

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

N° 065

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

par

Bénédicte REUMAUX

Née le 18 avril 1985 à Montmorency (95)

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2014

**Les modes de rémunération en médecine générale : enquête
quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013.**

Président du jury : Monsieur le Professeur R. SENAND
Membres du jury : Monsieur le Professeur P. LUSTENBERGER
Monsieur le Professeur B. PLANCHON
Madame le Docteur L. MORET
Monsieur P. TESSIER
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur R. SENAND

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Professeur de Médecine Générale, Directeur du Département de Médecine Générale à la faculté de médecine de Nantes

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, pour votre accompagnement et votre disponibilité lors de la rédaction de ce travail. Vous me faites également l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous en remercie.

À Monsieur le Professeur Patrick LUSTENBERGER

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en Biochimie au CHU de Nantes

et Monsieur le Professeur Bernard PLANCHON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier en Médecine Interne au CHU de Nantes, Vice Doyen de la faculté de médecine de Nantes chargé de la Vie Étudiante et des Stages

Je vous remercie vivement de l'honneur que vous me faites en acceptant de bien vouloir juger cette thèse.

Soyez assurés de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Leïla MORET,

Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire de Santé Publique et Santé au Travail au CHU de Nantes

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour votre précieuse collaboration dans l'analyse des résultats statistiques de l'étude.

Soyez assurée de ma profonde gratitude.

À Monsieur Philippe TESSIER,

Docteur en Économie, Maître de conférences en économie de la santé à la faculté de médecine de Nantes

Merci d'avoir apporté votre analyse scientifique à la critique de ce travail, et d'avoir également accepté de juger mon travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Patrick DRÉNO :

Maitre de stage universitaire. Membre du Département de Médecine générale à la faculté de médecine de Nantes. Médecin généraliste à Sautron (44)

Un immense merci pour votre disponibilité, votre bienveillance pendant mon dernier stage d'interne et votre aide précieuse pour l'élaboration de la bibliographie de cette thèse.

À Monsieur le Docteur Laurent BRUTUS :

Membre du Département de Médecine générale à la faculté de médecine de Nantes
Chercheur à l'Institut de Recherche pour le Développement. Médecin généraliste à Sallertaines (85)

Tous mes plus vifs remerciements pour votre disponibilité et votre critique fine de ce travail.

SERMENT MÉDICAL

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
SERMENT MÉDICAL	3
TABLES DES MATIÈRES	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	9
1 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	10
2 CONTEXTUALISATION.....	11
2.1 Historique du système de soins français	11
2.2 Le système de soins français : efficient mais coûteux	13
2.3 Une démographie médicale hétérogène et en baisse.....	13
2.4 Les revenus des médecins français très dispersés	14
2.5 Les différents modes de rémunération en médecine générale	15
2.5.1 Le Paiement à l'acte.....	16
2.5.2 La Capitation.....	17
2.5.3 Le Salariat.....	18
2.5.4 Les modes de rémunération « mixtes ».....	19
2.5.5 Exemple des pays de l'OCDE	19
2.6 Les objectifs de ce travail	21
3 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	22
3.1 Schéma général de l'étude.....	22
3.2 Présentation du Questionnaire	22
3.3 Procédure de l'enquête	23
3.4 Recueil des données.....	23
3.5 Méthodes d'analyse	23
3.6 Réponses aberrantes.....	24
4 RÉSULTATS.....	25
4.1 Généralités.....	25
4.2 Description de la population étudiée.....	25
4.2.1 Profil sociodémographique	25
4.2.2 Situation dans le cursus	26
4.3 Situation conjugale des internes et activité professionnelle des conjoints.....	29
4.4 Choix personnels des études et de la médecine générale à l'ECN.....	31
4.4.1 Choix de la médecine générale à l'ECN	31
4.4.2 Rémunération et niveau de vie des médecins et choix des études médicales.....	32
4.4.3 Rémunération et niveau de vie des médecins et choix de la médecine générale	33
4.5 Avis sur la rémunération des Médecins généralistes	34

4.5.1	Niveau de rémunération	34
4.5.2	Responsabilités et temps de travail	34
4.6	Avis sur leur mode d'exercice futur en médecine générale.....	34
4.6.1	Déterminants majeurs de leur exercice futur	34
4.6.2	Temps de travail envisagé.....	37
4.7	Avis sur les modes de rémunération en médecine générale.....	38
4.7.1	Paie à l'acte.....	38
4.7.2	Capitation.....	39
4.7.3	Salariat.....	40
4.7.4	Revenus espérés	42
4.7.5	Avantages qui influenceraient le choix vers un autre mode de rémunération en médecine générale libérale	42
4.8	Freins à l'installation.....	44
4.8.1	Rémunération actuelle en médecine générale libérale	44
4.8.2	Activités administratives non médicales	44
4.8.3	Activités administratives médicales	45
4.9	Avenir professionnel.....	45
4.9.1	Opinion sur le mode de rémunération idéal plébiscité par les internes	45
4.9.2	Activité envisagée à l'issue de l'internat	48
4.10	Commentaires libres	50
4.11	Résumé des principaux résultats.....	51
5	DISCUSSION.....	53
5.1	Analyse et limites de l'étude	53
5.2	Analyse de l'échantillon par rapport à la population de référence	54
5.2.1	Age et Sexe	54
5.2.2	Cursus.....	55
5.3	Situation conjugale des internes et situation professionnelle des conjoints	56
5.4	Choix des études, de la profession médicale et lien avec la rémunération	58
5.4.1	La médecine générale, longtemps boudée par les étudiants en médecine au profit des spécialités médicales plus rémunératrices.....	58
5.4.2	...semble cependant être de plus en plus attractive et plébiscitée.....	59
5.5	Déterminants majeurs de l'exercice médical futur	60
5.5.1	La rémunération future : un critère secondaire de choix de carrière	60
5.5.2	...loin derrière les conditions de travail et le regroupement professionnel.	61
5.5.3	Des facteurs extraprofessionnels et le maintien d'une qualité de vie personnelle seraient déterminants pour l'installation des jeunes générations	62
5.6	Activité professionnelle future envisagée.....	63
5.6.1	Des aspirations de temps de travail et de revenus inférieures à celles des générations précédentes.....	63

5.6.2	La volonté d'un exercice entièrement dédié aux soins, exempté de tâches administratives.	64
5.7	Opinions sur les différents modes de rémunération possibles en médecine libérale	65
5.7.1	Les répondants partagés sur la question du paiement à l'acte	65
5.7.2	Le salariat, un mode de rémunération populaire.....	66
5.7.3	La capitation, peu plébiscitée par méconnaissance de ses modalités	67
5.8	Mode de rémunération idéal.....	68
5.8.1	Le mode de rémunération idéal déclaré est un système mixte : par cumul des avantages ?.....	68
5.8.2	Une activité mixte, salariée et libérale, comme carrière médicale envisagée...	69
5.8.3	La médecine ambulatoire toujours attractive	70
6	CONCLUSION	71
7	RÉSUMÉ.....	74
8	BIBLIOGRAPHIE.....	75
9	ANNEXES.....	84
9.1	Questionnaire.....	84
9.2	Tableaux des résultats statistiques.....	92

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Réponse à la question « Combien de semestres avez-vous validés ? »

Figure 2 : Comparaison de la population enquêtée à la population de référence au niveau de l'âge, du sexe et de l'avancée dans le cursus de DES

Figure 3 : Réponse à la question « Etes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage chez le praticien? » (n=167)

Figure 4 : Comparaison de la population enquêtée et de la population de référence au niveau stage de niveau 1 chez le praticien

Figure 5 : Réponse à la question « Etes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage en SASPAS ? »

Figure 6 : Répartition de la population selon la situation conjugale

Figure 7 : Répartition de la population des conjoints selon leurs revenus nets mensuels (en euros)

Figure 8 : Réponse à la question : « La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans votre choix d'effectuer des études médicales ? »

Figure 9 : Réponse à la question : « La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans votre choix de la médecine générale à l'ECN ? »

Figure 10: Réponse à la question : « Qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ? » Réponses uniques (n=149)

Figure 11 : Réponse à la question : « Qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ? » Réponses multiples (n=218)

Figure 12 : Répartition des internes selon le temps de travail envisagé (en journées par semaine)

Figure 13 : Réponse à la question : « Etes-vous à priori favorable au paiement à l'acte (c'est à la dire quand le médecin reçoit un paiement pour chaque consultation) ? »

Figure 14 : Répartition de la population selon leur opinion concernant les conséquences possibles du paiement à l'acte en médecine générale libérale

Figure 15 : Réponse à la question : « Seriez-vous à priori favorable à un autre mode de rémunération en médecine générale libérale : à la capitation ? »

Figure 16 : Réponse à la question « Seriez-vous à priori favorable à un autre mode de rémunération en médecine générale libérale : au salariat ? »

Figure 17 : Répartition de la population selon les revenus nets mensuels espérés en période de remplacements et à l'installation en cabinet libéral

Figure 18 : Réponse à la question : « La rémunération actuelle des médecins généralistes est-elle un frein à votre installation en cabinet libéral ? »

Figure 19 : Répartition de la population selon le mode de rémunération idéal exprimé

Figure 20 : Répartition de la population selon l'activité professionnelle envisagée à l'issue de l'internat.

Tableau 1 : Internes favorables au paiement à l'acte selon différents critères

Tableau 2 : Internes favorables au salariat selon différents critères

Tableau 3 : Internes favorables à la capitation selon différents critères

Tableau 4 : Exercice futur : déterminants et mode de rémunération idéal.

Tableau 5 : Type d'exercice envisagé

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPL : Contrat d'amélioration des Pratiques Individuelles

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CMU-C : Couverture Médicale Universelle-Complémentaire

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire

DU : Diplôme Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale et de famille

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ENMR : Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération

FSV : Fonds de Solidarité Vieillesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ISNAR : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAL : Paiement à l'Acte

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) désignait la France comme le meilleur fournisseur de soins généraux au monde (parmi 191 pays étudiés). Les Français étaient, en 2004, 65% à se déclarer très satisfaits de leur système de soins et, en 2008, 91% des français avaient une bonne opinion de leur médecin généraliste (1)(2).

En France, les médecins font partie des professions les mieux payées et percevaient, en 2010, un revenu mensuel net moyen de près de 6000 euros, soit environ 15% de plus qu'il y a 8 ans (3)(4).

La trentaine de vagues de revalorisation des tarifs de consultation (entre 1970 et 2011) ont montré l'importance qu'accordent les pouvoirs publics à la question du niveau de revenus des médecins, facteur qui joue indéniablement un rôle dans le maintien de l'attractivité de ce métier.

Plusieurs études ont rapporté une insatisfaction des médecins installés concernant le paiement à l'acte et un souhait d'augmentation ou d'évolution vers des rémunérations forfaitaires (5)(6)(7)(8). Une diversification des modes de rémunération est réclamée parmi les jeunes générations de médecins, dont une fraction croissante s'oriente vers des activités salariées. En 2013, seulement 19,4% des nouveaux inscrits au conseil de l'ordre en médecine générale avaient choisi l'exercice libéral exclusif (9).

La rémunération des généralistes libéraux en France, longtemps dominée par le paiement à l'acte, connaît ces dernières années une profonde mutation avec l'apparition de rémunérations forfaitaires.

Quelles sont les opinions et les préférences des internes en termes de modes de rémunération en médecine générale, et notamment en exercice libéral ?

2 CONTEXTUALISATION

2.1 Historique du système de soins français

En 1928, lors de l'assemblée constitutive de la confédération des syndicats médicaux français, 5 principes ont été énoncés : le libre choix du médecin par le malade, le respect du secret professionnel, la liberté totale des prescriptions, le paiement à l'acte et la libre entente des prix entre le patient et le médecin qui a aujourd'hui disparue (le médecin fixait le tarif des consultations librement, généralement selon les revenus du patient).

Au milieu des années 1960, le nombre grandissant de médecins leur a fait craindre une concurrence entre confrères menaçant de facto le maintien de leurs revenus. Cela a conduit à la première convention médicale nationale en 1971. En contrepartie de la prise en charge partielle par les caisses des cotisations sociales, des tarifs conventionnels ont été instaurés et fixés par arrêté ministériel. Le tarif de la consultation était fixé à 13 francs¹ (10). Les pouvoirs publics ont établi cette même année le principe du *numerus clausus* fixant le nombre d'étudiants autorisés à intégrer la deuxième année des études de médecine. Sa justification étant, là encore, de permettre aux médecins de maintenir leurs niveaux de revenus en limitant le nombre d'admis (11)(12).

En 2002, est mise en place pour la première fois par la convention médicale une rémunération forfaitaire pour la permanence des soins. En 2005 sont introduites les rémunérations forfaitaires spécifiques pour : la déclaration de « médecin référent » ainsi que la rémunération annuelle de 40 euros pour les patients en Affection Longue Durée (ALD) (13). Dès 2005 est évoqué l'intérêt d'une « Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) clinique » qui, à l'instar de la CCAM technique, instaurerait une nomenclature fine des actes cliniques (consultations, visites...). Ses objectifs seraient de revaloriser l'acte intellectuel et la complexité des situations cliniques auxquelles le généraliste est confronté, dans un contexte de population vieillissante et de plus en plus atteinte de pathologies chroniques et complexes. Cette préconisation est réitérée dans les rapports Lancry (2007) et Hubert (2009-2010) (14)(15)(16)(17).

Entre 2009 et 2012 (et prolongées jusqu'en 2014), des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations (ENMR) ont été créées et pilotées localement par les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles prévoient au sein d'une structure de santé pluri-

¹ Compte tenu de l'inflation, le pouvoir d'achat de 13 francs en 1971 correspondrait à celui de 13,03 euros en 2013 selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)

professionnelle ambulatoire volontaire, une rémunération forfaitaire spécifique pour la structure ou les médecins y exerçant, selon la réalisation de trois missions (mission de coordination, mission d'éducation thérapeutique et prise en charge des cas complexes et mission de coopération entre professionnels de santé) (18).

En juillet 2009 est introduit pour 3 ans par l'assurance maladie, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), établi sur le modèle britannique de la rémunération à la performance « P4P »² existant depuis 2004. Le CAPI prévoyait pour les généralistes volontaires, une rémunération forfaitaire en fonction de l'atteinte de 16 objectifs cibles (objectifs de santé publique ou basés sur les pratiques médicales). Les médecins généralistes avaient reçu en moyenne une prime annuelle de 3000 euros nets (représentant 1,4% de leurs honoraires totaux). Il avait remporté un succès relatif puisque seulement un tiers des médecins éligibles y avaient adhéré. Cette forfaitisation a divisé les médecins et les syndicats médicaux, ainsi que le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce dernier y voyait une perte d'indépendance professionnelle et une discrimination entre médecins. Une des principales critiques portait sur la pertinence des objectifs du CAPI (19).

En 2011, deux mesures importantes ont été adoptées : la revalorisation du tarif de consultation en médecine générale (passant de 22 à 23 euros), ainsi que la mise en place en continuité du CAPI, de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) par convention médicale entre l'assurance maladie et les principaux syndicats médicaux (effective à partir de janvier 2012). Cet intéressement était considéré en 2008 par le conseil national de l'ordre des médecins comme « contraire à la déontologie médicale ». Environ 51 000 généralistes ont adhéré à la ROSP en 2013 (soit environ 56% des généralistes). Tous ces médecins volontaires reçoivent désormais annuellement, par un système complexe de points, une rémunération forfaitaire selon l'atteinte de 29 indicateurs de santé publique (5 objectifs portant sur l'organisation du cabinet et 24 objectifs sur la qualité de la pratique médicale). Au printemps 2013, l'assurance maladie a versé aux généralistes la somme annuelle moyenne de 4982 euros (soit entre 5 et 8% de leurs honoraires annuels totaux). Les généralistes sont plus favorables qu'il y a 2 ans à la ROSP. À la fin 2013, une majorité significative des médecins généralistes estimait ainsi que la convention était une « bonne

² P4P : Paiement for Performance

chose » pour la qualité de la prise en charge des patients, la pérennité du système de santé et l'efficacité des politiques publiques en France (19)(20).

Il existe donc une part forfaitaire grandissante dans la rémunération des médecins généralistes en France. En 2012, l'ensemble des paiements complémentaires forfaitaires représentait en moyenne 10,4 % de la rémunération des généralistes (3,5 % pour la ROSP), contre 0,2% en 2000 (4)(21) .

2.2 Le système de soins français : efficient mais coûteux

En 2000, le système de soins français était considéré par l'OMS comme le plus performant au monde et dans un sondage de 2004 les français avaient une bonne opinion de son organisation (par rapport à ceux de nos voisins européens). En France, il existe un bon accès aux soins d'urgence et l'office national d'indemnisation des accidents médicaux avait dépensé en 2006 9 millions d'euros de moins que son budget prévisionnel. Malgré ces constatations, le système de santé est loin d'être sans faille (1)(2)(22) .

En 2012, la France était la plus grande consommatrice de médicaments au monde, dépensait en moyenne 22% de plus de médicaments que ses voisins européens (22) et la richesse nationale consacrée à la santé représentait 12% du produit intérieur brut (presque 240 milliards d'euros) (23). Les soins hospitaliers représentaient en 2011 46,4% de la consommation individuelle de soins et biens médicaux plaçant la France en 2^e position par rapport aux autres pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Cependant, la durée moyenne d'hospitalisation cette même année, souvent utilisée comme indicateur d'efficacité d'un système hospitalier, était la plus courte (24). Enfin, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoyait pour 2013 un déficit de -17,3 milliards d'euros des régimes de base de la sécurité sociale et des Fonds de solidarité vieillesse (FSV), déficit qui avait atteint -29,3 milliards d'euros en 2010. En 2014 est prévu une augmentation des déficits de 4 milliards d'euros (19).

2.3 Une démographie médicale hétérogène et en baisse

La France n'a jamais compté autant de médecins. En 2013, elle comptait 7,6% de médecins de plus qu'en 2007. Cependant parallèlement, le Conseil national de l'ordre des médecins enregistrerait une baisse de 1% en un an des généralistes en activité régulière (c'est-à-dire qui exercent leur activité au même endroit). Selon un scénario de référence, ou « tendanciel », le nombre de médecins en activité diminuerait de presque 10% jusqu'en 2019 et retrouverait le niveau de 2008 à l'horizon 2030 (9)(25).

Compte tenu de l'évolution de la population française et des départs à la retraite des nombreux médecins issus des générations du « baby boom » précédant l'instauration du *numerus clausus*, il existe une diminution de la densité médicale. Une diminution de 10% de la densité est attendue entre 2006 et 2030, qui atteindrait son point le plus bas en 2020 (25). En 2013, les densités médicales restaient hétérogènes et même les régions ayant les plus grandes densités médicales étaient de moins en moins attractives (Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Ile-de-France...). La région Pays de la Loire, quant à elle, se situait au premier rang de classement en termes d'attractivité (9). De plus, contrairement à l'intuition, les inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire français se sont réduites en 20 ans : seules 5 régions ont des densités de 15% inférieures à la moyenne contre 10 régions en 1990. La densité médicale française en 2011 était de 3,3 médecins pour 1 000 habitants, légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (3,2 médecins pour 1000 habitants) (24).

2.4 Les revenus des médecins français très dispersés

En 2010, les revenus moyens nets mensuels des généralistes libéraux en France s'élevaient à 5943 euros (nets de prélèvements sociaux) (3).

Le revenu d'un omnipraticien représentait en moyenne 61,1% de celui de son confrère spécialiste en 2007, contre 63,6% en 2000 et 68,7% en 1993. Ces inégalités ont continué à s'accroître, puisque le taux de croissance annuel moyen des revenus (en euros constants³) entre 2002 et 2010 était de 0,2% pour les généralistes contre 0,8% pour la moyenne de l'ensemble des médecins (3)(26).

Plusieurs études ont montré que les femmes avaient des revenus 15 à 25% inférieurs à ceux des hommes mais travaillaient moins et réalisaient des consultations plus longues (27). D'autres facteurs influencent le niveau de revenus qui dépend évidemment du temps de travail, du nombre de consultations réalisées (et indirectement de leur durée), de la densité médicale locale (une augmentation de la densité médicale de 10 médecins pour 100 000 habitants diminue les honoraires d'un médecin de 2,5%), de la région d'exercice (les médecins du Nord gagnent jusqu'à 20% de plus qu'en PACA), de la zone d'exercice (rurale,

³ La conversion en euros constants consiste à supprimer l'effet de l'inflation en appliquant l'indice des prix à la consommation de l'INSEE; il s'agit de faire « comme si les prix n'avaient pas varié ».

urbaine, semi-rurale), de la tarification en secteur 2 (avec dépassements d'honoraires)... Plus surprenant, le niveau de la densité et de la démographie médicale au moment de l'installation du médecin influencerait ses honoraires durablement sur l'ensemble de sa carrière. Ce qui entraîne une inégalité de revenus intergénérationnelle, impact direct de l'instauration du *numerus clausus* (11)(12)(28).

Les généralistes ont des revenus dans la moyenne des professions libérales (de santé ou non). Une comparaison hâtive montre que la profession médicale est l'une des mieux payées en France, le salaire moyen d'un cadre est d'environ 3960 euros nets mensuels. Avant l'âge de 50 ans, en termes de revenus cumulés, il n'existe pas d'avantage financier à être médecin généraliste plutôt que cadre. Le niveau de vie des médecins généralistes est d'ailleurs proche de celui des cadres une grande partie de leur carrière (28). Les notaires, avocats, pharmaciens, experts comptables ou dentistes ont des revenus supérieurs à ceux des médecins pour un niveau de vie là encore semblable. Les généralistes gagnent en moyenne 1,8 fois moins que les chirurgiens-dentistes mais environ 1,5 fois plus que les masseurs-kinésithérapeutes ou les infirmiers (3)(29)(30).

Rappelons aussi qu'en 2008 la rémunération des généralistes français se classait parmi les plus basses des pays de l'OCDE. En comparant leur rémunération à celles de confrères généralistes de 12 pays de l'OCDE, la France se trouvait en 10^e position loin derrière les USA (1^{re} position) le Royaume-Uni ou l'Allemagne. Les confrères généralistes de ces 2 voisins européens gagnaient 1,3 à 1,5 fois plus que les français. Par rapport au salaire moyen de son pays, la France restait en queue de peloton en 9^e position avec un salaire à 2,1 fois la moyenne du pays (contre 3,7 fois pour l'Allemagne ou 3,6 fois pour le Royaume Uni) (31).

2.5 Les différents modes de rémunération en médecine générale

En 2013, le Conseil national de l'ordre des médecins recensait 91539 médecins généralistes en France.

Entre 2011 et 2013 (9)(32):

- le taux de libéraux est resté stable à 59,04%
- le taux de médecins ayant une rémunération mixte a diminué, passant de 7,07% à 6,33%
- le taux de salariés a augmenté de 33,8 % à 34,54%

2.5.1 Le Paiement à l'acte

En France en médecine libérale, la grande majorité des médecins sont payés à l'acte. Leurs revenus dépendent du nombre d'actes effectués, de la composition des actes (plus ou moins rémunérateurs) et du prix des actes. Il existe une CCAM fixant le tarif des actes en médecine générale (consultations, petite chirurgie, gynécologie, électrocardiogramme...).

