté le 2 oct 2018.
57. Syndicat MGFrance. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [En ligne].Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse/> . Consulté le 1 oct 2018.
58. Mikol F, Bachelet M, Mothe J et Al. Portrait des Professionnels de santé. *Etudes et Recherches*. Fev 2016; 136:1-125.
59. ONDPS - Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans 5 pays européens. *Obs Natl Démographie Prof Santé*. mars 2015;1:1-101.
60. OCDE - Panorama de la santé 2015 [En ligne]. Disponible sur: [http://www.oecd.ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante\\_19991320/](http://www.oecd.ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320/) . Consulté le 7 juin 2018.
61. Ministère des Solidarités et de la Santé - Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018/> . Consulté le 1 oct 2018.
62. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé - Instruction no DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). déc 2016 [En ligne]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41637/> . Consulté le 2 oct 2018.
63. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2011. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011, Paris.
64. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards croisés sur l'économie*. 2009;5:1-16.

65. La Revue RS&T. Nouveaux modes de rémunération : en savoir+Dossier. Réseaux Santé & Territoire. 2011;40:16-21.
66. CARMF. Communiqué de presse Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux, années 2005 à 2015. [En ligne]. Disponible sur le site [www.carmf.fr](http://www.carmf.fr) : Documentations : Les chiffres clés : Archives. Consulté le 2 oct 2018.
67. Niel X, Vilain A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. *Études et Résultats*. mai 2001;114:1-8.
68. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes . *Etudes et résultats*. 2012;797:1-8.
69. Lapeyre N, Robelet M. Du temps professionnel total à la régulation des temps sociaux : les jeunes générations de médecins devant l'émergence d'un nouvel éthos temporel. *Loisir Société Soc Leis*. mars 2006;29(1):57-78.
70. Dubet F. *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*. Paris, Seuil;2006.
71. Shen J, Andersen R, Brook R, Kominski G, Albert PS, Wenger N. The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Med Care*. 42(3):297-302.
72. Kiran T, Victor JC, Kopp A, Shah BR, Glazier RH. The Relationship between Primary Care Models and Processes of Diabetes Care in Ontario. *Can J Diabetes*. 1 juin 2014;38(3):172-8.
73. Schweyer FX, Levasseur G. Demandes des patients jugées non fondées par les médecins. Rapport d'étude à partir d'une revue de la littérature. *Rev Prat Med Gen* 2003; 17(63):246-50.
74. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2017.
75. Pearson WS, King DE, Richards C. Capitated Payments to Primary Care Providers and the Delivery of Patient Education. *J Am Board Fam Med*. July 2013; 26(4):350-355 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.jabfm.org/content/26/4/350.long/> . Consulté le 24 janv 2018.
76. Brocklehurst P, Price J, Glenny AM, Tickle M, Birch S, Mertz E, et al. The effect of different methods of remuneration on the behaviour of primary care dentists. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013.
77. Landon BE, Reschovsky JD, O'Malley AJ, Pham HH, Hadley J. The Relationship between Physician Compensation Strategies and the Intensity of Care Delivered to Medicare Beneficiaries. *Health Serv Res*. déc 2011;46(6 Pt 1):1863-82.
78. Dobigny A. Comment est structurée la rémunération du médecin généraliste en France. Évolution de la rémunération depuis l'année 2005, évolutions "souhaitables", réajustement par rapport au temps de travail et comparaison avec quelques pays européens. Thèse de Médecine. Faculté de Médecine de Tours. 2018, 92p.
79. Talbot R. Fédération des Médecins de France. ROSP : des changements pour 2019. Juin 2018. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.fmpro.org/rosp-des-changements-pour-2019.html/> . Consulté le 8 oct 2018.

80. Talbot R. Fédération des Médecins de France. La baisse inéluctable de la rémunération forfaitaire en 2018. Avril 2018. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.fmfpro.org/la-baisse-ineluctable-de-la-remuneration-forfaitaire-en-2018.html/> . Consulté le 8 oct 2018.
81. L'Assurance Maladie. Rosp et nouveau « forfait structure » : la déclaration des indicateurs ouverte jusqu'au 5 février. Janvier 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-nouveau-forfait-structure-la-declaration-des-indicateurs-ouverte-jusquau-5-fevrier/> . Consulté le 8 oct 2018.
82. L'Assurance Maladie. Rosp 2017 : premiers résultats encourageants pour un dispositif profondément rénové. Avril 2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-2017-premiers-resultats-encourageants-pour-un-dispositif-profondement-renove/> . Consulté le 8 oct 2018.
83. Buzyn A. Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur la politique et l'usage des médicaments. Mars 2018. [En ligne]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/183000555.html/> . Consulté le 8 oct 2018.
84. Statutory Instrument 291: The National Health Service (General Medical Services Contracts) Regulations 2004: Sch.3. London, HMSO.2004.
85. Department of Health: Updated version of the QOF guidance and evidence base. 2004. [En ligne] Disponible sur: <https://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework/archive-2006-2012/developing-qof-and-qof-2004/> .Consulté le 10 oct 2018.
86. Noble M, Wright G, Dibben C, Smith GAN, MacLennan D, Anttila C et al. The English Indices of Deprivation 2004: Summary (revised). Office of the Deputy Prime Minister, London. 2005. [En ligne]. Disponible sur: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100407181020/http://www.communities.gov.uk/archived/publications/communities/indicesdeprivation/> . Consulté le 10 oct 2018.
87. Forbes LJ, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract.* nov 2017;67(664):775-84.
88. Downing A, Rudge G, Cheng Y, Tu YK, Keen J, Gilthorpe MS. Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC Health Serv Res.* 17 oct 2007;7(1):166.
89. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New Engl J Med.* 2006;355:375-384.
90. Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy.* juill 2016;120(7):732-8.
91. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* 1 oct 2017;7(10):1-15.
92. OCDE. Panorama de la santé 2017 [En ligne]. Disponible sur: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-fr/](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr/) . Consulté le 7 octobre 2018.

93. Fujisawa E, Lafortune G, Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD Countries : what are the factors influencing variations across countries ? Paris: OCDE; 2008, 61p.
94. Berraud C. Les revenus des professionnels de la santé; 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.claudeberaud.fr/revenus-professionnels-sante/> . Consulté le 9 oct 2018.
95. Attal-Toubert K, Legendre N. Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres. Études et Résultats. juin 2007;578:1-8.
96. Dormont B, Samson AL. Est-il profitable d'être médecin généraliste ? : carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs. Série études et recherches. févr 2011. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/13416/> . Consulté le 19 mars 2018.