Le paiement à l'acte maintient la qualité du service médical et incite à la productivité notamment pour répondre aux besoins en cas de fortes demandes (épidémies, pénurie d'offre...).

Pour augmenter ses revenus, le médecin doit augmenter le nombre d'actes effectués. Pour ce faire, il peut augmenter son temps de travail, mais aussi raccourcir la durée accordée à chaque consultation (potentiellement liée à la qualité des soins) ou augmenter inutilement le nombre de consultations ou de prescriptions pour un même patient (favorisé par l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient). Le paiement à l'acte, théoriquement inflationniste, peut alors engendrer un risque de surproduction des soins et de demande induite, ayant pour conséquence une augmentation budgétaire. La demande induite correspond à l'influence de l'offre (proposée par le producteur de soins) sur la demande (incarnée par le patient). Ainsi, quand la densité médicale augmente dans une zone, le nombre de consultations des médecins diminue par « partage » de la patientèle. Les médecins peuvent alors compenser ce rationnement en augmentant le volume de soins délivré pour un même patient. Ce phénomène est également retrouvé en cas de diminution des tarifs des actes (33)(34).

Le paiement à l'acte incite à répondre à la demande et à satisfaire les exigences, parfois injustifiées, du patient (pour ne pas le perdre). Il ne permet pas de rémunération ou de valorisation des actes non curatifs (administratifs, préventifs, d'éducation thérapeutique, d'enseignement...). Une comparaison internationale de 1999 avait montré que le système de soins français est efficace pour la médecine curative mais en retard voire défaillant pour la médecine préventive (12)(5)(35).

Enfin les dépenses de santé de ce système, supérieures aux systèmes forfaitaires, sont connues *ex post* et la multitude des tarifs des actes (par les dépassements d'honoraires notamment) peuvent creuser les inégalités d'accès aux soins (12)(28)(33).

Le paiement à l'acte est le mode de rémunération dominant des médecins en France (des généralistes et environ de la moitié des spécialistes), au Canada, en Allemagne et aux États-Unis.

En 1987, Hickson avait mené une étude prospective de 9 mois auprès de 15 pédiatres américains, membres d'une même clinique. Il leur avait été alloué par randomisation une rémunération soit par salariat soit par paiement à l'acte. Les pédiatres payés à l'acte avaient réalisé significativement plus de consultations et leurs patients affirmaient bénéficier d'un meilleur suivi. Pourtant, leur nombre des séances de prévention était inférieur à ceux des salariés, prévention qui s'éloignait plus des recommandations de bonne pratique (36).

Deux études norvégiennes (1993 et 2001) ont montré que le paiement à l'acte :

- augmentait le nombre de visites à domicile mais que l'effet du mode de paiement restait faible par rapport aux caractéristiques du patient (le médecin restait plus motivé par le besoin sanitaire du patient que par son revenu) (37)

- n'augmentait pas le nombre d'examens complémentaires par rapport aux médecins salariés (38).

2.5.2 La Capitation

La capitation est un système de rémunération forfaitaire. Le médecin touche une rémunération selon le nombre de patients inclus dans sa patientèle, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou non. Cette rémunération peut dépendre des caractéristiques du patient (âge, pathologies chroniques ou complexes...), c'est alors une capitation pondérée.

Pour augmenter ses revenus, le médecin doit augmenter le nombre de patients inscrits sur sa liste (si le nombre maximum de patients n'est pas déterminé), ce qui peut alors engendrer une concurrence entre médecins ou une sélection des patients les moins à risque. La capitation pondérée permet de limiter ce phénomène. La capitation n'engendre aucune incitation à la multiplication des actes et à la demande induite, et les dépenses de santé sont connues *ex ante*. Elle incite à la prévention et la prise en charge globale du patient.

Par ailleurs, la capitation entraîne une forte incitation à satisfaire les besoins du patient. Il existe par ailleurs un risque de perte en qualité des soins : risque de trop réduire le volume de soins prescrits (sous production des soins) et de réduire le nombre et la durée des consultations si le médecin est responsable d'un budget global. Quand le médecin est

responsable d'un budget global, le forfait qu'il touche par patient inclut les médicaments et les soins qu'il a prescrits. Dans le cas contraire, la capitation est associée à un nombre plus important d'adressage des patients vers d'autres structures (spécialistes, hôpitaux...) (12).

En 1992 dans le Wisconsin, les médecins de première ligne sont passés du paiement à l'acte à la capitation. Simultanément, les tarifs de consultation et des actes des spécialistes ont été diminués. Ces modifications ont entraîné une diminution du nombre d'hospitalisations mais une augmentation de leur durée ainsi que du nombre de consultations chez les spécialistes (phénomène d'auto-adressage par diminution des tarifs). Le nombre de consultations chez les généralistes n'avaient pas évolué mais ces derniers avaient bénéficié d'un intéressement à limiter les dépenses hospitalières, ce qui n'était pas le cas pour les spécialistes (39).

2.5.3 Le Salariat

Le salariat est un système de rémunération où le salarié reçoit une rémunération mensuelle fixe, basée sur une durée de travail prédéfinie, et indépendante de l'intensité de l'activité fournie pendant ce temps de travail.

Pour augmenter ses revenus, le médecin peut augmenter le nombre d'heures travaillées (heures supplémentaires).

Le salariat n'incite pas à la multiplication des actes, n'entraîne pas de phénomène de demande induite, incite peu à répondre à la demande et à satisfaire les exigences des patients. Il déconnecte la rémunération de l'acte médical. Il entraîne une faible incitation à fournir des soins de qualité (risque de réduire le temps des consultations et le volume de soins prescrits), un risque de diminuer le nombre de consultations avec la création de listes d'attente qui engendrerait une sous production des soins par faible incitation à la productivité. Il existe aussi un risque de sélectionner des patients les moins « à risque ». Il est moins coûteux que le paiement à l'acte, et permet lui aussi, une maîtrise du niveau des dépenses *ex ante*.

En 1999, une méta-analyse de 33 articles a étudié l'influence du salariat sur les comportements des médecins. Aucune conclusion n'a été possible sur l'efficience et l'équité de l'accès aux soins. Mais les analyses montreraient que le salariat serait associé à : moins d'examens complémentaires et moins d'adressages à des spécialistes que le paiement à

l'acte et la capitation, moins de patients vus en consultation par heure et moins de procédures par patient avec un temps de consultation plus long (40).

Les principaux modes de rémunération comportent tous des avantages et des inconvénients. Afin de combiner les objectifs de qualité et de quantité des soins fournis et au meilleur coût, la plupart des pays de l'OCDE ont introduit des systèmes dits « mixtes » associant plusieurs modes de rémunération.

2.5.4 Les modes de rémunération « mixtes »

Ainsi, les médecins généralistes danois ou hollandais sont rémunérés à la capitation et au paiement à l'acte. L'Allemagne a un système de rémunération complexe emboîtant un système de paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation (5).

Aux États-Unis, certaines spécialités sont payées au salariat et au paiement à l'acte. Au Québec depuis 1999, les spécialistes ont la possibilité (sur la base du volontariat) d'adopter un mode de rémunération mixte associant une rémunération partielle à l'acte et une rémunération forfaitaire par journée travaillée. Ce changement a augmenté de 8% les revenus des médecins et les heures de travail consacrées aux patients ont diminué. Le temps consacré aux tâches administratives et à l'enseignement s'est, quant à lui, accru (41).

En 1990 au Danemark, Krasnik avait montré que le passage des généralistes de la capitation à un système mixte (associant le paiement à l'acte à la capitation) avait significativement réduit leur taux de prescription et d'adressage à des spécialistes et augmenté le temps de consultation (42).

2.5.5 Exemple des pays de l'OCDE

Les pays de l'OCDE opèrent soit avec un système de santé avec assurance maladie soit avec système national de santé.

Dans la majorité des pays de l'OCDE avec assurance maladie, les généralistes sont rémunérés à l'acte qu'ils exercent seuls (Allemagne, Autriche, Belgique...) ou en groupe (Pays-Bas, Pologne). Aux Pays-Bas par exemple, plus de 80% des généralistes travaillent en groupe. Le cabinet est rémunéré pour son activité dite « régulière » (soit 80 % des revenus) à parts égales par une capitation et des paiements à l'acte.

Dans les pays ayant un système national de santé, la situation diffère. Les médecins généralistes exercent dans des centres de santé multidisciplinaires publiques (Espagne,

Finlande, Suède...) ou privées (Danemark, Norvège, Royaume-Uni...). Il existe alors une rémunération globale de la structure (plus importante en termes d'incitations au partage des tâches entre professionnels, à l'efficacité et à la coordination des soins) et une rémunération spécifique du médecin.

Les structures de santé publiques sont classiquement rémunérées soit par une capitation, éventuellement assortie de rémunérations complémentaires (Espagne, Portugal, Suède), soit par un budget global (Finlande, Islande). Dans ce dernier cas, les médecins sont salariés. En Espagne par exemple, les médecins généralistes travaillant dans des centres de santé publics sont salariés du système national de santé et leur salaire est ajusté par une capitation (15 % de leur revenu) permettant de prendre en compte les spécificités de leur exercice et de la patientèle prise en charge. Certaines régions espagnoles ont également instauré un paiement à la performance, directement versé aux médecins. En Suède, les médecins généralistes travaillent dans des structures publiques, ou privées. Ces structures sont rémunérées par une capitation qui représente 80 à 90 % du total des paiements versés, complétée par des paiements pour chaque consultation (5 à 10 %) et par une rémunération sur objectifs (2 à 3 %), mais les généralistes sont salariés de ces institutions.

Dans les systèmes nationaux de santé où les soins primaires sont dispensés dans des centres privés multidisciplinaires, les médecins généralistes sont le plus souvent rémunérés par une capitation, éventuellement complétée par d'autres rémunérations (paiement à l'acte et/ou paiement à la performance). *« Au Royaume-Uni par exemple, la rémunération des groupes multidisciplinaires comprend plusieurs composantes : une capitation (61 % du revenu moyen), un paiement à la performance (15 % en moyenne), des paiements à l'acte pour la production de services additionnels (12 %), des paiements destinés à couvrir les coûts des locaux et des technologies de l'information (9 %), et d'autres paiements annexes (3 %). La grande majorité des généralistes exercent en tant qu'associés dans ces structures et se partagent les bénéfices »* (21).

En Italie et au Canada, les généralistes exercent principalement en mode libéral et en cabinets de groupe. En Italie, les généralistes sont rémunérés par une capitation, complétée par des paiements à l'acte et une rémunération liée au respect d'objectifs de prescriptions, et dans certaines régions des rémunérations spécifiques pour la prise en charge de maladies chroniques. Au Canada, la rémunération de la structure varie d'une province à l'autre mais les médecins sont le plus souvent rémunérés à l'acte (21)(43).

2.6 Les objectifs de ce travail

Plusieurs études ont rapporté une insatisfaction des médecins généralistes installés en France vis-à-vis du paiement à l'acte (environ 40% de taux d'insatisfaction selon les études), ces derniers souhaitant une augmentation des rémunérations forfaitaires. Les succès, quoique relatifs, du CAPI puis la ROSP en sont des exemples concrets. Pourtant, le sujet de la rémunération en médecine générale libérale est loin d'être consensuel, au vu du clivage des syndicats médicaux et de l'hétérogénéité des souhaits de changement chez les médecins (6)(7)(8)(44)(45).

Peu d'études sur une population d'internes en médecine générale en France ont traité spécifiquement la question des modes de rémunération.

L'objectif principal de ce travail était de récolter les opinions et de connaître les préférences des internes en termes de rémunération en médecine générale. Que pensaient-ils de la rémunération en médecine générale et notamment en exercice libéral ? Quel mode de rémunération adopteraient-ils s'ils avaient la possibilité de le choisir ?

L'objectif secondaire de cette étude était de connaître les déterminants majeurs de leur exercice futur et les modalités d'exercice souhaitées.

3 MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Schéma général de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive réalisée à partir d'un auto-questionnaire mis en ligne sur Internet et proposé à tous les internes de médecine générale de l'Université de Médecine de Nantes.

3.2 Présentation du Questionnaire

Le questionnaire a été bâti à partir de données bibliographiques de la littérature. Le questionnaire était anonyme, déclaratif et basé sur le volontariat. Il a été testé au préalable sur un échantillon d'internes, ce qui a permis une reformulation de certaines questions.

Un préambule au questionnaire expliquait le sujet de la thèse et apportait une définition des différents modes de rémunération (à l'acte, capitation et salariat). Ces définitions étaient reprises dans les questions d'opinions sur ces différents modes.

36 questions composaient le questionnaire. Les questions étaient à choix unique ou multiple et d'autres étaient à réponse libre ou optionnelle selon la situation personnelle. Enfin, le questionnaire comprenait un dernier champ libre pour laisser d'éventuels commentaires sur le sujet.

Ce questionnaire peut être divisé en 6 différentes parties :

Description de la population étudiée (12 questions) : le sexe, l'âge, le nombre de semestres validés, les stages validés ou en cours (praticien libéral de niveau 1 et 2 ou SASPAS), l'obtention de la thèse, l'activité éventuelle de remplaçant débutée. Cette partie s'intéressait également à la situation conjugale et les activités éventuelles des conjoints (catégorie professionnelle, temps de travail, niveau de revenus).

Les choix personnels d'études et de carrières et le lien avec la rémunération (3 questions): choix des études médicales et de la médecine générale en fonction de la rémunération future, choix de la médecine générale (choix actif ou par défaut).

Avis sur la rémunération actuelle du médecin généraliste et déterminants de leur exercice futur (3 questions) : Revenus moyens des médecins, rapport rémunération/responsabilités

du médecin généraliste, les déterminants majeurs pour leur futur exercice et le temps de travail envisagé (en remplacement puis à l'installation en cabinet). A chaque question spécifique portant sur l'opinion favorable ou non aux modes de rémunération, il était rappelé la définition de chaque mode dans l'intitulé de la question.

Avis et adhésions à d'autres modes de rémunération en médecine générale (14 questions): paiement à l'acte (opinion et conséquences éventuelles), capitation, salariat, revenus espérés, avantages éventuels pour un changement de mode, mode de rémunération idéal

Freins à l'installation en médecine libérale et activité envisagée après l'internat (4 questions): rémunération, activités administratives (médicales et non médicales), activité envisagée à l'issue de l'internat

Commentaires libres sur le sujet (un champ libre)

3.3 Procédure de l'enquête

Le questionnaire se présentait sous un format *google doc*. Une information sur l'intérêt de l'étude accompagnait le corps du mail et le début du questionnaire.

Un membre du syndicat des internes de médecine générale de l'ouest a transmis un mail à l'adresse mail personnelle de chaque interne avec un lien vers le questionnaire en ligne.

3.4 Recueil des données

Le recueil des réponses a eu lieu du 4 août au 10 octobre 2013 inclus.

Il y a eu deux envois par mail des questionnaires : un premier envoi le 4 août 2013 et une relance le 10 septembre 2013.

3.5 Méthodes d'analyse

Les réponses aux questionnaires ont été transférées à partir de *google doc* dans un tableur Excel ®. Les tableaux statistiques ont été obtenus par analyse croisée dynamique.

Pour chaque question, j'ai ainsi pu obtenir une description des réponses en effectifs et pourcentages. Les pourcentages des résultats ont été exprimés sans décimale, sauf exception.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Chi2 à l'aide du site internet *Bio staTGV*.

Compte tenu du nombre important de comparaisons de ces données par des tests du Chi2, le seuil de significativité retenu dans cette étude a été abaissé à $p < 0,01$.

3.6 Réponses aberrantes

Certaines réponses données étaient aberrantes car techniquement impossibles dans un cursus de DES de médecine générale. Les réponses pour ces questions ont donc été exclues.

Un interne a répondu ne pas avoir validé son stage chez le praticien de niveau 1 mais avoir validé celui de niveau 2: il a donc été exclu pour ces réponses (170 réponses ont donc été prises en compte).

Quatre internes ont répondu ne pas avoir validé leur stage chez le praticien de niveau 1 mais avoir effectué des remplacements en médecine générale : ils ont donc été exclus pour ces réponses (167 réponses ont donc été prises en compte).

Concernant la situation conjugale : douze internes ont déclaré être célibataires mais ont répondu à une ou plusieurs des questions concernant l'activité professionnelle et les revenus du conjoint. Dans le doute ils ont donc également été exclus pour l'ensemble des questions concernant les conjoints (159 réponses ont donc été prises en compte).

4 RÉSULTATS

4.1 Généralités

172 réponses ont été recueillies sur les 355 internes inscrits en médecine générale à Nantes pendant cette période, soit un taux de réponse de 48%.

Cependant, des questionnaires ont été réceptionnés incomplets. Un questionnaire a été exclu car l'interne avait répondu seulement aux deux premières questions.

171 questionnaires ont donc été pris en compte.

4.2 Description de la population étudiée

4.2.1 Profil sociodémographique

La population des internes était majoritairement féminine : 116 femmes (68%) et 52 hommes (30%). 3 personnes (2%) n'ont pas indiqué leur sexe.

Parmi les 171 internes inclus: 5 (3%) avaient moins de 25 ans, 156 (91%) avaient entre 25 et 30 ans, 9 (5%) avaient plus de 30 ans et une personne (1%) n'avait pas répondu à la question.

4.2.2 Situation dans le cursus

4.2.2.1 Nombre de semestres validés

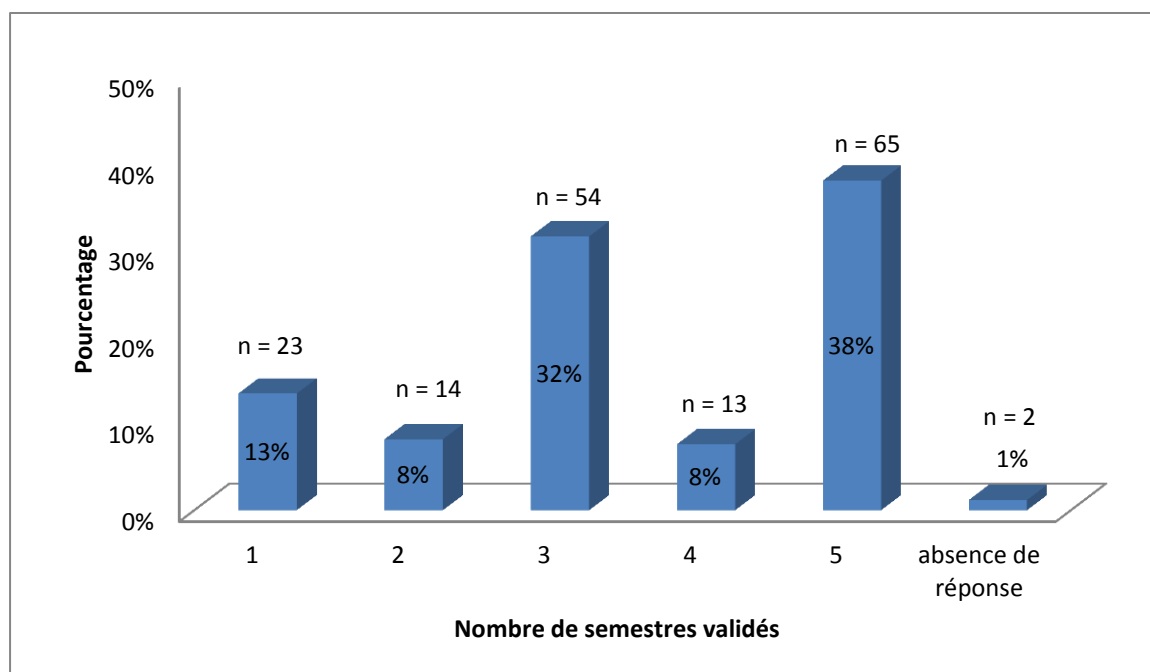


Figure 1 : Réponse à la question « Combien de semestres avez-vous validés ? » (n=171).

Par rapport à la population de référence, correspondant à tous les internes inscrits pendant cette période en DES de médecine générale à Nantes, la population enquêtée était similaire au niveau de l'âge et du sexe, mais les internes de notre enquête étaient plus avancés dans le cursus de DES.

	Population enquêtée	Population de référence
Sexe n=(%)		
Hommes	52(30%)	108(30%)
Femmes	116(68%)	247(70%)
Absence de réponse	3(2%)	0(0%)
Total	171	355
Age n=(%)		
<25 ans	5(3%)	6(3%)
25-30ans	156(91%)	333(94%)
>30ans	9(5%)	16(5%)
Absence de réponse	1(1%)	0(0%)
Total	171	355

(suite)	Population enquêtée	Population de référence
Cursus n=(%)		
1 ^e année de DES	23(13%)	111(31%)
2 ^e année de DES	68(40%)	112(32%)
3 ^e année de DES	78(46%)	132(37%)
Absence de réponse	2(1%)	0(0%)
Total	171	355

Figure 2 : Comparaison de la population enquêtée à la population de référence au niveau de l'âge, du sexe et de l'avancée dans le cursus de DES

La première année de DES correspondait à 0 ou 1 semestre validé, la deuxième année à 2 ou 3 semestres validés et la troisième année à 4 ou 5 semestres validés.

4.2.2.2 Stage en médecine libérale de niveau 1 et de niveau 2

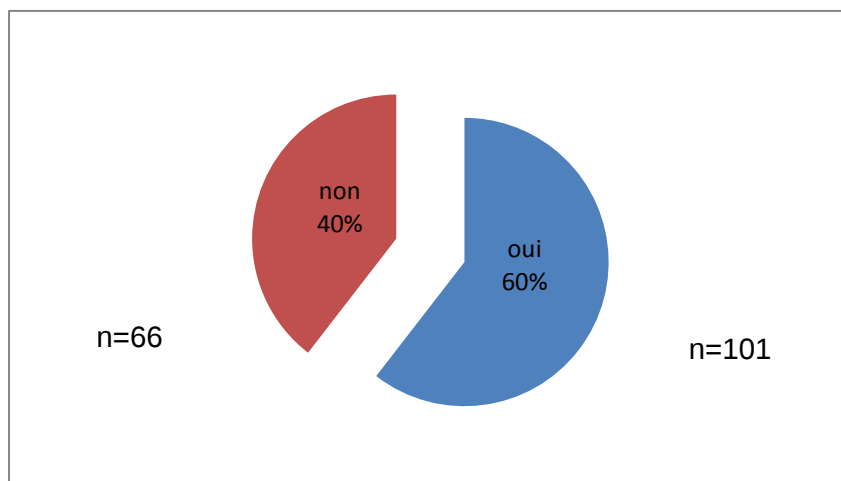


Figure 3 : Réponse à la question « Êtes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage chez le praticien? » (n=167).

Stage de niveau 1 chez le praticien (validé ou en cours)	Oui	Non	Total
Population de référence n= (%)	189 (53%)	166(47%)	355
Population enquêtée n= (%)	101 (60%)	66 (40%)	167

Figure 4: Comparaison de la population enquêtée et de la population de référence au niveau stage de niveau 1 chez le praticien

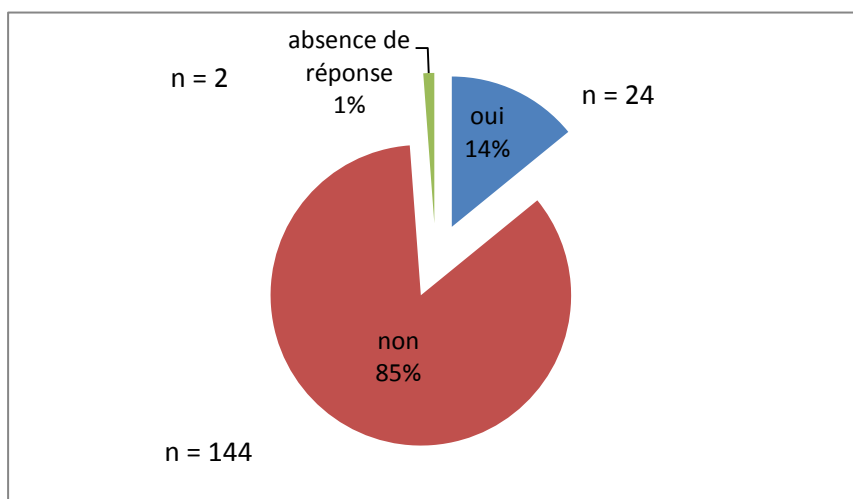


Figure 5: Réponse à la question « Êtes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage en SASPAS ? » (n=170).

4.2.2.3 Obtention du doctorat de médecine générale (validation de la thèse)

5 personnes (3%) avaient soutenu leur thèse, 165 personnes (96%) ne l'avaient pas soutenue et 1 personne (1%) n'avait pas répondu à la question.

4.2.2.4 Remplacements débutés

37 personnes (22%) avaient débuté des remplacements et 130 personnes (78%) ne les avaient pas débutés (n=167).

4.3 Situation conjugale des internes et activité professionnelle des conjoints

4.3.1.1 Situation conjugale des internes

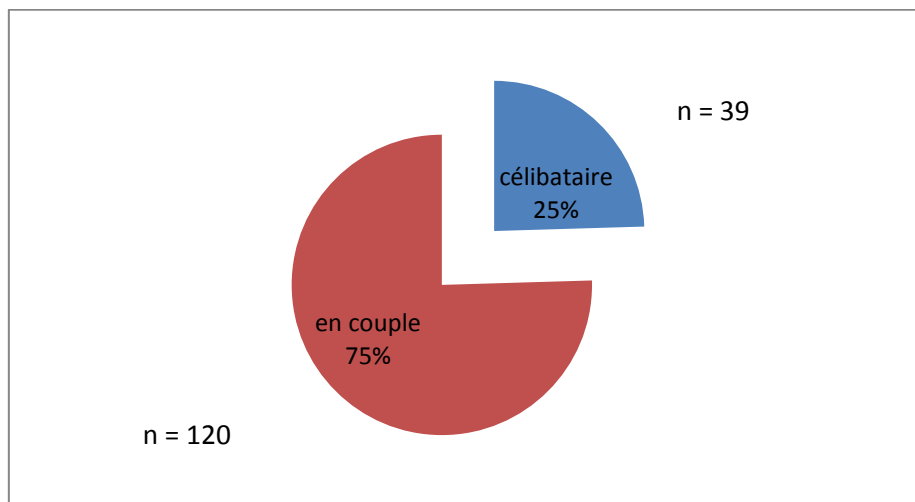


Figure 6: Répartition de la population selon la situation conjugale (n=159).

4.3.1.2 Activité professionnelle des conjoints

Parmi les 120 conjoints : 77 personnes (64%) exerçaient ou étudiaient en vue d'exercer une profession non médicale et 43 personnes (36%) exerçaient ou étudiaient en vue d'exercer une profession médicale.

Les professions médicales étaient décrites comme telles dans l'intitulé de la question: médecin, sage-femme ou dentiste.

4.3.1.3 Les temps de travail des conjoints

Les temps de travail des conjoints des 120 internes en couple étaient répartis comme suit :

- 101 personnes (83%) travaillaient à temps plein
- 6 personnes (5%) travaillaient à temps partiel
- 8 personnes (7%) étaient sans activité
- Absence de réponse concernant 1 personne (1%)

-Autres réponses pour 4 personnes (3%) : deux étudiants non rémunérés, une personne rémunérée « selon les contrats » et absence de précision concernant le temps de travail pour une personne.

Deux personnes ayant répondu « autres » ont précisé que leur conjoint exerçait en tant qu'interne. Ils ont donc été reclassés dans la catégorie « à temps plein ».

4.3.1.4 Les modes d'exercice des conjoints

Les modes d'exercice des conjoints des 120 internes en couple étaient répartis comme suit :

-92 personnes (77%) étaient salariées.

-20 personnes (17%) étaient indépendantes.

-Absence de réponse pour 4 personnes (3%)

-Autres réponses pour 4 personnes (3%) : un conjoint vivant de revenus fonciers, un étudiant non rémunéré, un conjoint au chômage et absence de précision concernant le mode d'exercice pour 2 conjoints.

Une personne ayant répondu « autres » a précisé que son conjoint exerçait en tant que professeur du secondaire. Ce dernier a donc été reclassé dans la catégorie «salariés».

Sept personnes ayant répondu « autres » ont précisé que leur conjoint exerçait en tant qu'interne. Ils ont donc été reclassés dans la catégorie «salariés».

Une personne ayant répondu « autres » a précisé que son conjoint exerçait en tant que kinésithérapeute libéral. Il a donc été reclassé dans la catégorie «indépendants».

4.3.1.5 Les revenus des conjoints

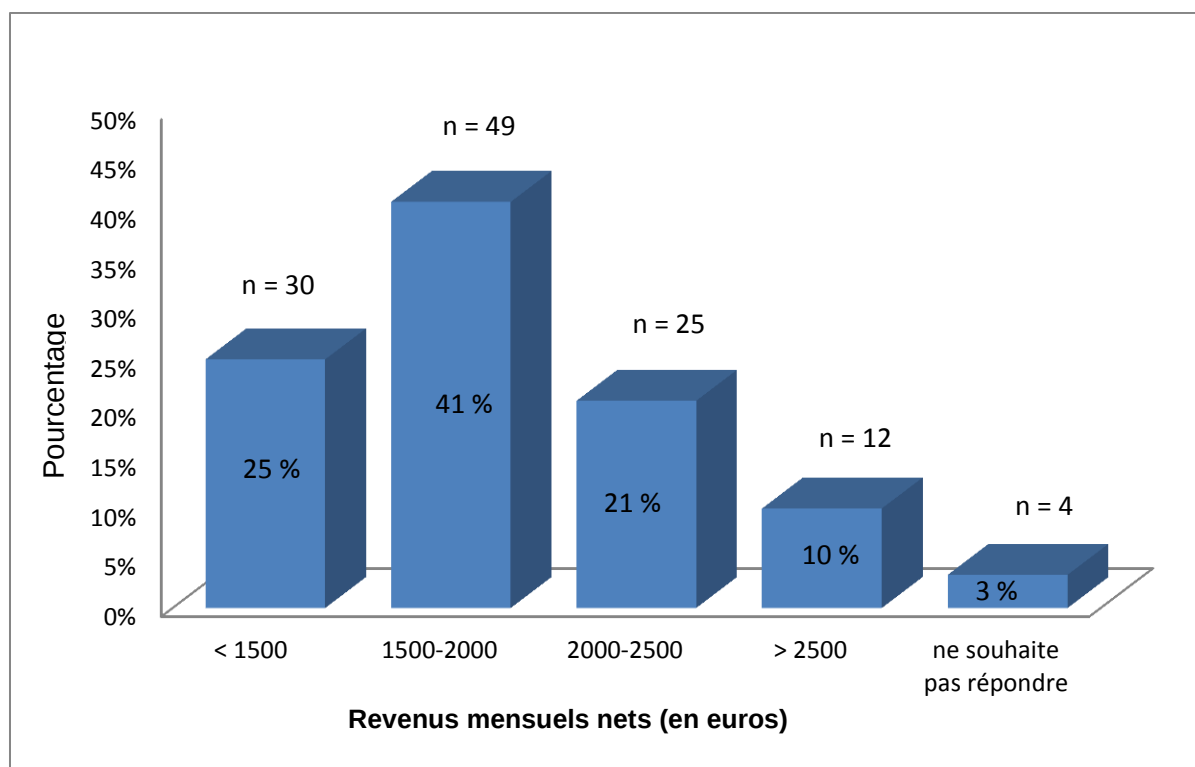


Figure 7: Répartition de la population des conjoints selon leurs revenus nets mensuels (en euros) (n=120).

4.4 Choix personnels des études et de la médecine générale à l'ECN

4.4.1 Choix de la médecine générale à l'ECN

La médecine générale était le premier choix à l'ECN pour 149 internes (87%). Parmi ces répondants, 3 internes ont cependant précisé leur choix:

- « hésitation avec la gynécologie obstétrique » : 1 personne
- « gynécologie-obstétrique » : 1 personne
- « psychiatrie » : 1 personne

Pour 22 internes (13%), la médecine générale était un choix par défaut, ou les internes répondants avaient effectué un droit au remord depuis une autre spécialité.

Les spécialités ci-dessous avaient été choisies par les internes soit après un droit au remord pendant leur internat soit auraient été choisies s'ils en avaient eu la possibilité au choix des ECN :

- Dermatologie : 3 personnes
- Pédiatrie : 3 personnes
- Psychiatrie : 2 personnes
- Gynécologie-obstétrique : 1 personne
- Gynécologie médicale : 1 personne
- Ophtalmologie : 1 personne
- Médecine interne : 1 personne
- Médecine physique et rééducation : 1 personne
- Néphrologie ou Anesthésie réanimation ou Hématologie : 1 personne
- Biologie médicale : 1 personne
- Santé publique : 1 personne
- Chirurgie sans précision : 1 personne
- Chirurgie viscérale : 1 personne
- Absence de réponse pour 4 personnes

4.4.2 Rémunération et niveau de vie des médecins et choix des études médicales

Parmi les 171 répondants, 128 (75%) affirmaient que la rémunération et le niveau de vie des médecins n'avaient pas été déterminants dans le choix de suivre des études médicales tandis que 42 personnes (24%) affirmaient qu'ils avaient été déterminants.

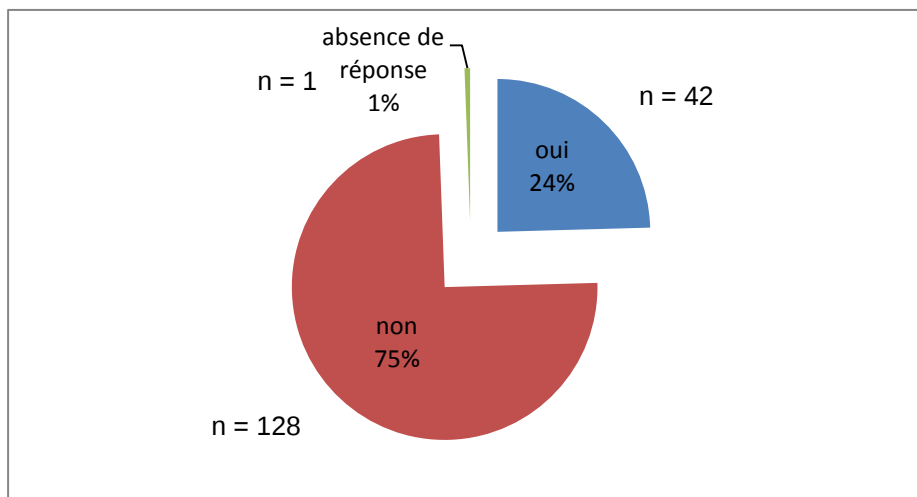


Figure 8 : Réponse à la question : « La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans votre choix d'effectuer des études médicales ? » (n=171).

4.4.3 Rémunération et niveau de vie des médecins et choix de la médecine générale

Parmi les 171 répondants, 158 (92%) affirmaient que la rémunération et le niveau de vie des médecins n'avaient pas été déterminants dans le choix de la médecine générale aux ECN tandis que 12 personnes (7%) affirmaient qu'ils avaient été déterminants.

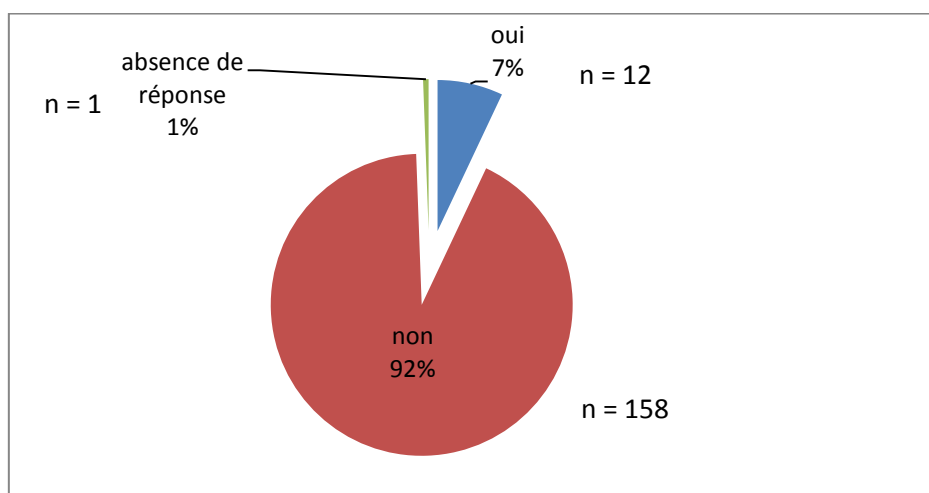


Figure 9: Réponse à la question : « La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans votre choix de la médecine générale à l'ECN ? » (n=171).

4.5 Avis sur la rémunération des Médecins généralistes

4.5.1 Niveau de rémunération

Concernant les revenus mensuels nets moyens des médecins généralistes libéraux, les internes les estimaient à leur avis :

- Entre 2000 et 3000 euros pour 2 personnes (1%)
- Entre 3000 et 4000 euros pour 50 personnes (29%)
- Entre 4000 et 5000 euros pour 71 personnes (42%)
- Entre 5000 et 6000 euros pour 35 personnes (20%)
- Entre 6000 et 7000 euros pour 11 personnes (6%)
- Entre 7000 et 8000 euros pour 2 personnes (1%)
- Aucun interne ne les a estimés entre 8000 et 9000 euros ou supérieurs à 9000 euros.

4.5.2 Responsabilités et temps de travail

Sur les 171 internes interrogés, 115 (67%) pensaient que la rémunération des médecins généralistes n'était pas adaptée à leurs responsabilités et au temps de travail effectué alors que 56 personnes (33%) pensaient qu'elle l'était.

4.6 Avis sur leur mode d'exercice futur en médecine générale

4.6.1 Déterminants majeurs de leur exercice futur

La question était la suivante : « qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ? »

La question était donc précisée à choix unique. Cependant une partie des internes ont choisi plusieurs items. Les résultats sont donc présentés en deux parties : les internes ayant répondu à un seul choix et ceux ayant répondu à plusieurs choix. 149 internes (87%) ont répondu à un seul item.

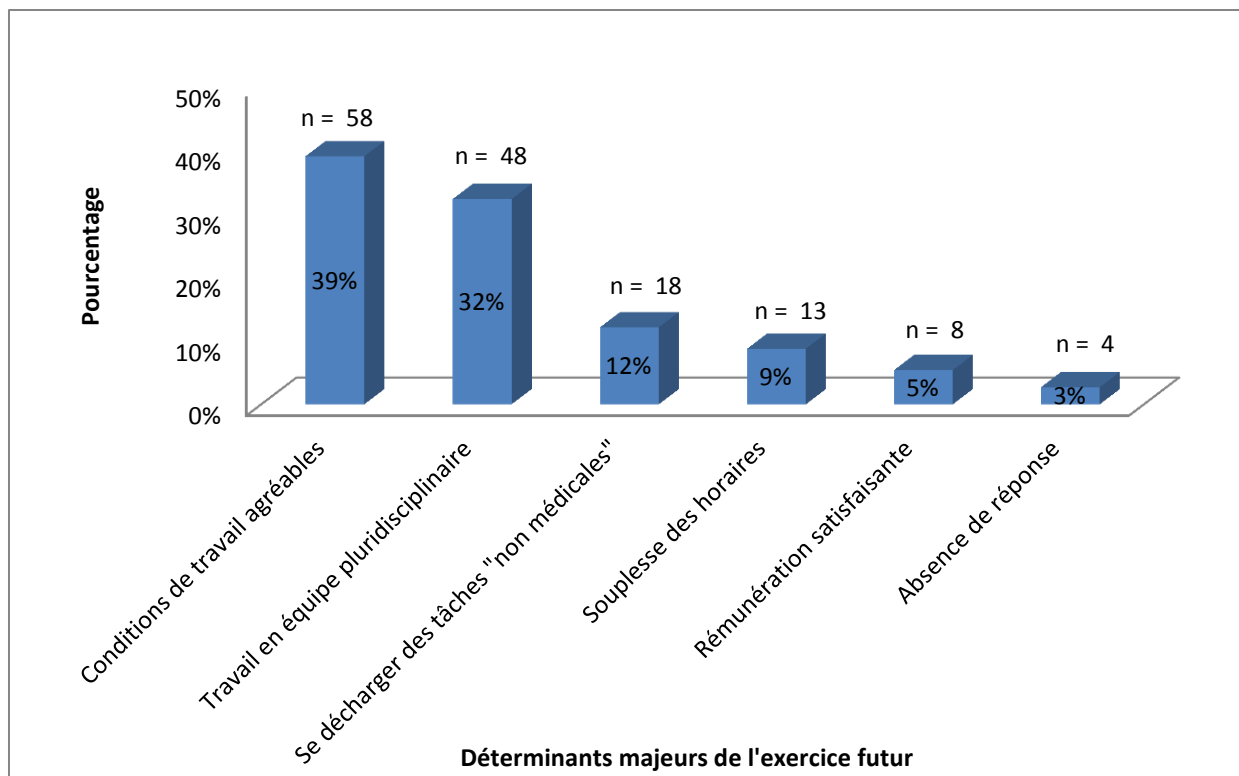


Figure 10 : Réponse à la question : « Qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ? » Réponses uniques (n=149).

Il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur les différents critères.

18 internes (13%) avaient répondu à plusieurs items.

Les réponses suivantes sont en nombre d'items répondus (et non en nombre d'internes répondants) :

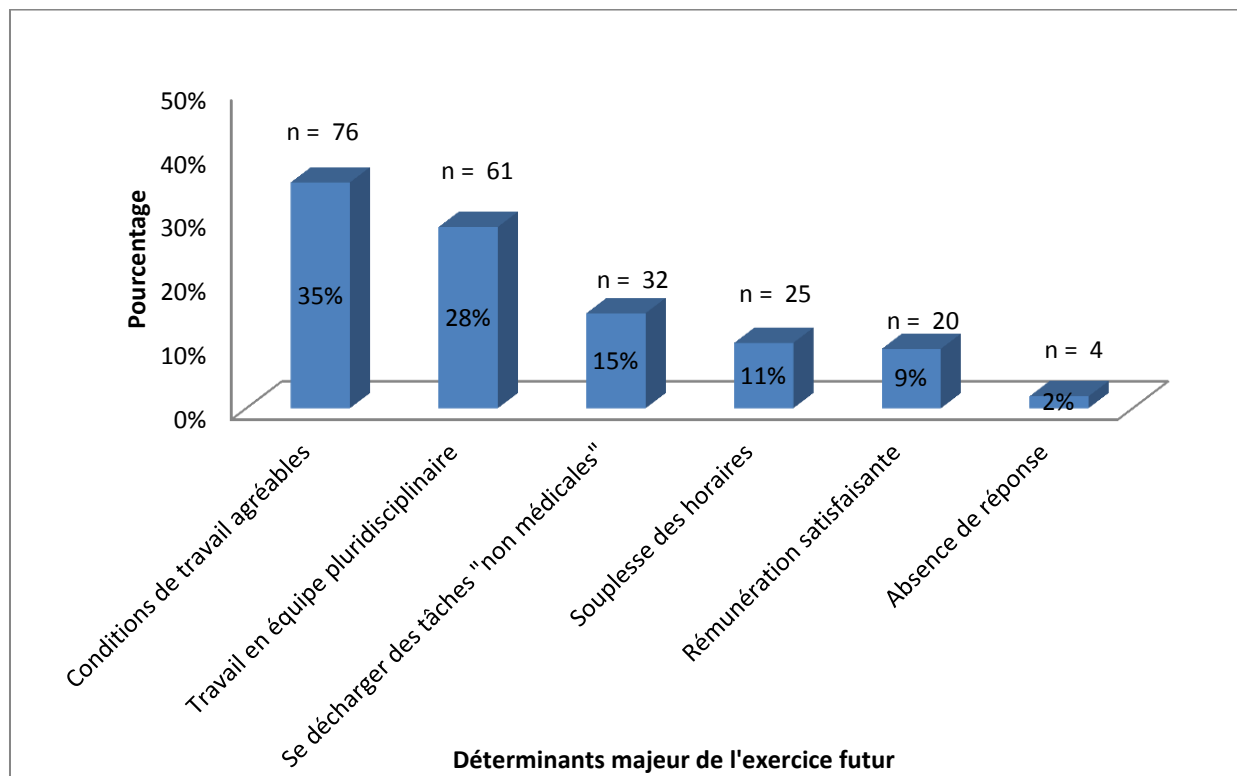


Figure 11 : Réponse à la question : « Qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ? » Réponses multiples (n=218).

4.6.2 Temps de travail envisagé

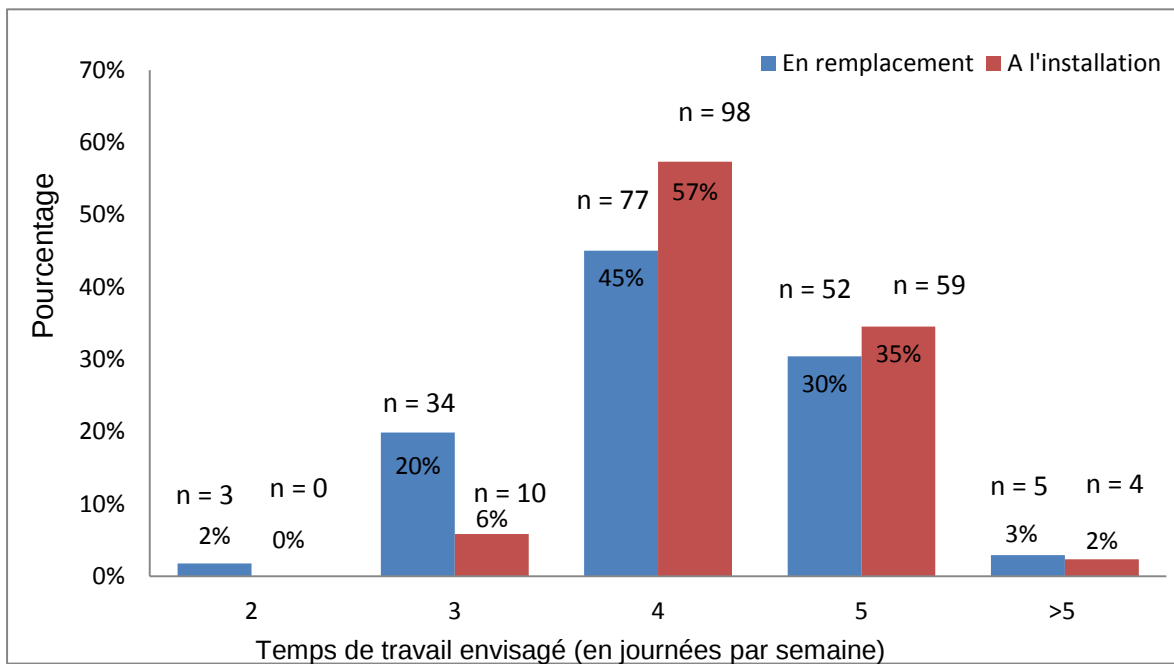


Figure 12: Répartition des internes selon le temps de travail envisagé (en journées par semaine) (n=171).

En période de remplacement, il existait une différence (bien que non significative) entre les hommes et les femmes pour le temps de travail envisagé : 5 hommes sur 52 (9,6%) souhaitaient travailler entre 0 et 3 journées versus 31 des 116 femmes (26,7%) ; $p=0,012$.

À l'installation, il n'existait pas non plus de différence entre les hommes et les femmes : 2 hommes sur 50 (1%) souhaitaient travailler entre 0 et 3 journées versus 8 femmes sur 116 (6,9%); $p=0,43$.

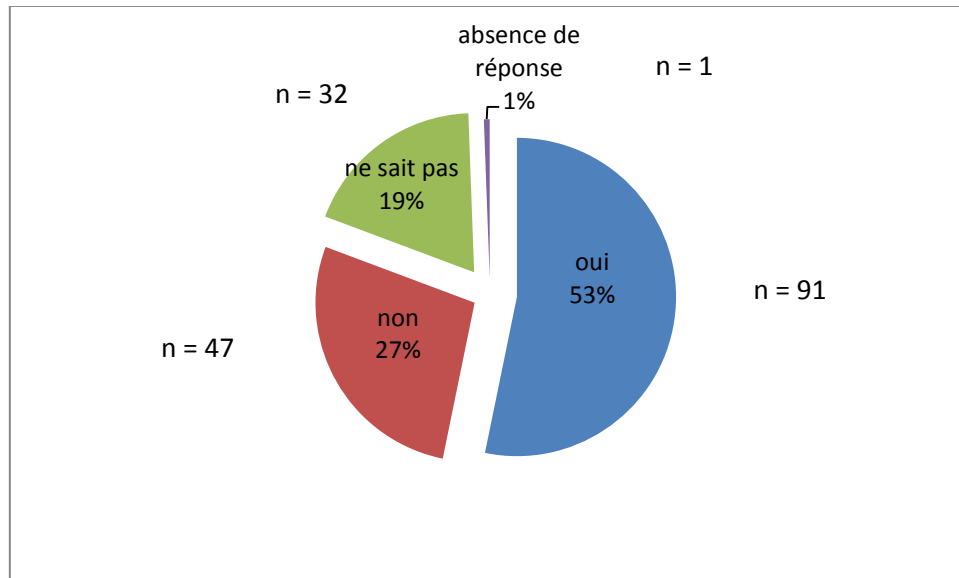
Aussi bien en remplacement qu'à l'installation, il n'y avait pas de différence entre les internes en couple ou célibataires sur le temps de travail envisagé.

4.7 Avis sur les modes de rémunération en médecine générale

4.7.1 Paiement à l'acte

4.7.1.1 Opinion

91 internes (53%) se déclaraient favorables au paiement à l'acte contre 47 internes (27%) se déclarant défavorables.



Il n'y avait pas de différence dans les réponses selon le sexe ($p=0,90$), la situation conjugale ($p=0,41$), les stages effectués (ou en cours) en médecine libérale de niveau 1 ($p=0,82$) ou de niveau 2 ($p=0,14$) ni si les internes avaient débuté ou non des remplacements en médecine libérale ($p=0,67$).

4.7.1.2 Conséquences possibles

La majorité des internes pensaient que le paiement à l'acte pouvait engendrer :

- une augmentation du nombre de consultations pour assurer son revenu pour 146 internes (85%)
- une réduction du temps de consultation pour assurer son revenu pour 109 internes (64%)
- une relation pécuniaire inconfortable entre le médecin et le patient pour 108 internes (63%)

Les internes étaient plus partagés sur les questions d'augmentation des dépenses de santé et d'altération de la qualité des soins.

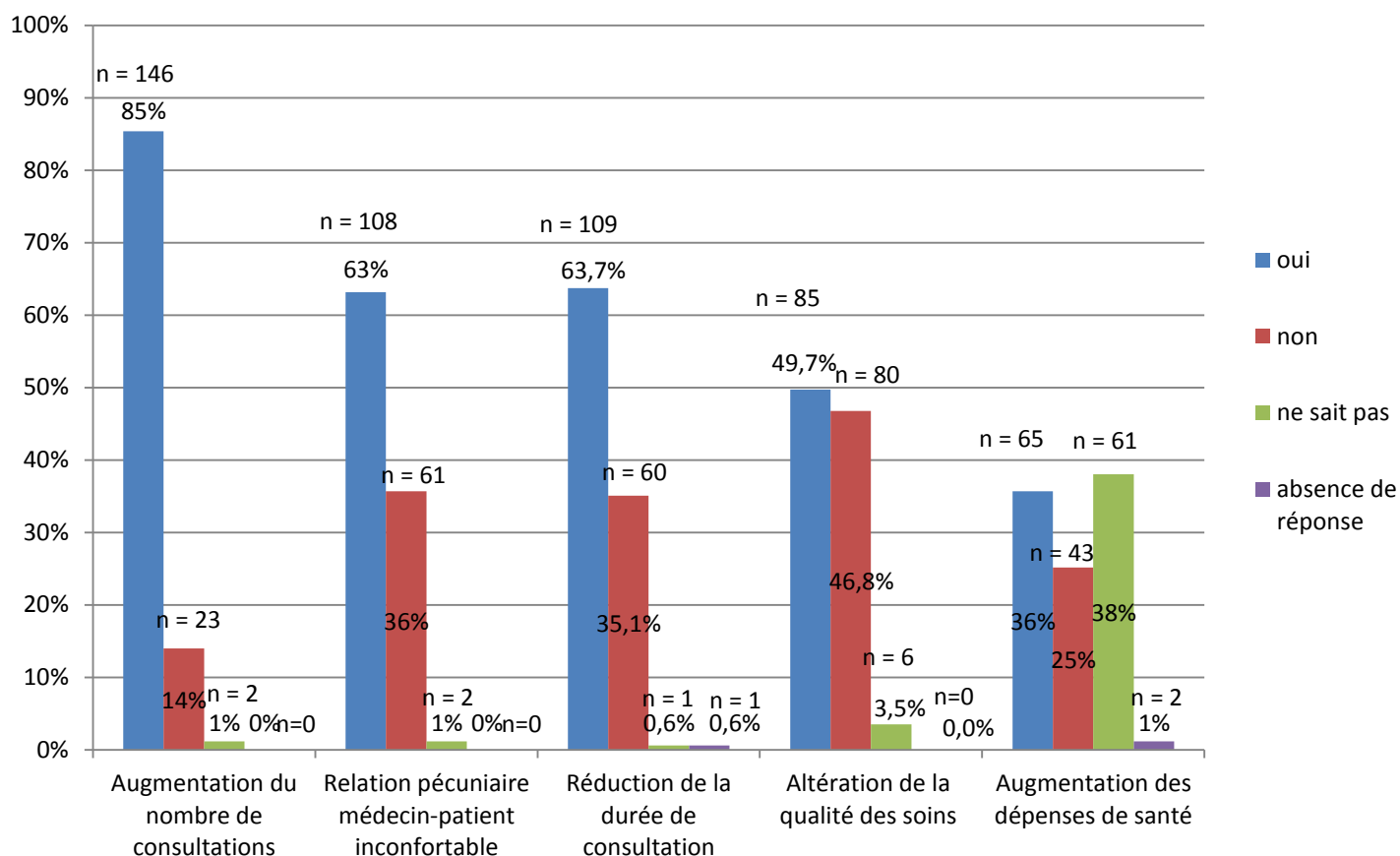


Figure 14 : Répartition de la population selon leur opinion concernant les conséquences possibles du paiement à l'acte en médecine générale libérale

4.7.2 Capitation

À cette question, il était précisé la définition de la capitation dans l'intitulé de la question comme suit: « le médecin touche une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou pas ; cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée ».

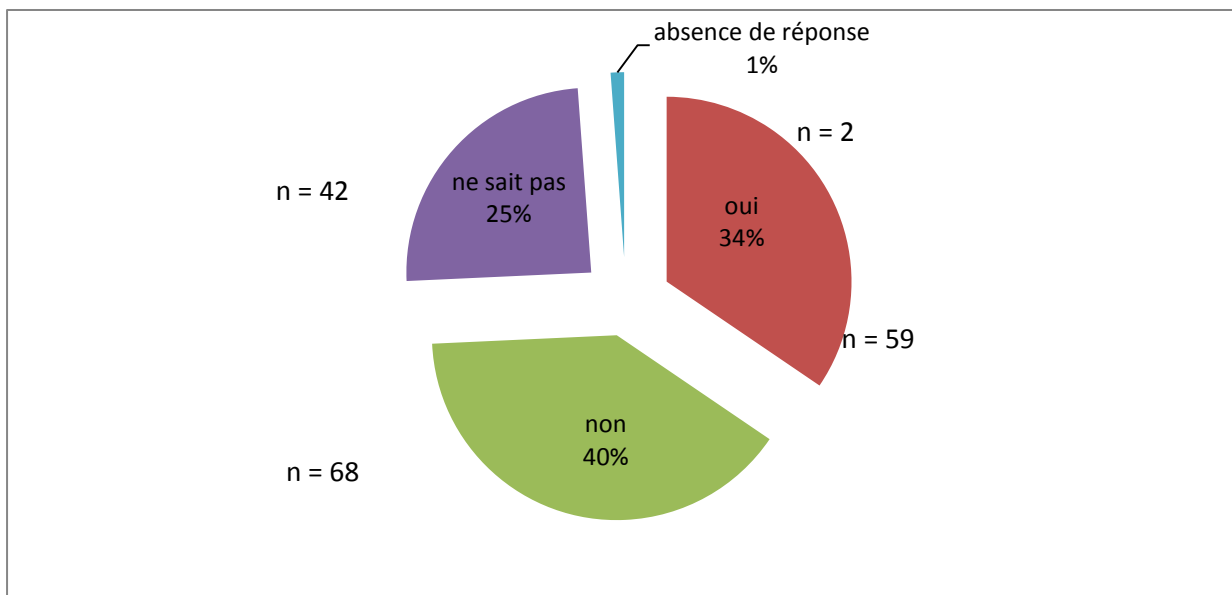


Figure 15 : Réponse à la question : « Seriez-vous à priori favorable à un autre mode de rémunération en médecine générale libérale : à la capitation ? » (n=171).

Il n'existait pas de différence significative dans les réponses selon le sexe ($p=0,30$), la situation conjugale ($p=0,74$), les stages effectués (ou en cours) en médecine libérale de niveau 1 ($p=0,84$) ou de niveau 2 ($p=0,58$) ni si les internes avaient débuté ou non des remplacements en médecine libérale ($p=0,38$).

4.7.3 Salariat

À cette question, il était précisé la définition du salariat dans l'intitulé de la question comme suit: « le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé ».

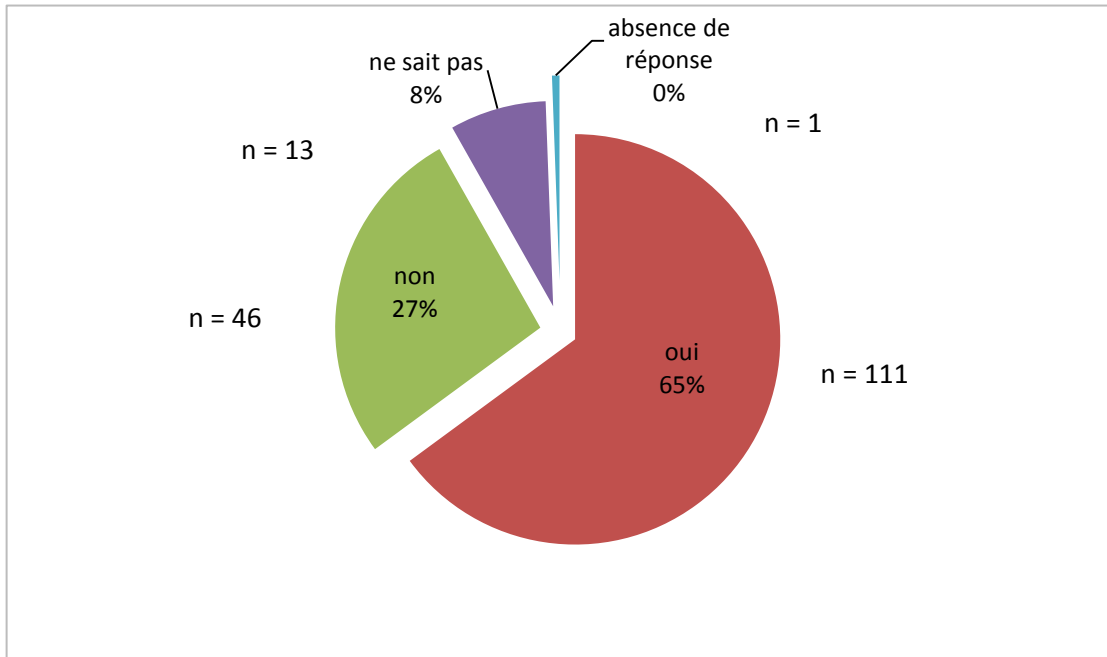


Figure 16 : Réponse à la question « Seriez-vous à priori favorable à un autre mode de rémunération en médecine générale libérale : au salariat ?

Les femmes étaient plus favorables au salariat en médecine générale libérale : 82 femmes sur 107 femmes (77%) versus 27 hommes sur 48 hommes (56%) avec $p=0,01$.

Les internes en couple étaient plus favorables au salariat en médecine générale que les internes célibataires sans différence statistiquement significative (respectivement : 75% versus 58% ; $p=0,04$).

Il n'existait pas de différence significative dans les réponses si les internes avaient effectué (ou débuté) leur stage en médecine libérale de niveau 1 (76% versus 64% ; $p=0,08$), de niveau 2 (67% versus 72% ; $p=0,64$) ni si les internes avaient débuté ou non des remplacements en médecine libérale (respectivement 64% versus 65% ; $p=0,92$).

4.7.4 Revenus espérés

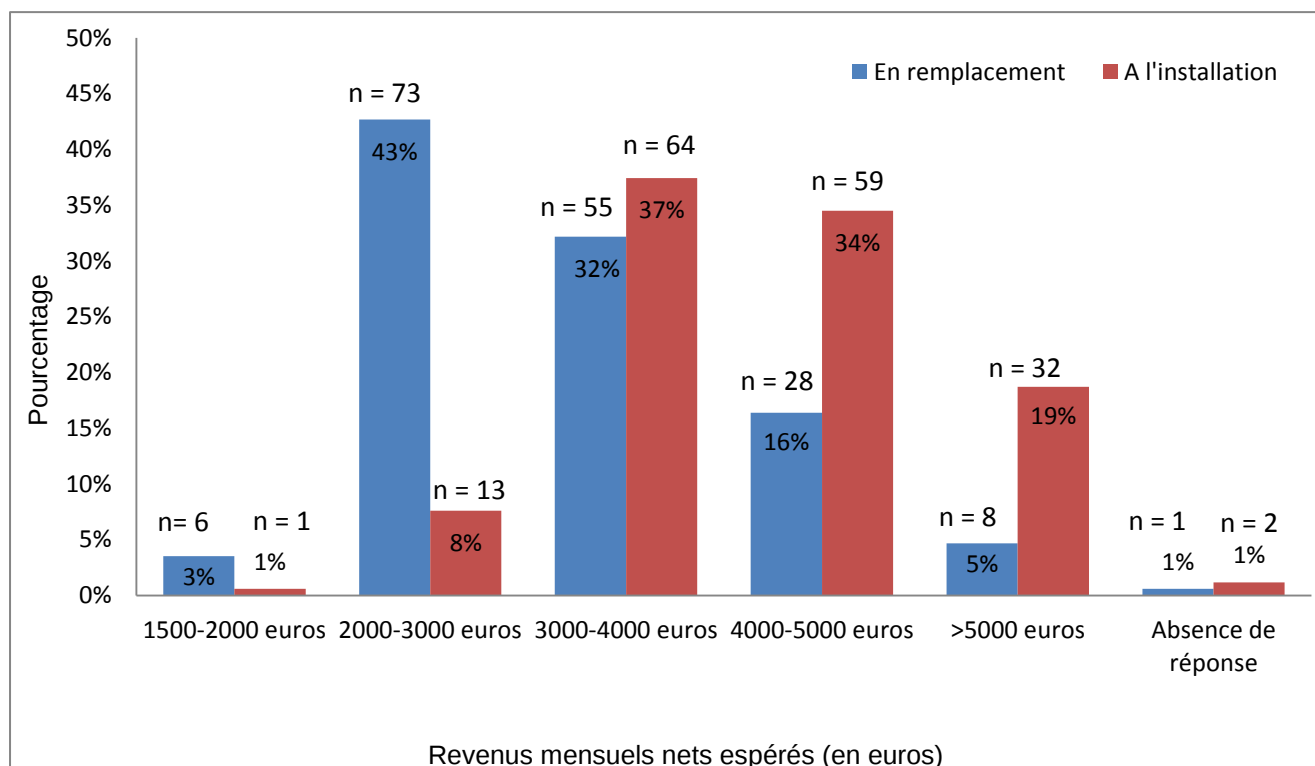


Figure 17 : Répartition de la population selon les revenus nets mensuels espérés en période de remplacement et à l'installation en cabinet libéral

Aussi bien en période de remplacement qu'après l'installation, il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur les revenus espérés, ni entre les internes en couple ou célibataires.

4.7.5 Avantages qui influenceraient le choix vers un autre mode de rémunération en médecine générale libérale

La question ouverte était posée comme suit : « Quel serait le principal avantage qui vous ferait accepter un autre mode de rémunération (capitation, salariat ou mixte)? ».

90 internes (52%) n'ont pas répondu à cette question ouverte.

Parmi les 81 internes (48%) ayant répondu à la question, la plupart des réponses comprenaient plusieurs éléments. Les réponses ont donc été décortiquées en items cités.

Les 4 principaux items de réponses sont présentés dans le tableau ci-dessous:

Avantages d'un autre mode de rémunération en médecine libérale (capitation, salariat ou mixte)	
Adaptation de la durée de consultation au patient et à la situation clinique	Cité 17 fois
Diminution des tâches « non médicales »	Cité 17 fois
Réduction du temps de travail, temps de travail plus adapté à la rémunération et aux responsabilités.	Cité 15 fois
Avantages sociaux	Cité 12 fois

Autres items cités :	
Horaires fixes	Cité 8 fois
Absence de variabilité des revenus (revenus fixes)	Cité 7 fois
Déconnecter la rémunération de l'acte médical	Cité 6 fois
Améliorer la qualité des soins et la prise en charge globale du patient	Cité 5 fois
Diminution du nombre d'actes, pas d'incitation à la multiplication des actes	Cité 5 fois
Sérénité morale, moins de « stress »	Cité 5 fois
Revalorisation du travail effectué (notamment non médical)	Cité 4 fois
Augmentation du niveau des revenus	Cité 4 fois
Ne permettrait aucun avantage	Cité 3 fois
Amélioration des actions préventives, de l'éducation thérapeutique, de la coordination interprofessionnelle	Cité 2 fois
Ne sait pas	Cité 2 fois
Conditions de travail plus agréables	Cité 2 fois

D'autres éléments ont été cités :

« Diminution des taxes et charges professionnelles » 1 fois

« Pas de cotation « à l'acte » chronophage » 1 fois

« Égalité entre salaires des professionnels » 1 fois

« Possibilité plus facile de travail pluridisciplinaire (type Maison de santé) » 1 fois

« Sécurité » 1 fois

« Une rémunération qui permet de se libérer de la contrainte temps, une rémunération qui permet d'oublier que les quinze premiers patients du jour permettent juste de faire tourner le cabinet. » 1 fois

« Salaire » 1 fois

« Mixte » 1 fois

4.8 Freins à l'installation

4.8.1 Rémunération actuelle en médecine générale libérale

Parmi les 171 internes inclus, 115 (67%) ne rapportaient pas que la rémunération du médecin généraliste était un frein à leur installation en cabinet libéral.

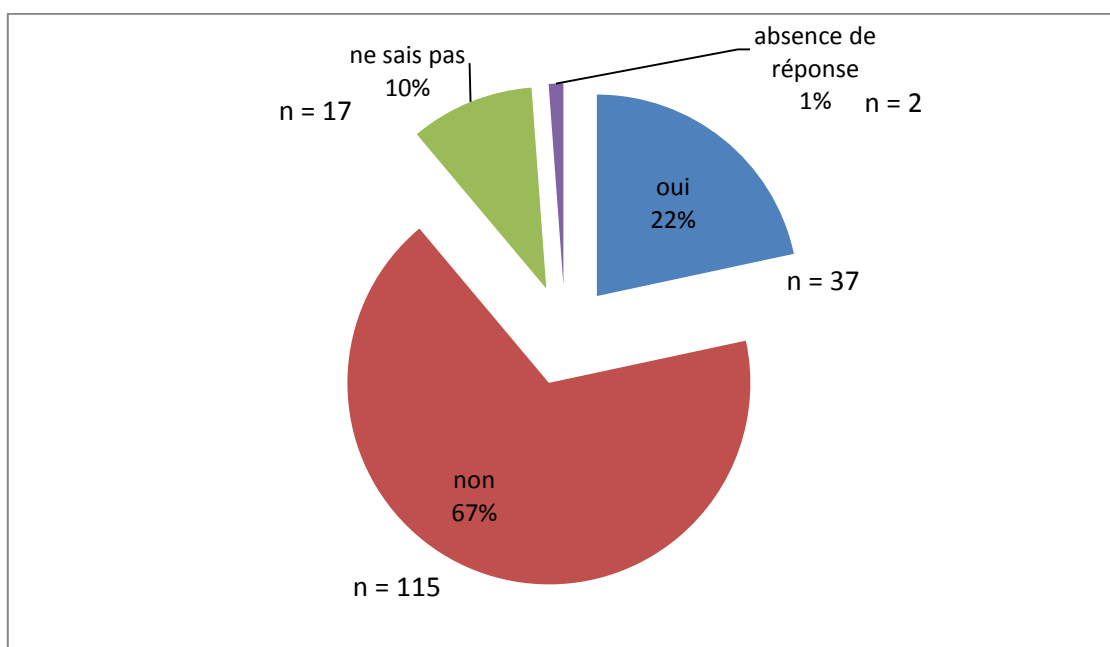


Figure 18: Réponse à la question : « La rémunération actuelle des médecins généralistes est-elle un frein à votre installation en cabinet libéral ? » (n=171).

4.8.2 Activités administratives non médicales

Les activités administratives étaient décrites comme telles dans l'intitulé de la question : gestion du cabinet, gestion du matériel, comptabilité, secrétariat.

Parmi les 171 répondants, 122 (71%) déclaraient que les activités administratives non médicales constituaient un frein à leur installation en cabinet médical libéral.

41 internes (24%) ne les décrivaient pas comme un frein à l'installation, 7 internes (4%) n'avaient pas d'opinion et 1 interne (1%) n'a pas répondu à la question.

4.8.3 Activités administratives médicales

Les activités administratives étaient décrites comme telles dans la question : certificats d'aptitude, de sport, demandes de prise en charge pour ALD ou maladie professionnelle, temps dédié aux relations avec les administrations type CPAM...

Parmi les 171 répondants, 50 (29%) déclaraient que les activités administratives médicales constituaient un frein à leur installation en cabinet médical libéral.

107 internes (69%) ne les décrivaient pas comme un frein à l'installation, 13 internes (8%) n'avaient pas d'opinion et 1 interne (1%) n'a pas répondu à la question.

4.9 Avenir professionnel

4.9.1 Opinion sur le mode de rémunération idéal plébiscité par les internes

La question était posée comme suit : « si vous aviez le choix, que choisiriez-vous pour l'exercice de la médecine générale libérale (1 choix) ? »

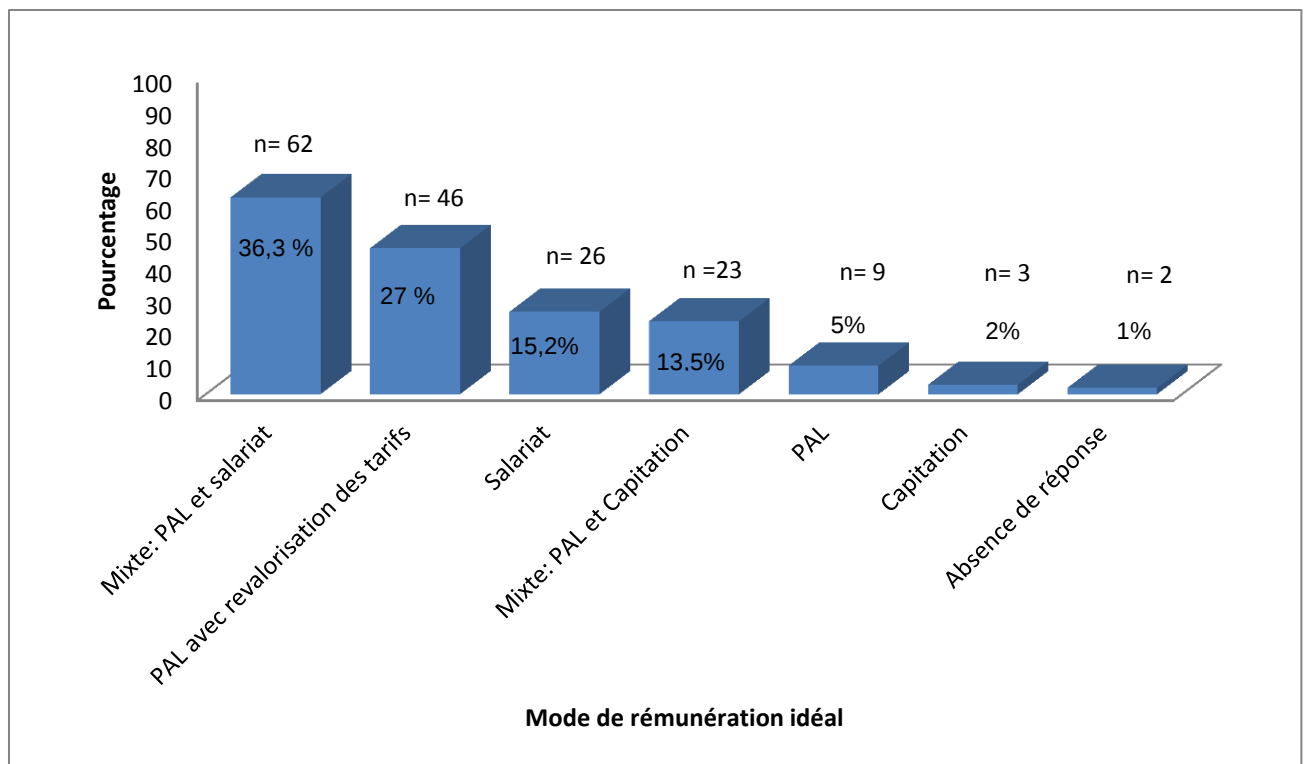


Figure 19 : Répartition de la population selon le mode de rémunération idéal exprimé (n=171).

Au total : 55 internes (32%) souhaitaient être rémunérés par un paiement à l'acte exclusif tandis que 114 internes (67%) souhaitaient un autre mode de rémunération.

Les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à souhaiter un système mixte plutôt qu'un paiement à l'acte exclusif (68% des femmes versus 44% des hommes, $p=0,009$).

Les femmes étaient nettement plus favorables que les hommes à l'ensemble des modes de rémunération mixtes (57% des femmes versus 35% des hommes, $p=0,007$), et notamment au mode mixte alliant salariat et paiement à l'acte (44% des femmes versus 19% des hommes, $p=0,002$). Les hommes étaient plus favorables que les femmes au paiement à l'acte avec revalorisation des tarifs de consultation (40% des hommes versus 21% des femmes, $p=0,009$).

Sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative, les hommes étaient plus favorables que les femmes pour le mode de rémunération à l'acte :

-l'ensemble du paiement à l'acte incluant les internes souhaitant le maintien du système actuel et ceux souhaitant également une revalorisation des tarifs de consultation (27% des femmes versus 44% des hommes, $p=0,03$)

Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes sur les choix des modes suivants :

-mixte alliant capitation et paiement à l'acte (13% des femmes versus 15% des hommes ; $p=0,70$)

-salariat seul (15% des femmes versus 17% des hommes ; $p=0,69$).

Une personne ayant répondu « A l'acte et avec rémunération complémentaire sur objectifs de santé ET revalorisation des tarifs des consultations » à la question a précisé en commentaire libre : « ou pourquoi pas mixte: à l'acte et au salariat ».

Une personne ayant répondu « Mixte : à l'acte et au salariat » à la question a précisé en commentaire libre : « Triple: acte, capitation + objectif de santé ».

4.9.2 Activité envisagée à l'issue de l'internat

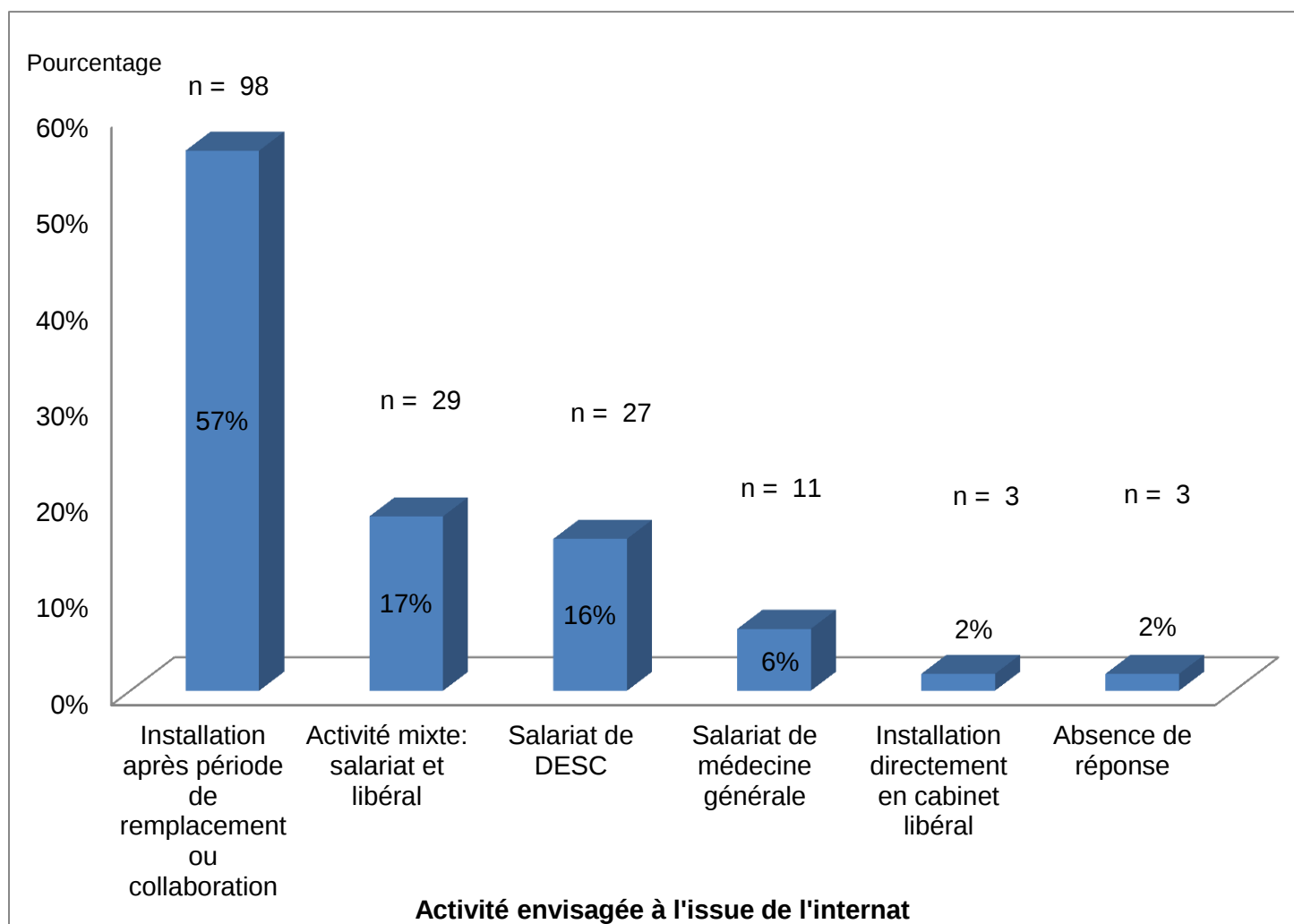


Figure 20 : Répartition de la population selon l'activité professionnelle envisagée à l'issue de l'internat.

Au total : 76% des répondants souhaitaient exercer tout ou en partie en libéral et 59% en libéral exclusif tandis que 22% souhaitaient exercer en salariat exclusif.

Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes sur les souhaits d'exercice futur :

- Au niveau du salariat exclusif (de DESC ou de médecine générale) : 27,4% des hommes souhaitaient un salariat versus 19,3% des femmes ($p=0,24$)
- Au niveau du libéral exclusif (Remplacements, Collaboration ou Installation) : 58,8% des hommes souhaitaient un exercice libéral exclusif versus 61,4% des femmes ($p=0,75$)

- Au niveau de l'exercice mixte : 13,7% des hommes souhaitaient un exercice mixte versus 19,3% des femmes (p=0,38)

Parmi les 29 internes (17%) ayant répondu « Activité mixte : salariat et activité libérale » comme activité envisagée à l'issue de l'internat, 25 ont précisé les modalités de leur exercice futur :

-Activité mixte libérale et salariée (PMI, CDAG, Centre de planification et d'éducation familiale) : 13 personnes

- Activité mixte libérale et salariée hospitalière (type d'activité non précisée ou précisée en service de médecine adulte): 4 personnes

- Activité mixte libérale et salariée dans le cadre d'un DESC : 4 personnes

- Activité mixte libérale et salariée en tant que Médecin coordonnateur en maison de retraite : 2 personnes

-Activité mixte libérale et salariée en Consultation au centre du voyageur international : 1 personne

- Activité mixte libérale (ou salariée) en médecine générale et en recherche en Santé Publique : 1 personne

-Absence de précision : 4 personnes

Une personne ayant répondu « Salariat de médecine générale» comme activité envisagée à l'issue de l'internat a précisé souhaiter un salariat initialement, puis envisager une installation en médecine libérale.

4 personnes ayant répondu « Une installation en cabinet libéral après une période de remplacements ou de collaboration » comme activité envisagée à l'issue de l'internat ont précisé :

-Ou envisager un salariat en médecine générale (selon les opportunités) : 1 personne

-Ou envisager une activité mixte (salariat et libéral) sans projet professionnel précis : 1 personne

-Avec si possible une activité au Planning familial : 1 personne

-Ou envisager une activité mixte avec une activité en PMI : 1 personne

1 personne ayant répondu « salariat de médecine générale » a précisé vouloir débiter par un salariat de médecine générale avant une installation en médecine générale libérale.

4.10 Commentaires libres

Parmi tous les répondants, 17 personnes ont laissé un commentaire sur le sujet :

-« Les tâches administratives ne sont pas un "frein à l'installation" mais altèrent la bonne pratique car sont chronophages, et augmentent le stress » 1 personne.

-« Merci de s'intéresser à ce sujet épineux, surtout avec les médecins déjà installés qui ont peur de ne pas avoir de retraite en cas de développement du salariat. » 1 personne.

-« J'ai répondu à certaines questions du début selon ma vision: le paiement à l'acte ne m'incitera pas à multiplier les consultations ni à les raccourcir mais j'imagine que c'est une pratique que l'on peut rencontrer. » 1 personne.

-« Très bon sujet de thèse, mais n'étant pas passé chez le praticien ou en saspas, il y a encore des questions auxquelles je n'ai pas encore vraiment pensé, ou auxquelles j'ai pensé mais je n'ai pas encore de véritable réponse: l'activité salariale, paiement à l'acte, avantages inconvénients...Et surtout lacunes sur nos connaissances en économie de la santé pour beaucoup d'internes à mon avis, ce qui nous permet difficilement de se faire un avis non erroné, en connaissance de cause sur ce sujet .Cela par manque de formation à mon avis (à moins qu'il y en ait lors du stage chez le praticien!) » 1 personne.

-« Excellent sujet. Malheureusement, les conventions ne vont pas vraiment dans le sens d'un changement conceptuel de la rémunération en médecine générale. Les centres de santé ayant bien vite été abandonnés au début des années 80 sous la pression des libéraux. » 1 personne.

-« Le principal frein d'un point de vue financier à l'installation en libéral n'est pas la rémunération brute mais nette: 1- trop de charge (cabinet, secrétaire) 2- trop de taxes: URSSAF, CARMF, impôt sur le revenu 3- fiscalité trop complexe et instable. Il n'y a pas de type de rémunération parfaite, il faut un mélange. Avoir une petite activité salariée en dehors d'une activité principale libérale ou inversement permet également de profiter des avantages des deux types de rémunération: le paiement à l'acte est valorisant, le salariat permet d'accéder aux avantages sociaux (arrêt de travail, congé maternité, stabilité et assurance du revenu) » 1 personne.

-« Je pense que le paiement à l'acte n'entrave en aucun cas la relation médecin malade mais bien au contraire il fait partie de la relation médecin malade, il est important que le patient prenne conscience que cet acte n'est pas gratuit, et c'est ainsi qu'il se rend acteur de sa santé. Le libéralisme est une des bases du métier de médecin, et permet de garantir son indépendance. D'autres types de rémunérations sont aussi à risque de dérive: objectifs de soins et moyens fixés par l'employeur dans un objectif d'économie et non plus dans l'intérêt du patient.... » 1 personne.

9 notes d'encouragements.

4.11 Résumé des principaux résultats

Au total :

172 réponses ont été recueillies sur les 355 internes inscrits en médecine générale à Nantes pendant cette période, soit **un taux de réponse de 48%**. Un questionnaire a été exclu.

La population des internes répondants était âgée de **25 à 30 ans** (91% des internes), largement **féminine** (68% de femmes) et en **fin de cursus** (78% avaient validé au moins 3 semestres). 75% des internes étaient en couple avec un(e) conjoint(e): étudiant ou exerçant dans le milieu médical (34%), travaillant à temps complet (81%) et gagnant moins de 2500 euros nets mensuels (74%).

Le choix de la médecine générale à l'ECN était un **choix positif pour 87% des internes**, la rémunération et le niveau de vie des médecins n'avaient pas déterminé ce choix pour 92% d'entre eux.

Pour 67% des internes : la rémunération des médecins n'était pas adaptée à leurs responsabilités et temps de travail. **Les principaux déterminants** de leur exercice futur étaient : **les conditions de travail agréables (39%)** et **un travail en équipe pluridisciplinaire (32%)**

En remplacement, les internes souhaitaient travailler: 4 ou 5 jours hebdomadaires (75% au total) pour un revenu net mensuel entre 2000-4000 euros (75% au total). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à vouloir travailler moins de 3 jours hebdomadaires ($p=0,012$), et sans différence sur les revenus espérés. À l'installation, ils souhaitaient travailler : 4 ou 5 jours hebdomadaires (92% au total) pour un revenu net mensuel souhaité plus élevé entre 3000-5000 euros (72% au total), sans différence selon le sexe ou la situation conjugale.

Étaient considérées comme un **frein à l'installation en cabinet libéral : les activités administratives non médicales (pour 71% des internes)** et médicales (pour 29% des internes).

Les internes étaient **partagés sur la question du paiement à l'acte : 53% se déclaraient favorables, 27% défavorables et 19% étaient sans opinion**. Le paiement à l'acte aurait selon eux pour inconvénients potentiels: une augmentation du nombre de consultations (85%), une réduction du temps de consultation (64%), une relation pécuniaire médecin-patient inconfortable (63%). **Les internes étaient favorables au salariat (à 65%) : majoritairement les femmes** (77% versus 56% des hommes, $p=0,01$) et, sans différence significative, **les internes en couple** (75% versus 58% des internes célibataires, $p=0,04$). Les internes étaient plus mitigés quant à la capitation (34% favorables contre 40% défavorables et 25% sans opinion).

S'ils avaient le choix : 32% des internes souhaiteraient une rémunération au paiement à l'acte exclusif tandis que **67% des internes souhaiteraient un autre mode de rémunération**. **Les femmes** étaient plus nombreuses à souhaiter une **rémunération mixte**

(57% versus 35% des hommes, $p<0,01$) et notamment un **système alliant salariat et paiement à l'acte** (44% des femmes versus 19% des hommes, $p<0,01$). Les femmes étaient significativement plus nombreuses que les hommes à souhaiter un système mixte plutôt qu'un paiement à l'acte exclusif (68% des femmes versus 44% des hommes, $p<0,01$).

Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à souhaiter une rémunération par **paiement à l'acte avec revalorisation des tarifs** de consultation (40% des hommes versus 21% des femmes, $p<0,01$)

Enfin à l'issue de l'internat, 59% des internes envisageaient un exercice libéral exclusif, 22% un salariat exclusif (de médecine générale ou dans le cadre d'un DESC) et 17% une activité mixte alliant salariat et paiement à l'acte (la plupart en PMI, en Centre de planning familial, en CDAG ou dans le cadre d'un DESC).

5 DISCUSSION

Cette enquête a permis de recueillir les opinions et les souhaits des internes en médecine générale en matière de rémunération, et notamment lorsqu'ils exerceront en libéral.

Des études similaires avaient été réalisées en sondant des médecins généralistes déjà installés mais peu auprès de futurs généralistes. Cette étude a donc permis d'enrichir ces données.

5.1 Analyse et limites de l'étude

L'étude a été bâtie à partir de résultats issus d'un auto-questionnaire envoyé à tous les internes inscrits en DES de médecine générale à Nantes au semestre d'été 2013 (mai à octobre 2013 inclus).

Les résultats obtenus par l'analyse des réponses s'appliquaient donc pour la seule région de Nantes. À ce stade, ces résultats ne peuvent pas s'appliquer à une autre région ou se généraliser à l'ensemble du territoire national ; cependant certaines similitudes ont pu être constatées avec d'autres études déjà menées.

Il n'y avait pas d'obligation de réponse à ce questionnaire et 52 % des internes n'y ont pas répondu.

Ce taux de participation peut s'expliquer par :

- la période de sollicitation de ce questionnaire. La période d'été et de rentrée scolaire pouvant être à cet égard défavorable ;
- la longueur du questionnaire, évaluée à 7-10 minutes
- le fait que certains internes aient pu ne pas se sentir encore concernés notamment chez les internes en début de cursus n'ayant pas encore effectué de stage en médecine libérale
- enfin, une non-réception toujours possible des mails à leur adresse personnelle (changement adresse mail, mise en spam...). Pour en limiter le risque, il aurait été judicieux d'envoyer le questionnaire en doublon aux adresses universitaires des internes.

Au final, 48% des internes ont répondu au questionnaire, ce qui montrait un intérêt à cette question des différents modes de rémunération en médecine générale, notamment ceux relatifs à l'exercice libéral. Ce taux de réponse se situait dans la moyenne quand on le

compare à d'autres études menées auprès d'internes. Pour comparaison, l'étude nationale de l'ISNAR en 2010-2011 n'avait récolté que 23% de réponses (avec des questionnaires complets). Une thèse de médecine générale sur une population plus restreinte (n=34) réalisée à Nantes en 2011 par auto-questionnaire, envoyé également par mail, avait récolté quant à elle 52% de réponses (46)(47).

Par ailleurs, certains internes n'ont pas répondu complètement au questionnaire, s'agissant notamment de la question ouverte à propos des avantages et des inconvénients des nouveaux modes de rémunération. Ce phénomène est habituel dans les enquêtes avec questionnaires autoadministrés, mais un biais d'information sur le sujet pourrait aussi expliquer ces non réponses.

La validité et la fiabilité des résultats obtenus sont à mesurer au vu du caractère déclaratif et anonyme des réponses. Il n'est pas exclu que plusieurs réponses aient pu émaner d'un même interne; même si cela paraît très peu probable.

Le transfert des résultats a été réalisé à partir de *google doc* vers un fichier Excel ®. Je n'ai donc pas réalisé personnellement ce recueil et ce transfert de données, et il n'est là encore pas possible d'écarter formellement l'hypothèse d'une erreur informatique qui aurait pu modifier les données de ce fichier non verrouillé lors de ces manipulations.

Enfin, le seuil de significativité retenu dans cette étude a été défini avec $p < 0,01$ car il s'agissait d'une étude descriptive non comparative. Cependant, au vu du nombre important de tests du Chi2 réalisés (36 au total), par rigueur statistique par la correction de Bonferroni, le seuil aurait dû être abaissé avec $p < 0,0014$.

5.2 Analyse de l'échantillon par rapport à la population de référence

5.2.1 Age et Sexe

Les répondants de notre l'étude étaient représentatifs de la population de référence (correspondant à tous les internes inscrits en DES de médecine générale à Nantes à cette période) concernant l'âge et le sexe.

La répartition selon le sexe dans cette étude était sensiblement similaire avec la population de référence qui comprenait 70% de femmes et 30% d'hommes (versus respectivement 68% de femmes, 30% d'hommes dans notre étude et 2% qui n'avaient pas répondu à cette question).

La féminisation médicale : phénomène démographique incontestable. Ce taux de féminisation a été retrouvé dans notre étude. En effet, en 1990, les femmes représentaient 30% de l'ensemble des médecins contre près de 42% en 2013. Dans la population nationale des médecins généralistes : elles représentaient 41,6 % des médecins généralistes en France en 2013. En 2000 en Pays de la Loire, 26% des généralistes étaient des femmes contre plus de 32% en 2009 et 43,4% en 2013. Mais c'est principalement la jeune génération de généralistes qui se féminise, elles représentaient ainsi en 2013: 72,2% des moins de 30 ans, 63,7% des 30-34 ans et 58,4% des 34-40 ans. Cette tendance va se poursuivre, les femmes représentaient 63% de l'ensemble des nouveaux internes en 2011 (24)(48).

Il n'existait pas de différence entre la population de notre étude et la population de référence au niveau de l'âge. L'âge moyen des internes dans la population générale était de 27 ans et demi (répartis de 24 à 46 ans), ces chiffres sont d'ailleurs logiques puisque le cursus de médecine générale dure actuellement 9 ans.

5.2.2 Cursus

Les internes en fin de cursus, d'avantages concernés par l'étude, ont majoritairement répondu au questionnaire. Il existait une différence entre les répondants de l'étude et la population de référence au niveau de leur avancée dans le cursus du DES de médecine générale.

Ainsi, 60% des internes en deuxième année du DES et 59% des internes en troisième année ont répondu au questionnaire versus 21% des internes en première année. Cette différence pourrait s'expliquer par une limite d'information et d'autosélection. Dans le cursus universitaire actuel nantais, le premier stage ambulatoire (et obligatoire) en médecine générale ne peut se réaliser qu'à partir du troisième semestre (soit 2 semestres validés). Ce sont surtout ces internes ayant déjà une expérience d'une activité libérale à travers ce premier stage ambulatoire qui ont répondu à ce questionnaire. Ces internes ayant pu se faire une première idée sur un semestre entier à temps complet de l'exercice libéral et de ses modalités de rémunération par le paiement à l'acte. Un commentaire (dans les commentaires libres) en ce sens a d'ailleurs été fait par un interne en quatrième semestre n'ayant pas encore réalisé de stage ambulatoire. Cela pourrait peut-être expliquer une partie des non réponses des internes en début de cursus.

Les 2 internes n'ayant pas répondu à la question du nombre de semestres validés pourraient être ceux n'ayant pas encore validé leur premier semestre. Une erreur a été commise dans la rédaction du questionnaire : il n'était pas proposé à l'interne la réponse « 0 semestre

validé ».

Ces différences de réponses entre les internes plus ou moins avancés dans le cursus sont logiquement retrouvés entre les internes étant en cours de stage (ou déjà validé) chez le praticien libéral (en niveau 1) et ceux ne l'ayant pas encore effectué.

Nous n'avons pas pu récupérer les données de la population de référence des internes concernant les stages en SASPAS en cours (ou validé) et les remplacements débutés car il n'en existait pas de listing exact. Cependant, les chiffres de cette étude ont pu être comparés avec une étude nationale réalisée par l'ISNAR en 2010-2011 (n=1939) concernant les souhaits d'exercice des internes de médecine générale en France. Les chiffres retrouvés n'étaient pas très différents des nôtres puisque 46,1% avaient réellement validé leur stage de niveau 1; 9% leur stage de niveau 2 et 20,6% avaient débuté des remplacements (46).

L'enquête que nous avons réalisée présentait donc une validité interne et externe, avec cependant une limite dans l'analyse des résultats. Celle-ci étant que les internes avancés dans le cursus étaient surreprésentés. Il a donc été possible d'analyser complètement les résultats obtenus à partir de notre enquête.

5.3 Situation conjugale des internes et situation professionnelle des conjoints

Les internes majoritairement en couple. Pour des raisons évidentes de confidentialité, il n'a pas été possible de me communiquer, même anonymement, la situation conjugale de la population de référence. Aussi, ces données purement déclaratives ont été comparées à des données épidémiologiques nationales ou à grande échelle actuelles retrouvées dans la littérature. Les termes « en couple » et « célibataire » étaient probablement imprécis et confondus avec la situation maritale (marié ou non) car 12 internes se sont déclarés célibataires mais ont répondu aux questions concernant l'activité de leur conjoint. Les données conjugales pourraient être en partie faussées par un nombre sous-estimé d'internes en couple, puisque par rigueur statistique, ils ont été écartés pour cette partie d'analyse.

Selon l'INSEE, la France comptait en 2011 48,8% de personnes en couple (union libre, mariage ou pacs), bien moins que les 75% d'internes en couple dans notre étude (49). Ces résultats pourraient être rapprochés de ceux retrouvés en 2005 chez les médecins généralistes libéraux : 87% étaient en couple et 16,7% en couple avec un conjoint médecin. Au total, 22% des médecins toutes spécialités confondues (et 42% des femmes médecins) avaient un conjoint médecin (50). De plus, 54% des jeunes médecins avaient un conjoint

appartenant à la catégorie socioprofessionnelle des cadres supérieurs (51). Cette situation semble avoir été retrouvée dans notre étude puisque 36% des internes étaient en couple avec un conjoint en filière ou en exercice médical, bien que la question de l'activité exacte n'ait pas été clairement posée.

La situation professionnelle des conjoints : travaillaient majoritairement à temps complet et trois sur quatre étaient salariés. Les données de l'enquête emploi de l'INSEE en 2012 rapportaient que les taux d'activité⁴ en France des 25-29 ans étaient de 70% pour les femmes et 80% pour les hommes. Parmi les actifs français âgés de 25 à 49 ans : 84% travaillaient à temps complet et 16% à temps partiel (principalement des femmes) contre respectivement 83% et 8% des conjoints dans notre étude. De plus, selon cette même source pour les 25-49 ans, 89,5% des personnes ayant un emploi étaient salariées et moins de 10,5% étaient non-salariées contre respectivement 77% et 17% des conjoints dans notre étude (52). Ces différences pourraient en partie être expliquées par un nombre probablement non négligeable d'internes en couple avec des internes, des médecins (éventuellement remplaçants) ou des étudiants.

À la question du mode d'exercice professionnel du conjoint, j'ai reclassé 9 personnes dans les différentes catégories professionnelles. Sept conjoints ont été reclassés de la catégorie « autres » à la catégorie « salariés » car il était précisé qu'ils étaient internes. De plus, 8 internes ont déclaré avoir un conjoint sans activité. Cependant à la question suivante des modes d'exercice, un seul était déclaré au chômage⁵. Cette ambivalence dans les réponses pourrait s'expliquer par une rédaction imprécise ou une mauvaise compréhension de la question. Il n'est pas exclu que certains conjoints soient des médecins remplaçants qui travaillaient alors variablement selon les contrats (en libéral par exemple). Cela pourrait aussi expliquer l'absence de réponse du mode d'exercice professionnel de 8 conjoints.

Les chiffres des revenus nets des conjoints pourraient être expliqués par leurs statuts. En effet, un salaire mensuel net d'un interne est compris environ entre 1500-1800 euros selon l'ancienneté. Pour comparatif, en 2011, le revenu net moyen mensuel était en France d'environ 2130 euros, et en 2010 de 2958 euros pour les cadres de moins de 30 ans (avec un écart de 5% en faveur des hommes) (53).

⁴ Le taux d'activité est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et l'ensemble de la population correspondante.

⁵ Bien que les chômeurs, selon les critères de l'INSEE, soient une population active sans emploi et doivent donc être classés au sein des actifs

5.4 Choix des études, de la profession médicale et lien avec la rémunération

5.4.1 La médecine générale, longtemps boudée par les étudiants en médecine au profit des spécialités médicales plus rémunératrices...

Dans notre étude, 22 répondants (13%) ont déclaré que la médecine générale avait été un choix par défaut ou secondaire à un droit au remord. Par la source officielle du DMG, nous avons su que 3 internes dans la population totale avaient effectué un droit au remord vers la médecine générale depuis la gynécologie-obstétrique, la santé publique et la chirurgie générale. Les autres internes, s'ils en avaient eu la possibilité, auraient principalement choisi aux ECN des spécialités médicales et notamment à exercice ambulatoire. On voit ainsi que les répondants ayant fait le choix par défaut de la médecine générale se seraient orientés en première intention vers une spécialité clinique libérale.

Entre 2004 et 2007 : près de 2000 postes d'internes en médecine générale (soit l'équivalent d'une promotion entière) et plus de 1000 postes de médecine générale au choix des ECN de 2005 n'avaient pas été pourvus contrairement à quasiment tous les postes des spécialités médicales ou chirurgicales (sauf en santé publique et médecine du travail) (54)(55)(56). Une étude de 2010 auprès d'étudiants en médecine en France en fin de deuxième cycle (externes) confirmait ces résultats : seulement un quart d'entre eux désiraient devenir médecins généralistes (57). Ce désintérêt n'est pas spécifique à la France et est rapporté dans de nombreux pays, notamment en Belgique, aux États-Unis ou au Royaume-Uni (58)(59).

Pour la première fois depuis 2006, le nombre de postes de médecine générale en 2012 a diminué de 4% par rapport à l'année précédente au profit des spécialités médicales. La médecine générale reste l'une des moins attractives par rapport à ces dernières (Radiologie, Ophtalmologie ...) plus rémunératrices (60). Il est difficile de ne pas faire de lien entre le choix des spécialités par les étudiants aux ECN et les niveaux de revenus futurs. Le système actuel favorise les spécialités réalisant des actes techniques rémunérateurs et les spécialités cliniques se révèlent moins rémunératrices comme la dermatologie, la pédiatrie, la médecine générale et la psychiatrie (3). Pour autant, il est possible de s'interroger sur le mode de recrutement des différentes spécialités au choix des ECN, qui introduit par définition un principe classant. Le nombre de postes accessibles en médecine générale est généralement majoritaire, il y a donc nécessairement des spécialités en haut et en bas de classement en termes de choix. Les étudiants se destinant à la médecine générale pourraient donc moins s'intéresser à leur niveau de classement que les spécialités dites « prisées ».

Des données récentes (2012) ont montré qu'il existait indéniablement une différence de revenus entre généralistes et spécialistes. Ainsi, le revenu libéral moyen annuel (net de prélèvements sociaux) de l'ensemble des médecins s'établissait en 2010 à 94 110 euros contre 71 320 euros pour les omnipraticiens (soit 32 % de moins). A titre de comparaison, les radiologues peuvent toucher jusqu'à 3 fois ce revenu moyen, les cardiologues 2 fois (3)(61). Ces écarts ne sont pas spécifiques à la France, dans tous les pays, les revenus des omnipraticiens sont inférieurs aux spécialistes et continuent même à se creuser (31).

Ce sont en effet d'avantage les spécialistes que les généralistes, en augmentant leurs honoraires, qui ont bénéficié de la réforme de parcours de soins coordonnés. Entrée en vigueur en juillet 2005, cette mesure incitative de majoration des tarifs des consultations était censée également reconnaître et valoriser la place du médecin traitant au cœur du système de soins (3). Ces écarts de revenus de 1,5 à 3 entre spécialités expliqueraient pourquoi une partie des jeunes générations tournerait le dos à la médecine générale. Le niveau de rémunération, même s'il n'est pas le critère majeur, est un facteur incontestable d'attractivité d'une profession, en l'occurrence d'une spécialité.

Cette désaffection décrite de la médecine générale était probablement multifactorielle. En 2004, la réforme de la médecine générale l'instituait comme une spécialité à part entière. Le rapport Lancry de 2007 portant sur les conséquences de cette réforme a ouvert quelques pistes d'explication à ce manque d'attrait : un manque d'information sur la médecine générale lors des études médicales (rares stages d'externes en libéral), peu de perspectives de valorisation de carrière notamment universitaire, exercice libéral perçu comme contraignant, et enfin le niveau de rémunération parmi les plus bas des médecins. Tout cela tendrait à dévaloriser l'exercice d'omnipraticien (17).

5.4.2 ...semble cependant être de plus en plus attractive et plébiscitée.

Le désintérêt de la médecine générale semble malgré tout s'estomper depuis quelques années et devenir un choix volontaire et actif de carrière. Dans notre étude, pour 87% des internes (issus majoritairement des ECN de 2010, 2011 et 2012) le choix de la médecine générale était un choix volontaire, ce qui avait été retrouvé dans l'étude de l'ISNAR pour 84,2% d'entre eux (46).

En 2012, 95% des postes de médecine générale ont été pourvus (contre 84% en 2011). Ce changement a été favorisé par une réforme de 2011 visant à réduire le taux d'inadéquation à l'issue des ECN. La subdivision de Nantes était d'ailleurs l'une des plus attractives avec 100% des postes pourvus en médecine générale (60).

Nos résultats montraient donc une distorsion entre les données de la littérature au niveau du souhait de choisir une spécialité avant les ECN (dans l'étude de 2010, seulement un quart des étudiants souhaitaient choisir la médecine générale (57)) et le choix largement majoritaire de cette discipline décrit à postériori.

5.5 Déterminants majeurs de l'exercice médical futur

5.5.1 La rémunération future : un critère secondaire de choix de carrière ...

À 75%, les internes ont déclaré ne pas avoir choisi d'effectuer des études médicales selon le niveau de rémunération futur et seulement un quart l'ont déclaré comme déterminant. Cela est d'autant plus criant pour le choix de la médecine générale puisque 92% des internes ont déclaré que la rémunération n'avait pas été un critère déterminant de choix aux ECN. Une étude à grande échelle en Norvège datant de 2010, interrogeant tous les internes et étudiants en fin de cursus, retrouvait elle aussi que la rémunération n'influçait pas le choix de la médecine générale (62). Une autre étude américaine avait également retrouvé que le désir d'une rémunération confortable était inversement associé au choix des étudiants en médecine d'effectuer un stage en soins primaires (63).

Par ailleurs, les questions comprenaient 2 sous-questions (la rémunération et le niveau de vie), ces entités proches mais dissemblables auraient dû être dissociées en 2 questions pour plus de clarté.

Le revenu libéral moyen net des médecins généralistes était correctement estimé entre 5000-6000 euros nets pour 20 % des internes. En 2010, il était en moyenne de 5943 euros mensuels (en euros courants⁶ et nets des prélèvements sociaux) contre 5100 euros en 2002 pour un généraliste libéral (3)(4). La majorité des répondants (72%) les sous estimant puisque les évaluant entre 3000 et 5000 euros.

Le montant des honoraires moyens des généralistes (hors ROSP) avait progressé de 5,7% en 2011 sous l'effet de la revalorisation du tarif de la consultation avec le « C » passant de 22 à 23 euros et a reculé de 0,3% en 2012 (3)(24).

Dans leur grande majorité (67%), les internes ne mentionnaient pas que la rémunération était un frein à leur installation en cabinet libéral. Cependant, 67% des répondants de notre

⁶ les revenus sont dits en euros courants lorsqu'ils sont exprimés en monnaie de l'année

étude déclaraient que la rémunération n'était pas adaptée aux responsabilités et au temps de travail du médecin.

Cette question aurait pu être formulée différemment, car une partie non négligeable des 16% d'internes réalisant un DESC seront amenés à exercer quasi exclusivement en milieu hospitalier par un mode salarié. Ils étaient donc de facto non concernés par l'exercice libéral. De plus, la question formulée de cette manière : « la rémunération actuelle des médecins généralistes est-elle un frein à votre installation en cabinet libéral ? » était probablement imprécise amenant une confusion entre les significations « mode de rémunération » et « niveau de rémunération ». Pour autant, 22% des répondants considéraient que la rémunération constituait un frein à leur installation. Le choix de l'exercice libéral n'est pas lié à sa rémunération future mais y participerait. Nos résultats étaient proches de plusieurs études (64)(65). Une étude rennaise de 2012 soulignait que seulement 18% des internes répondants rapportaient que le paiement à l'acte direct constituait un frein à l'installation (66).

5.5.2 ...loin derrière les conditions de travail et le regroupement professionnel.

Pour les répondants de notre étude, les principaux déterminants de leur exercice futur étaient des conditions de travail agréables, en équipe pluridisciplinaire avec un aménagement possible des horaires de travail. La rémunération satisfaisante arrivait en dernière position. La question aurait pu être formulée autrement (en classement de réponses ou en degré d'importance par exemple) car 13% des internes avaient répondu à plusieurs items alors que la question était à choix unique. Ces réponses montraient sûrement qu'il n'existait pas un critère majeur mais plusieurs critères importants dans leur vision de l'exercice futur.

Le regroupement pluriprofessionnel reste l'un des souhaits majeurs des jeunes générations (48)(67)(68). Dans une étude nationale de 2007, 89% des internes en médecine générale souhaitaient s'installer en groupe et 38,5% seulement souhaitaient exercer la médecine libérale sous sa forme actuelle (54). L'étude de l'ISNAR en 2010-2011 soulignait que pour 69,5% des internes, une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluridisciplinaire et l'obtention d'avantages fiscaux correspondraient à leurs attentes (46).

En Pays de la Loire en 2013, 88% des généralistes de moins de 45 ans exerçaient en groupe. À l'échelle nationale en 2009, les généralistes de moins de 40 ans étaient presque 80% à déclarer exercer en groupe, soit une hausse de 28 points en 11 ans (69)(70). Ces structures de groupe, type maison de santé, permettent d'exercer conjointement, facilitent la coordination des soins, remédient à la question de l'isolement professionnel, améliorent la

permanence des soins et leur continuité (en cas d'absences), permettent de confronter les expériences sans rapport hiérarchique ou encore permettent de mutualiser les moyens techniques et humains.

5.5.3 Des facteurs extraprofessionnels et le maintien d'une qualité de vie personnelle seraient déterminants pour l'installation des jeunes générations

Cette question n'a pas été précisément abordée dans notre questionnaire. Il aurait été intéressant de la traiter car certaines rémunérations (comme le salariat) s'accompagnent d'un temps de travail en moyenne moins important qu'en libéral. Il aurait ainsi été judicieux de mettre en lien le souhait d'une rémunération forfaitaire avec les motivations personnelles à l'installation. Les motivations à s'installer et exercer en libéral seraient conditionnées par différents facteurs professionnels, mais aussi personnels (65).

Au niveau des facteurs professionnels, les internes seraient prêts à exercer en zone rurale et à travailler à distance de leur domicile. Les jeunes médecins souhaiteraient conserver une vie citadine où ils ont créé leur réseau et s'installeraient pour la majorité dans leur région de formation (46)(65). De ce fait, plus les généralistes sont jeunes, plus leur domicile serait éloigné de leur travail (71)(72). Une enquête auprès d'un panel de généralistes de Pays de la Loire en 2007 affirmait que 70 % des généralistes de plus de 55 ans habitaient à moins de 5 minutes de leur cabinet contre seulement 35 % des moins de 45 ans (69). Enfin le remplacement par sa facilité et sa liberté d'organisation retarderait de plus en plus l'installation des jeunes médecins. En 2013, la durée moyenne de remplacement était de 2,6 ans (9). En Pays de la Loire en 2007, 71% des médecins généralistes de plus de 55 ans s'étaient installés avant 30 ans contre 15% pour ceux de moins de 45 ans (71). Un autre critère important serait la proximité de leur lieu d'exercice de structures sanitaires (pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, cabinet de radiologie...) (46).

Au niveau des facteurs personnels, les jeunes générations souhaiteraient donner la priorité à leur vie de famille et garder du temps libre (2). Ils exprimeraient ainsi le souhait d'avoir des services non médicaux à proximité de leur lieu d'exercice (crèche, école, poste...) (46). Un autre critère non négligeable retrouvé dans plusieurs études était également le lieu de l'activité professionnelle et les conditions de travail du conjoint (47)(65). Ainsi, même si le revenu du médecin est plus élevé en zone rurale, il resterait inférieur aux deux revenus dont bénéficieraient le médecin et son conjoint en ville (51).

En 2011, le Conseil national de l'ordre des médecins rapportait que les principales motivations à exercer en libéral étaient : l'indépendance professionnelle, le contact privilégié avec la patientèle et la gestion possible du temps (32).

5.6 Activité professionnelle future envisagée

5.6.1 Des aspirations de temps de travail et de revenus inférieures à celles des générations précédentes

Les répondants de notre étude souhaitaient travailler en moyenne 4 à 5 jours par semaine aussi bien en période de remplacement (75%) qu'après installation (92%). Ces résultats étaient similaires à ceux obtenus dans une enquête auprès d'internes en médecine générale en 2010-2011 (médiane de travail envisagée : 9 demi-journées hebdomadaires) (46). En 2012, la durée moyenne de travail d'un généraliste français était de 57 heures par semaine (et 9 demi-journées) avec des disparités multifactorielles importantes entre praticiens, qu'elles soient volontaires ou non (27).

Quant au niveau de rémunération souhaité, dans notre étude il était entre 2000-4000 euros en remplacement (75%) contre 3000-5000 euros nets mensuels à l'installation (72%). Une étude bourguignonne en 2011 menée auprès d'internes et médecins libéraux de plusieurs spécialités avait également retrouvé des aspirations de temps de travail et de niveau de revenus similaires aux nôtres et inférieures aux chiffres réels actuels. Dans leur étude, 45% des internes pensaient gagner entre 3000-5000 euros nets mensuels et travailler en moyenne 47 heures hebdomadaires (65). En 2012 des internes nantais rapportaient souhaiter gagner en moyenne 3677 euros (médiane à 4000 euros) (47). En analyse rapide, ces aspirations sont éloignées des revenus moyens nets des généralistes libéraux en France qui s'élevaient, pour rappel, en 2010 à 5943 euros (nets de prélèvements sociaux) (3).

Nous l'avons évoqué, les études ont montré de grandes disparités de revenus au sein de la profession médicale, mais aussi, au sein des généralistes. La profession libérale offre des avantages certains : outre l'autonomie, l'indépendance et la liberté d'exercice, elle offre la possibilité de moduler sa durée de travail et d'en fixer les horaires. Compte tenu de la diversité des profils, des carrières, des modes d'exercice et de rémunération, il a été démontré qu'un généraliste libéral voyait ses honoraires augmenter de 37% dans les 7 premières années d'exercice avant de connaître une décroissance lente à partir de la 13^e année d'exercice. Les généralistes salariés, eux, connaissent des honoraires bien plus

stables au cours de leur carrière. Par ailleurs, une minorité de médecins (5-7%) travaillent peu et gagnent moins d'une fois et demi le SMIC (moins de 1500 euros nets mensuels) et ce par choix délibéré. Ces derniers ont un profil particulier : ce sont majoritairement des femmes ou des généralistes exerçant dans une zone où la densité médicale est forte, qui n'augmentent pas leur activité en cas de forte demande (en contexte épidémique par exemple) mais la diminue en cas de diminution des demandes (28)(73). Ces choix d'exercice libéral pourraient paraître anecdotiques. Pourtant, dans la majorité des études les critères importants d'exercice des jeunes générations n'étaient pas tant le niveau de rémunération, mais plutôt le cadre d'exercice global autant environnemental (regroupement, diminution des tâches non médicales...) que personnel (temps de travail diminué, horaires souples...).

Il a été intéressant de constater qu'il n'existait pas de différence entre les hommes et les femmes ni entre les internes célibataires ou en couple sur les aspirations de temps de travail et de revenus. Ces données de notre étude confirmaient bien un souhait net de changement de mode d'exercice de la part de l'ensemble des internes, loin du « sacerdoce » de certains médecins des générations précédentes.

5.6.2 La volonté d'un exercice entièrement dédié aux soins, exempté de tâches administratives.

Les activités administratives non médicales constituaient pour 71% des répondants un frein à leur installation future en cabinet libéral. Plusieurs études ont retrouvé un lien entre la lourdeur des tâches administratives non médicales et l'installation. Dans l'étude rennaise de 2012, les activités administratives constituaient un frein par leur quantité (62%) et leur lourdeur pour s'installer (39%) (66). De même, l'étude nationale de 2010-2011 rapportait que 90,8% des internes souhaitaient qu'elles soient déléguées à une tierce personne (46). Ce souhait est aussi évoqué dans une étude bretonne qualitative de 2006 auprès de remplaçants (74).

Dans l'étude bourguignonne de 2011 auprès d'internes, de remplaçants et de médecins installés aucun frein n'était décrit de manière unanime. Les critères « très importants » étaient pour les internes, l'environnement extraprofessionnel (54%) et l'isolement professionnel (45%). Pour les médecins remplaçants et installés il s'agissait de loin de la gestion du cabinet (respectivement 89% et 86%), mais également pour les remplaçants de la situation professionnelle du conjoint (93%) et de la charge de travail importante (89%) (65).

5.7 Opinions sur les différents modes de rémunération possibles en médecine libérale

5.7.1 Les répondants partagés sur la question du paiement à l'acte

Dans notre étude, concernant la question du paiement à l'acte, 27% des internes s'étaient déclarés défavorables, 53% favorables et 19% n'avaient pas d'opinion.

Les études réalisées jusqu'à présent avaient révélé une hétérogénéité au sein des généralistes actifs. Le taux d'insatisfaction du paiement à l'acte variait selon les études en France autour de 40%: 40% en Franche-Comté en 2012 et sur 5 régions françaises en 2008-2009 ou encore 42% (surtout les jeunes générations) en Pays de la Loire en 2008 (5)(6)(7)(75). La question de l'évolution des modes de rémunération divisait beaucoup plus les généralistes installés, notamment ceux installés depuis plus de 10 ans.

Les effets secondaires possibles du paiement à l'acte étaient mentionnés dans les intitulés des questions fermées, principalement l'augmentation du nombre de consultations et la diminution de leur durée. Les réponses ont peut-être été induites car proposées explicitement et donc non citées spontanément. Cette limite est d'autant plus plausible que peu de répondants se sont exprimés librement sur les avantages et inconvénients de l'option d'un nouveau mode de rémunération.

Il a également été surprenant de constater que 63% des internes estimaient qu'il induisait une relation financière médecin-patient inconfortable, ce qui a été peu décrit dans la littérature. Les répondants n'ayant comme expérience personnelle de rémunération que le salariat pour la majorité (sauf ceux ayant déjà effectué des remplacements). Ces réticences ou non réponses pourraient expliquer que 65% d'entre eux aient été favorables à une rémunération forfaitaire par salariat où le médecin n'est pas directement rémunéré par le patient.

Une étude canadienne de 2012 menée auprès de jeunes généralistes, rapportait que 71% d'entre eux ne préféraient pas le paiement à l'acte qui « commercialiserait la médecine » au profit des autres modes qui permettraient une meilleure qualité de soins auprès des patients et des meilleures conditions de travail (64).

Un changement est peut-être en train de s'opérer : l'actuelle ministre de la santé, Madame Marisol Touraine a réitéré, dans un communiqué de presse de février 2014, son souhait de généraliser le tiers payant à tous les patients à l'horizon 2017. Cette mesure devrait être mise en place d'ici la fin 2014 pour tous les patients bénéficiant de l'aide complémentaire de

santé (76). Cette mesure de généralisation est loin de remporter l'unanimité auprès de certains syndicats de médecins qui y voient une mesure techniquement compliquée et « l'absence de prise de conscience par les patients du coût de leurs soins » (77).

À posteriori, il aurait été intéressant d'interroger les internes sur l'instauration d'une « CCAM clinique » toujours à l'état de projet ou, à l'image du Québec, sur la mise en place d'un système de hiérarchisation du tarif de consultation selon sa durée et sa complexité (3 niveaux) (15).

5.7.2 Le salariat, un mode de rémunération populaire

Le salariat, quant à lui, était largement plébiscité par les internes, notamment par les internes en couple. Encore une fois, ces résultats sont largement retrouvés dans de nombreuses études menées auprès d'internes (46)(54)(68)(78), de remplaçants (79), de médecins installés en France (en 2013 45% des généralistes franc comtois envisageraient le salariat en cas d'opportunité professionnelle, en 2008 47% des généralistes souhaitaient une partie de leur activité salariée) (6)(7)(34)(44)(45), ou encore à l'étranger (comme au Canada ou en Norvège) (62)(64).

Ce large engouement peut être expliqué par le souhait d'une rémunération fixe (absence de fluctuation des revenus anxiogène due au niveau d'activité variable), absence de rapport pécuniaire direct, avantages sociaux, exclusion des activités non médicales (notamment de gestion), horaires mieux maîtrisés et fixes, temps et charge de travail moins élevés, possibilité d'exercer à temps partiel (ce qui séduit les jeunes générations) ou encore, développement des activités de prévention et d'éducation thérapeutique actuellement non spécifiquement rémunérées (79).

Dans notre étude, les principaux critères librement exprimés pour un nouveau mode de rémunération favorisaient le salariat (adaptation de la durée de consultation au patient et à la situation clinique, diminution des tâches non médicales, avantages sociaux, réduction du temps de travail, et rémunération mieux adaptée aux responsabilités et incluant le temps de travail « non médical »). D'ailleurs à l'échelle nationale en 2012, 35% des nouveaux médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre exerçaient en tant que salariés (9).

Dans notre étude, les femmes étaient significativement plus nombreuses à souhaiter une rémunération par salariat. Ces résultats vont dans les sens des chiffres actuels : en 2012, 49% des femmes généralistes étaient salariées (versus 24% des hommes) et elles occupaient près de 60% des postes salariés (9).

Il aurait été intéressant d'interroger les internes sur les critères les ayant amenés à effectuer un DESC ou des DU et qui les conduiront à exercer en totalité ou en partie en milieu hospitalier. Est-ce uniquement par intérêt de cette « spécialisation » ou est-ce aussi par le souhait d'un exercice salarié et de ses conditions de travail associées ?

5.7.3 La capitation, peu plébiscitée par méconnaissance de ses modalités

Peu de répondants (35%) se sont déclarés favorables à la capitation. Cela est retrouvé dans plusieurs études menées auprès d'internes notamment en 2010-2011 où un nouveau mode de rémunération telle que la capitation était seulement privilégié par 38,6% des internes en médecine générale au profit d'une rémunération forfaitaire et à la performance (46). Dans les études, les médecins installés étaient eux aussi réservés quant à la proposition de la capitation. Dans la thèse de Clément Bousson en 2013 réalisée sur une population de généralistes franc-comtois, 31% ne voyaient aucun avantage à la capitation. Dans celle de Julien Cousança en 2007 sur une population de généralistes bretons, 28% d'entre eux n'émettaient aucune opinion à la question de la possibilité d'une rémunération par capitation. Une seule thèse en 2013 auprès de généralistes rhônalpins rapportait que 67% d'entre eux se déclaraient favorables à la capitation, en association avec le paiement à l'acte, et ce particulièrement privilégié par les médecins exerçant en groupe (7)(8)(45).

Les chiffres de notre étude pourraient être expliqués par un biais d'information. Bien qu'il y ait eu une note explicative de ce mode de rémunération à chaque question, il n'existe pas à l'heure actuelle de paiement à la capitation en France. Cette méconnaissance des avantages et inconvénients a nécessairement influé sur les réticences, les internes sans opinion et le peu de répondants souhaitant une évolution ultérieure vers ce mode méconnu et non pratiqué. De ce fait, il aurait été intéressant d'interroger les internes sur leur connaissance ou non de ce mode de rémunération. De plus, il est possible qu'un biais de statu quo puisse expliquer cette réticence au changement. Le biais de statu quo résultant de l'attitude mentale faisant que toute nouveauté apporterait plus de risques que d'avantages possibles. Les internes s'orienteraient peut être spontanément vers un mode de rémunération connu, optant donc pour les autres secondairement.

5.8 Mode de rémunération idéal

5.8.1 Le mode de rémunération idéal déclaré est un système mixte : par cumul des avantages ?

Quels étaient pour les internes le mode de rémunération « idéal » ? Lesquels choisiraient-ils s'ils en avaient la possibilité ?

32% des internes opteraient pour le paiement à l'acte (avec ou sans revalorisation des tarifs de consultation) tandis que 67% d'entre eux choisiraient un autre mode. Le système mixte était de loin le plus populaire mais en seconde position était choisi le maintien du paiement à l'acte avec revalorisation des tarifs. Paradoxalement, pour rappel, 53 % des internes se déclaraient favorables au paiement à l'acte.

À l'échelle nationale en 2010-2011 dans une enquête auprès d'internes en médecine générale : 22% souhaitaient un paiement à l'acte seul, 22% un salariat exclusif et 56 % un paiement combiné (mixte) (46). Sur une même population en 2007-2008 : 60% des répondants refusaient le mode libéral français actuel au profit du salariat (54).

Dans une thèse de 2003 auprès de jeunes médecins (résidents) nantais: un poste salarié séduisait environ 45 % des jeunes médecins mais moins qu'une association libérale (pour 55% d'entre eux) (46)(68). Ces données, bien qu'issues d'une question non strictement identique et à choix multiples, permet un comparatif nantais à 10 ans d'intervalle. Ces données montraient déjà que les jeunes médecins étaient partagés entre l'exercice libéral (où le paiement à l'acte était exclusif, il n'y avait pas encore eu l'introduction de la ROSP) et le salariat. Ces insatisfactions du paiement à l'acte et souhaits de changement de rémunération apparaissent dans de nombreuses études chez les étudiants ou généralistes débutants (6)(7)(8)(44)(45).

Les femmes étaient significativement plus nombreuses à plébisciter l'ensemble des modes de rémunération mixtes combinant le paiement à l'acte soit à la capitation soit au salariat, et particulièrement ce dernier. Ces modes mixtes, exercés séparément à temps partiels, cumulent les avantages et permettent notamment un ajustement de la rémunération (en augmentant ou diminuant son temps de travail en libéral). Pourtant en 2012, les femmes généralistes étaient 5% à exercer en mode mixte (versus 7% des hommes) et représentaient 35% des généralistes à exercer en mode mixte. Cela est à relativiser car dans la population de médecins de plus de 50 ans, les femmes sont moins nombreuses que les hommes. De plus, ces derniers sont les plus nombreux à exercer en mode mixte, avec un poste salarié à

temps partiel (9).

L'ensemble de nos résultats ont montré que les internes étaient partagés sur la question du paiement à l'acte, souhaitant pour la majorité une rémunération mixte tout en exerçant en libéral. Ces souhaits ne sont pourtant pas incompatibles. Le paiement à l'acte n'est pas l'apanage exclusif de l'exercice libéral : en France comme à l'étranger, les modalités de rémunérations variées (mixte, salariat, capitation...) coexistent. Concernant les modes de rémunération, les internes auraient pu être influencés par les données et les questions posées. L'hypothèse qu'ils aient pu se faire une opinion différente de leur opinion initiale au fur et à mesure du questionnaire n'est pas impossible.

5.8.2 Une activité mixte, salariée et libérale, comme carrière médicale envisagée

Dans notre étude, 36% des internes envisageaient un exercice professionnel mixte (en salarié et libéral) et l'entrevoient principalement au sein de structures à orientations de prévention, d'éducation thérapeutique ou de dépistage. Cette part d'activité salariée est-elle un choix de par les avantages et spécificités du salariat (en terme de temps de travail, d'horaires fixes, d'avantages sociaux...) ? Ou est-elle un moyen d'être rétribué pour des activités indispensables mais non spécifiquement rémunérées dans le système du paiement à l'acte ? Le système français est reconnu efficace pour la médecine curative mais en retard voire défaillant pour la prévention, l'éducation thérapeutique, le suivi et la coordination de soins pour des patients complexes.(12) Pour rappel, plusieurs mesures ont été instaurées pour tenter d'y remédier (CAPI, ROSP, ENMR...) (67).

Selon les études auprès de généralistes installés, les souhaits de changement vers un mode mixte (avec une part forfaitaire) oscille autour 61-66% (6)(7)(75). Cependant, les études divergent dans l'analyse des sous populations (jeunes médecins, exerçant en groupe, femmes...) souhaitant une modification forfaitaire, principalement vers un mode salarial. Ces différences de résultats et d'analyse des sous populations pourraient s'expliquer par l'absence d'une population spécifique plébiscitant ces évolutions.

À l'étranger aussi, ces changements sont demandés. En 2004, une étude auprès de plus de 20 000 étudiants et médecins canadiens retrouvait que 58,6% des jeunes médecins préféraient les paiements mixtes (paiement à l'acte et salariat) (80).

5.8.3 La médecine ambulatoire toujours attractive

Dans notre étude 76% des répondants souhaitaient exercer tout ou en partie en libéral et 59% en libéral exclusif. Pourtant l'attrait pour le libéral varie selon les études : en 2010-2011 79,1% des internes en médecine générale souhaitaient exercer en libéral versus 48,5% en 2007-2008 (46)(54). Les motivations décrites par des internes rennais pour exercer en libéral étaient nombreuses : possibilité d'organiser son temps de travail, d'assurer le suivi des patients au long cours, d'orienter son activité selon ses goûts, d'entretenir une relation privilégiée avec les patients, de faire de la prévention (66).

En 2013 le conseil national de l'ordre des médecins rappelait que si 23% des nouveaux inscrits en médecine générale de 2007 choisissaient l'exercice libéral, ils étaient 5 ans plus tard 45,5% (9).

En 2010, le rapport Hubert soulignait que le stage de médecine générale, censé être réalisé au cours du second cycle, était effectué par seulement 37 % des étudiants en médecine en 2010. Ce stage pourrait pourtant être un levier important dans le choix par l'étudiant de sa spécialité aux ECN, comme l'attestait l'enquête auprès des médecins libéraux en Bourgogne (16)(65).

Ainsi, l'exercice ambulatoire reste attirant pour les jeunes générations. Ces derniers souhaitant une évolution de son mode d'exercice et de rémunération en vue de privilégier sa vie personnelle et d'améliorer les conditions d'exercice. Pourtant la médecine ambulatoire n'est pas nécessairement synonyme de médecine libérale et de paiement à l'acte, comme le montre la diversité des modes de rémunération en médecine ambulatoire dans les autres pays. Il aurait donc été intéressant d'interroger précisément les internes sur leur adhésion d'une médecine ambulatoire dans un contexte de rémunération forfaitaire ou mixte.

6 CONCLUSION

Cette enquête a permis de récolter les opinions et les préférences des internes nantais sur la question des modes de rémunération en médecine générale, et notamment en médecine libérale.

Les principaux déterminants à leur exercice professionnel, ce qui est retrouvé dans la littérature, étaient surtout des modalités d'exercice professionnel en groupe, dans des conditions agréables, avec des structures sanitaires proches et une réduction des activités administratives non médicales. Les futurs médecins souhaitaient un temps de travail inférieur aux générations précédentes, avec de ce fait des aspirations moindres en termes de revenus. Les jeunes générations sembleraient donc être moins attachées au paiement à l'acte que leurs aînés. La rémunération apparaissait comme un critère secondaire d'exercice.

Bien que les internes répondants fussent une faible majorité à être favorables au paiement à l'acte (53%), ils ne seraient plus que 32% à opter pour ce mode de rémunération s'ils avaient la possibilité de le choisir parmi plusieurs modes proposés.

Parallèlement les rémunérations forfaitaires par salariat et les systèmes mixtes étaient largement plébiscités. En effet, 67% des internes souhaiteraient un autre mode de rémunération que le paiement à l'acte en médecine générale libérale et 36% des internes (dont une forte proportion de femmes) plébisciteraient un système mixte par salariat et paiement à l'acte.

Dans un contexte de diminution de la démographie médicale annoncée et de la féminisation grandissante des jeunes générations de médecins, il semble donc nécessaire d'adapter les réformes aux souhaits des futurs médecins. En effet, ces derniers souhaiteraient bénéficier d'avantages qui ne sont pas actuellement proposés dans le système libéral et par paiement à l'acte (avantages sociaux, temps de travail fixe, adaptation du temps de consultation...).

Les souhaits de diversification des modes de rémunération vont dans le sens des réformes de ces dernières années qui augmentent la part des rémunérations forfaitaires pour les médecins, et en particulier pour les généralistes. En 2013, la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés, cherchant à homogénéiser les pratiques médicales, s'est félicitée de l'adhésion grandissante des généralistes à la ROSP et de son bilan global positif des deux premières années. Pour autant elle est restée nuancée quant au respect des recommandations de bonne pratique associées, notamment pour le suivi des maladies

chroniques. En effet, le taux d'atteinte de certains indicateurs s'est amélioré (dosage trimestriel de l'hémoglobine glyquée pour les patients diabétiques par exemple) tandis que d'autres taux sont restés inchangés (suivi ophtalmologique pour ces mêmes patients par exemple) voire même se sont dégradés (vaccination antigrippale pour les patients de plus de 65 ans par exemple) (20)(81).

Par ailleurs, il a été montré des disparités régionales et socio-économiques nettes dans l'atteinte de ces objectifs. Les médecins ayant une patientèle importante de patients précaires bénéficiant de la CMU-C ont des taux d'atteinte des indicateurs de prévention et de suivi des maladies chroniques inférieurs aux autres médecins. Le lien entre santé et précarité n'est plus à démontrer, la ROSP ne favoriserait-elle pas les médecins ayant une patientèle plus favorisée ou dont les suivis et la prévention sont déjà correctement (ou plus facilement) mis en place? (20)

De plus, la question éthique de ce paiement à la performance n'est pas souvent abordée. La « carotte monétaire » qu'il constitue ne serait-elle pas contraire au serment d'Hippocrate? N. Da Silva s'interrogeait « *Comment doit-on envisager l'intégration des intérêts instrumentaux dans le cadre d'une profession où le désintéressement est un principe structurant ?* » (82). Pour autant, la ROSP a indéniablement une démarche utilitariste en cherchant à promouvoir la santé publique et préventive et à améliorer l'égalité d'accès aux soins de santé. Enfin, la ROSP ne permettrait-elle pas un rationnement en gelant les tarifs des consultations en augmentant uniquement désormais la part forfaitaire à la rémunération des médecins ?

La question de la CCAM clinique, qui permettrait une valorisation intellectuelle des actes des médecins généralistes en réévaluant les actes cliniques, n'a pas été abordée. Il aurait été intéressant d'interroger les internes sur leurs connaissances de ce projet et leur intérêt à sa mise en place.

La médecine ambulatoire semblait donc cependant toujours attirer les internes. Cependant, la médecine ambulatoire est actuellement liée au paiement à l'acte et à l'exercice libéral. Pour autant, d'autres modes de rémunération en médecine ambulatoire, souvent dans des maisons de santé pluridisciplinaires existent en France comme dans d'autres pays. Dans la commune de la Ferté-Bernard (72) par exemple, il existe un cabinet de groupe de soins primaires où les médecins sont salariés de la municipalité. Ils sont rémunérés sur la base de la grille des praticiens hospitaliers (entre 4500 et 5000 euros nets pour 42 heures de travail hebdomadaires) et sont totalement déchargés des tâches administratives non médicales par

la présence de deux secrétaires à temps plein. Les patients règlent les soins directement au service municipal.

Dans un contexte économique français soucieux de réaliser des économies budgétaires des frais de santé, ces systèmes pourraient donner des pistes de travail et iraient dans le sens des souhaits d'exercice des jeunes générations.

Enfin, cette étude s'est limitée seulement à une population d'internes à Nantes, et ces résultats ne peuvent donc pas être généralisés. Il serait donc intéressant de mener une étude à grande échelle en interrogeant spécifiquement les internes sur leurs souhaits en termes d'exercice et de rémunération.

Les questions des modes d'exercice et de rémunération en médecine générale sont des questions d'actualités de plus en plus discutées. Il est donc primordial de prendre en compte les souhaits des jeunes générations de changement d'exercice et de diversification des modes de rémunération pour que la médecine ambulatoire reste attractive et continuer à être valoriser.

7 RÉSUMÉ

NOM : REUMAUX

Prénom : Bénédicte

Titre de Thèse : Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013.

RÉSUMÉ

Contexte. En France, les médecins généralistes sont majoritairement libéraux et rémunérés à l'acte. Plusieurs études ont rapporté une insatisfaction des médecins installés concernant ce mode de rémunération et un souhait d'augmentation ou d'évolution vers des rémunérations forfaitaires.

Objectif. Récouter les opinions et les préférences des internes en termes de modes de rémunération en médecine générale et notamment en médecine libérale.

Méthodologie. Étude quantitative descriptive. Un auto-questionnaire a été envoyé par mail à tous les internes inscrits en DES de médecine générale à Nantes pendant le semestre d'été 2013 (n=355).

Résultats. 171 réponses ont été prises en compte avec un taux de réponse de 48%. Pour 67% des internes : la rémunération des médecins n'était pas adaptée à leurs responsabilités et au temps de travail et la rémunération était un déterminant majeur de leur futur exercice pour seulement 5% des répondants derrière les conditions de travail agréables (39%) et le regroupement professionnel (32%). Les internes étaient partagés à propos du paiement à l'acte (53% favorables, 27% défavorables) et de la capitation (34% favorables, 40% défavorables) mais étaient favorables au salariat (à 65%) et majoritairement les femmes (77% versus 56% des hommes, $p=0,01$). S'ils avaient le choix : 32% des internes souhaiteraient une rémunération au paiement à l'acte exclusif tandis que 67% des internes souhaiteraient un autre mode de rémunération (36% un système mixte associant salariat et paiement à l'acte). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes : à souhaiter un système mixte plutôt qu'un paiement à l'acte exclusif (68% versus 44%, $p<0,01$) et notamment un système alliant salariat et paiement à l'acte (44% versus 19%, $p<0,01$). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à souhaiter une rémunération par paiement à l'acte avec revalorisation des tarifs de consultation (40% versus 21%, $p<0,01$).

Conclusion. Les internes plébiscitaient une diversification des modes de rémunération avec l'augmentation de la part forfaitaire, bien que la rémunération apparaisse comme un critère secondaire de leur exercice futur.

Mots Clés : Modes de rémunération, médecins généralistes, honoraires, satisfaction, internes

8 **BIBLIOGRAPHIE**

1. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde. Communiqué de Presse. [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2000 p. 8. Disponible sur:
http://www.who.int/whr/2000/media_centre/en/whr00_press_release.pdf
2. Sliman G, Perigois E, Audic Y, Académie de Médecine et Sénat. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. BVA; 2008 [consulté le 21 nov 2013]. Disponible sur:
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
3. Bellamy V. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. Études et Résultats. 2011;(786):8.
4. Bellamy V, Fréchou H. Les revenus libéraux des professionnels de santé [Internet]. DREES; 2010 p. 22. Report No.: 16. Disponible sur:
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13512/1/seriesourcmethod16.pdf>
5. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Économie & Prévision. 2009;2(188):131-139.
6. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? Revue française des affaires sociales. 2011;2-3(2):123-55.
7. Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR de sciences médicales et pharmaceutiques de Besançon]: Université de Franche Comté; 2013 [consulté le 20 sept 2013]. Disponible sur: Library Catalog - www.sudoc.abes.fr
8. Cousança J. Etat des lieux de l'opinion des médecins généralistes bretons sur leur mode de rémunération [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine]: Université de Rennes 1; 2007.
9. Le Breton-Lerouvillois G, Chapdelaine P, Bissonnier C. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des

Médecins; 2013 [consulté le 27 janv 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf

10. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Convertisseur franc-euro : pouvoir d'achat de l'euro et du franc [Internet]. www.insee.fr. 2014 [consulté le 30 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/calcul-pouvoir-achat.asp?sommeDepart=13&deviseDepart=Franc&anneeDepart=1971&deviseArrivee=Euro&anneeArrivee=2013>

11. Samson AL. Les revenus des médecins généralistes: trois études microéconométriques [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris Ouest Nanterre La Défense; 2008.

12. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins? RCE. 2009;(5):144-58.

13. Suhard V. Les conventions médicales : historique [Internet]. IRDES; 2013 [consulté le 30 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf>

14. Bras PL, Vieilleribière JL, Lesteven P. Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2012. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article286>

15. Le Médecin de France. CCAM clinique. Un chantier vital. Le Médecin de France. 2012;(1181):4-6.

16. Hubert E, Picard S, Imbaud D. Mission de concertation sur la médecine de proximité [Internet]. 2010 [consulté le 25 sept 2013]. Disponible sur: http://www.fregif.org/docs/institutions/rapport_hubert_medecine-de-proximite-170-298.pdf

17. Lancry JP. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale [Internet]. Paris: Mutualité Sociale Agricole; 2007 p. 100. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2007/medecinegenerale_270207.pdf

18. Fâtome T, Agence Régionale de la Santé (ARS). Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé [Internet]. ARS. [consulté le 19 mai 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Editorial-du-Directeur-de-la-S.125999.0.html>

19. Anbar AS, Basilien B, Bernard S, Blanchard N, Bonniieu-Milot P, Chion E. Les comptes de la Sécurité Sociale. Résultats 2012, Prévisions 2013 et 2014 [Internet]. Les comptes de la Sécurité Sociale; 2013 p. 46-49. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss_9-2013_vdef_15-11-2013.pdf
20. Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après. Des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. [Internet]. CPAM; 2014 p. 47. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf
21. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les Tribunes de la santé. 2013;3(40):45-52.
22. Degos L, Romaneix F, Michel P, Bacou J. Can France keep its patients happy? BMJ. 2008;336(7638):254-7.
23. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé, feuille de route [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 p. 32. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>
24. Le Garrec MA, Bouvet M. Les comptes nationaux de santé en 2012. Synthèse. [Internet]. DREES; 2013 p. 47. Report No.: 185. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185-synthese.pdf>
25. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Études et résultats. 2009;(679):8.
26. Attal-Toubert K, Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. Les revenus d'activité des indépendants. 2009;61-76.
27. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats. 2012;(797):8.
28. Dormont B, Samson AL. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France. Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;2-3(2):156-179.

29. Dormont B, Samson AL. Est-il profitable d'être médecin généraliste? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs [Internet]. DREES; 2011 p. 92. Report No.: 105. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13416>
30. Attal-Toubert K, Legendre N. Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres. Études et résultats. 2007;(578):8.
31. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? [Internet]. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Committee; 2008 p. 63. Report No.: 41. Disponible sur: <http://www.oecd.org/els/health-systems/41925333.pdf>
32. Conseil national de l'ordre des médecins. Pourquoi certains jeunes médecins choisissent de s'installer. [Internet]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011 p. 83-93. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas2011.pdf>
33. Grignon M, Paris V, Couffinhal A, Pierrard B. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins [Internet]. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002 p. 39. Report No.: 35. Disponible sur: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/pco-bcp/commissions-ef/future_health_care-ef/discussion_paper-f/no35/35_f.pdf
34. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians. Health Econ. 2003;12(9):741-754.
35. Majnoni d'Intignano B. La performance qualitative du système de santé français. Régulation du système de santé. Paris: La Documentation Française; 1999. p. 105-115.
36. Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. Pediatrics. 1987;80(3):344-350.
37. Kristiansen IS, Høltedahl K. Effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits. J Epidemiol Community Health. déc 1993;47(6):481-484.

38. Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *J Health Econ.* mai 2001;20(3):379-393.
39. Stearns SC, Wolfe BL, Kindig DA. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry.* 1992;29(4):416-425.
40. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM.* 1 janv 1999;92(1):47-55.
41. Dumont E, Fortin B, Jacquemet N, Shearer B. Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment. *J Health Econ.* déc 2008;27(6):1436-1450.
42. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *BMJ.* 30 juin 1990;300(6741):1698-1701.
43. OCDE. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes). Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Éditions OCDE; 2011 [consulté le 20 sept 2013]. p. 66-67. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/81111102ec023.pdf?expires=1400003907&id=id&accname=guest&checksum=63D7E91378A4D6959325E22FABCB1F86>
44. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Aubry C, Colin C, Bonnet C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales.* 2011;n° 2-3(2):29-47.
45. Rancon C. Les médecins sont-ils satisfaits de leurs revenus ? : Etude quantitative auprès de 244 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.
46. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG). Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG; 2011 [consulté le 20 sept 2013]. Disponible sur: [http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20 ISNAR-IMG Enquete nationale souhaits d exercice des IMG RESULTATS COMPLETS.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20ISNAR-IMG%20Enquete%20souhaits%20d'exercice%20des%20IMG%20RESULTATS%20COMPLETS.pdf)

47. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales]: Université de Nantes.; 2012.
48. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2013 [Internet]. DREES; 2013 p. 92. Report No.: 183. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat183.pdf>
49. Buisson G, Lapinte A. Le couple dans tous ses états. Non-cohabitation, conjoints de même sexe, Pacs... Insee Première. 2013;(1435):4.
50. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Études et Résultats. 2005;(430):12.
51. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire [Internet]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003 p. 14. Disponible sur: http://urpsmla.org/IMG/pdf/Rapport_Descours_Demographie_Medicale.pdf
52. INSEE. Travail-Emploi. Emploi salarié et non salarié au 31 décembre 2012 [Internet]. <http://www.insee.fr/> . [consulté le 15 févr 2014]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natnon03146
53. Insee - Revenus-Salaires. Salaires nets annuels moyens selon la région en 2010 [Internet]. www.insee.fr . [consulté le 15 févr 2014]. Disponible sur: http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?req_id=99&ref_id=CMRSEF04124
54. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires: crise et dynamique d'avenir Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 2008;4(3):135-40.
55. Lanson Y. Désintérêt pour la médecine générale lors des épreuves classantes nationales de 2005. La Presse Médicale. 2006;35(3):407-412.
56. Gallois P, Vallée J-P. Médecine générale: désenchantement et perspectives d'avenir. Médecine. 2008;4(3):100-1.

57. Lefèvre JH, Karila L, Kernéis S, Fiessinger JN, Rouprêt M. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français. *La Presse Médicale*. 2010;39(3):58-65.
58. Frappé P, Berkhout C. Est-il sexy de choisir la médecine générale ? *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2010;(90 (supp.1)):30-31.
59. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Médecine générale en crise: faits et questions. *Médecine*. 2006;2(5):223-8.
60. Godefroy P, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012. *Études et Résultats*. 2013;(852):6.
61. De Kervasdoué J. Une remarquable stratégie : l'évolution discrète et très favorable du revenu des professions de santé. *Les Tribunes de la santé*. 2005;3(8):59-68.
62. Abelsen B, Olsen JA. Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? *BMC Health Serv Res*. 2012;12:68.
63. Fincher RM, Lewis LA, Jackson TW. Why students choose a primary care or nonprimary care career. The Specialty Choice Study Group. *Am J Med*. 1994;97(5):410-7.
64. Brcic V, McGregor MJ, Kaczorowski J, Dharamsi S, Verma S. Practice and payment preferences of newly practising family physicians in British Columbia. *Can Fam Physician*. 2012;58(5):275-281.
65. Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux de Bourgogne. L'avenir de la médecine libérale en Bourgogne. Enquête sur les freins et leviers à l'installation [Internet]. Dijon: URPS Médecins Libéraux de Bourgogne; 2011 p. 63. Disponible sur: <http://www.urps-med-bourgogne.org/uploaded-files/actions/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>
66. Lecoustey M. Propositions sur l'installation des internes [Internet]. Rennes: Association des Internes de Médecine Générale de Rennes; 2012 p. 17. Disponible sur: [http://www.isnar-
img.com/sites/default/files/publications/120928 Propositions sur l'installation AIMGER.pdf](http://www.isnar-
img.com/sites/default/files/publications/120928_Propositions_sur_installation_AIMGER.pdf)

67. Direction de la Sécurité Sociale. Le point sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Les expérimentations. [Internet]. Agence Régionale de Santé; [consulté le 16 sept 2013]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/Actualites_DSS/objectifs_experimentations.pdf
68. Annereau A. Installation des jeunes médecins; souhaits des résidents quelles concordances avec les conclusions ministérielles récentes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2003 [consulté le 17 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=076041816>
69. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale. 2013;(4):8.
70. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. 2010;6(157):6.
71. Bournot MC, Goupil MC, Tuffereau F, Hérault T. Conditions d'exercice vague d'enquête des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007 [Internet]. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2008 p. 16. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2008panel_1_V1_rapport.pdf
72. Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. [Internet]. Bordeaux: Observatoire Régional de la Santé Aquitaine; 2011 p. 8. Disponible sur: http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa?task=callelement&format=raw&item_id=892&element=afc34fd5-98af-4f44-9404-6169de4221c5&method=download
73. Samson AL. Do French low-income GPs choose to work less? Health Econ. sept 2011;20(9):1110-1125.
74. Levasseur G, Mari C, Schweyer FX. L'installation des jeunes médecins généralistes. Un accompagnement est-il possible? Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie. 2006;(25):6.

75. Bournot MC, Goupil MC, Tallec A, Truffeau F, Hérault T. Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération [Internet]. Nantes: ORS Pays de la Loire; 2009 p. 20. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelIMG/2009panel1_V3_rapport.pdf
76. Ministère des affaires Sociales et de la Santé. Communiqué de presse. Généralisation du tiers payant : installation du comité d'orientation [Internet]. 2014 [consulté le 3 avr 2014]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18_02_14_CP_Comite_orientation_Tiers_payant.pdf
77. Confédération des Syndicats Médicaux Français. La Généralisation du tiers payant : la solution monétique est techniquement possible [Internet]. www.csmf.org. [consulté le 3 avr 2014]. Disponible sur: http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1550&Itemid=541
78. Aroulandom-Vanzo M. Le projet professionnel des étudiants en troisième cycle de médecine générale à la Faculté de médecine Paris-sud [Thèse de doctorat en Médecine Générale]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Médecine Paris-Sud.; 2007.
79. Szwarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes: profils et perspectives de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants [Thèse d'exercice]. [UFR de Médecine]: Université de Caen; 2007.
80. Noble J, Baerlocher MO. Changing preferences for method of payment. Clin Invest Med. oct 2006;29(5):312-313.
81. Dormont B. Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? Les Tribunes de la santé. 2013;3(40):53-61.
82. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Revue du MAUSS. 2013;1(41):93-108.

9 ANNEXES

9.1 Questionnaire

Thèse: Mode de Rémunération des médecins généralistes.

Le paiement à l'acte est le mode de rémunération historique et habituel en France. Il existe cependant d'autres systèmes de rémunération des médecins généralistes en place dans d'autres pays:

-le salariat où le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé

-la capitation où le médecin touche une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou pas (cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée).

-Mixte : qui associe plusieurs modes de rémunération.

-Que pensez-vous de notre futur mode de rémunération?

-Que choisiriez-vous si vous aviez le choix?

-Est-ce un frein à votre installation en cabinet libéral?

Durée : 5 min

Merci d'avance!

1. Etes-vous?

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2. Quel âge avez-vous?

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ Entre 25 et 30 ans
- ☐ Plus de 30 ans

3. Combien de semestres avez-vous validé(s) ?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

4. Etes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage chez le praticien?

- ☐ oui
- ☐ non

5. Etes-vous actuellement (ou avez-vous validé) votre stage en SASPAS ?

- ☐ oui
- ☐ non

6. Avez-vous débuté des remplacements ?

- ☐ oui
- ☐ non

7. Avez-vous soutenu votre thèse ?

- ☐ oui
- ☐ non

8. Etes-vous ?

- ☐ en couple
- ☐ célibataire

9. Quelle est l'activité (ou la formation) de votre compagnon ou compagne?

- ☐ médicale (médecin, sage-femme ou dentiste)
- ☐ non médicale (toutes les autres...)

10. Travaille-t-elle (il) à:

- ☐ temps plein
- ☐ temps partiel
- ☐ sans activité
- ☐ Autres:

11. Travaille-t-elle (il) en tant que ?

- ☐ salarié
- ☐ indépendant(e)
- ☐ autres, précisez:

12. À combien s'élève son revenu net mensuel?

- ☐ < 1500 euros

- ☐ 1500-2000 euros
- ☐ 2000-2500 euros
- ☐ > 2500 euros
- ☐ ne souhaite pas répondre

13. La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans votre choix d'effectuer des études médicales ?

- ☐ oui
- ☐ non

14. La rémunération et le niveau de vie des médecins ont-ils été déterminants dans le choix de la médecine générale à l'ECN ?

- ☐ oui
- ☐ non

15. La médecine générale était-elle votre premier choix à l'issue de l'ECN ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si non: qu'auriez-vous choisi (ou qu'aviez-vous choisi si vous avez effectué un droit au remord)?.....

16. À votre avis, quels sont les revenus nets mensuels d'un médecin généraliste français ? (en moyenne)

- ☐ 2000-3000 euros
- ☐ 3000-4000 euros
- ☐ 4000-5000 euros
- ☐ 5000-6000 euros
- ☐ 6000-7000 euros
- ☐ 7000-8000 euros
- ☐ 8000-9000 euros
- ☐ plus de 9000 euros

17. Pensez-vous que les revenus d'un médecin généraliste sont adaptés à ses responsabilités et au temps de travail effectué ?

- ☐ oui
- ☐ non

18. Qu'est ce qui est le plus déterminant pour vous dans votre futur exercice (1 choix) ?

- ☐ des conditions de travail agréables (locaux, organisation)
- ☐ une rémunération satisfaisante
- ☐ un travail en équipe pluridisciplinaire (type maison de santé avec plusieurs professions médicales et paramédicales)
- ☐ une souplesse des horaires
- ☐ se décharger des tâches « non médicales » (tâches administratives, comptabilité, gestion...)

19. Etes-vous à priori favorable au paiement à l'acte (c'est à la dire quand le médecin reçoit un paiement pour chaque consultation) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

20. Pensez-vous que le paiement à l'acte (à la consultation) en médecine générale: Peut inciter parfois à augmenter le nombre de consultations pour assurer sa rémunération ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

21. Peut mettre mal à l'aise parfois car elle met une relation pécuniaire directe entre le médecin et le patient ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

22. Peut obliger parfois à réduire le temps de consultation pour assurer sa rémunération ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

23. Peut parfois altérer la qualité des soins (en augmentant le volume de soins pour un patient qui n'en a pas besoin, prescrire des actes ou des médicaments de peur de perdre un patient) ?

- ☐ oui
- ☐ non

- ☐ ne sais pas

24. Est un système qui augmente les dépenses de santé (par rapport à d'autres systèmes comme le salariat ou la capitation) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

25. Seriez-vous à priori favorable à un autre mode de rémunération en médecine générale libérale?

A la capitation (le médecin touche une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou pas ; cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

26. Au salariat (le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

27. Qu'espérez-vous comme revenu net mensuel ?

En période de remplacement:

- ☐ 1500-2000 euros
- ☐ 2000-3000 euros
- ☐ 3000-4000 euros
- ☐ 4000-5000 euros
- ☐ > 5000 euros

28. Une fois installé(e):

- ☐ 1500-2000 euros
- ☐ 2000-3000 euros
- ☐ 3000-4000 euros
- ☐ 4000-5000 euros

- ☐ > 5000 euros

29. Qu'envisagez-vous comme temps de travail (en jours par semaine)?
En période de remplacement:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ >5

30. Une fois installé(e):

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ > 5

31. Quel serait le principal avantage qui vous ferait accepter un autre mode de rémunération (capitation, salariat ou mixte) ?

.....

.....

.....

.....

.....

32. Si vous aviez le choix, que choisiriez-vous pour l'exercice de la médecine générale libérale (1 choix) ?

- ☐ A l'acte et avec rémunération complémentaire sur objectifs de santé (le système actuel)
- ☐ A l'acte et avec rémunération complémentaire sur objectifs de santé ET revalorisation des tarifs des consultations
- ☐ Capitation seule (revenus selon le NOMBRE de patients inclus dans sa patientèle)
- ☐ Salariat seul (revenus selon le TEMPS travaillé)
- ☐ Mixte : à l'acte et à la capitation
- ☐ Mixte : à l'acte et au salariat

- ☐ Autres, précisez:

33. La rémunération actuelle des médecins généralistes est-elle un frein à votre installation en cabinet libéral ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

34. Les activités administratives ci-dessous sont-elles des freins à votre installation en cabinet libéral ? Les activités de gestion libérale (gestion de cabinet, gestion du matériel, comptabilité, secrétariat...)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

35. Les activités professionnelles propres au médecin (certificats d'aptitude, de sport, demandes de prise en charge pour ALD ou maladie professionnelle, temps dédié aux relations avec les administrations type CPAM...)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sais pas

36. Envisagez-vous, à l'issue de l'internat ?

- ☐ Une installation en cabinet libéral après une période de remplacements ou de collaboration
- ☐ Une installation en cabinet libéral directement
- ☐ Un salariat de médecine générale (soins de suite, MPU, service de rééducation, centre de vaccination, planning familial...)
- ☐ Un salariat dans le cadre d'un DESC, exercice particulier exclusif (urgence, gériatrie, soins palliatifs, médecine légale...)
- ☐ Activité mixte : salariat et activité libérale, si c'est le cas précisez :

.....
.....

Autres réponses, précisez :

.....
.....

37. Commentaires libres

N'hésitez pas à laisser des commentaires sur le sujet:

.....

.....
.....
.....
.....

Un grand merci pour votre participation !

9.2 Tableaux des résultats statistiques

Favorables au paiement à l'acte		Oui	Non
<i>Sexe (p= 0,90)</i>			
Hommes	n=46 (%)	30 (65%)	16 (35%)
Femmes	n=89 (%)	59 (66%)	30 (34%)
Total	n=135	89	46
<i>Situation conjugale (p=0,41)</i>			
En couple	n=94(%)	59 (63%)	35 (37%)
Célibataire	n=34(%)	24 (70%)	10 (29%)
Total	n=134	83	45
<i>Stage en médecine libérale de niveau 1 (validé ou en cours) (p=0,82)</i>			
Oui	n=81(%)	53(65%)	28(35%)
Non	n=55(%)	37(67%)	18(33%)
Total	n=136	90	46
<i>Stage en médecine libérale de niveau 2 (validé ou en cours) (p=0,14)</i>			
Oui	n=20(%)	16(80%)	4(20%)
Non	n=116(%)	73(63%)	43(37%)
Total	n=136	89	47
<i>Remplacements débutés (p=0,67)</i>			
Oui	n=32(%)	22(69%)	10(31%)
Non	n=102(%)	66(65%)	36(35%)
Total	n=134	88	46

Tableau 1 : Internes favorables au paiement à l'acte selon différents critères

Favorables au salariat		Oui	Non
<i>Sexe (p= 0,010)</i>			
Hommes	n=48(%)	27 (56%)	21 (44%)
Femmes	n=107(%)	82 (77%)	25 (23%)
Total	n=155	109	46
<i>Situation conjugale (p=0,04)</i>			
En couple	n=109(%)	82 (75%)	27 (25%)
Célibataire	n=38(%)	22 (58%)	16 (42%)
Total	n=147	104	43
<i>Stage en médecine libérale de niveau 1 (validé ou en cours) (p=0,08)</i>			
Oui	n=93(%)	71(76%)	22(24%)
Non	n=63(%)	40(64%)	23(36%)
Total	n=156	111	45
<i>Stage en médecine libérale de niveau 2 (validé ou en cours) (p=0,64)</i>			
Oui	n=21(%)	14(67%)	7(33%)
Non	n=134(%)	96(72%)	38(28%)
Total	n=155	110	45
<i>Remplacements débutés (p=0,92)</i>			
Oui	n=36(%)	23(64%)	13(36%)
Non	n=40(%)	26(65%)	14(35%)
Total	n=76	49	27

Tableau 2 : Internes favorables au salariat selon différents critères

Favorables à la capitation		Oui	Non
<i>Sexe (p= 0,30)</i>			
Hommes	n=45(%)	24 (53%)	21 (47%)
Femmes	n=80(%)	35 (44%)	45 (56%)
Total	n=125	59	66
<i>Situation conjugale (p=0,74)</i>			
En couple	n=89(%)	40 (45%)	49 (55%)
Célibataire	n=29(%)	12 (41%)	17 (59%)
Total	n=118	52	66
<i>Stage en médecine libérale de niveau 1 (validé ou en cours) (p=0,84)</i>			
Oui	n=78(%)	36(46%)	42(54%)
Non	n=48(%)	23(48%)	25(52%)
Total	n=126	59	67
<i>Stage en médecine libérale de niveau 2 (validé ou en cours) (p=0,58)</i>			
Oui	n=19(%)	10(53%)	9(47%)
Non	n=105(%)	48(46%)	57(54%)
Total	n=124	58	66
<i>Remplacements débutés (p=0,38)</i>			
Oui	n=30(%)	16(69%)	14(31%)
Non	n=193(%)	41(65%)	52 (35%)
Total	n=123	57	66

Tableau 3 : Internes favorables à la capitation selon différents critères

		Homme	Femme
Déterminants majeurs de l'exercice futur			
Conditions de travail agréables ($p=0,70$)	n=58(%)	18(31%)	40(69%)
Autres	n=85(%)	29(34%)	56(66%)
Total	n=143	47	96
Travail en équipe pluridisciplinaire ($p=0,58$)	n=47(%)	14(30%)	33(70%)
Autres	n=96(%)	33(34%)	63(66%)
Total	n=143	47	96
Niveau de rémunération ($p=0,09$)	n=8(%)	6(30%)	2(70%)
Autres	n=135(%)	41(30%)	94(70%)
Total	n=143	47	96
Mode de rémunération idéal souhaité			
PAL* exclusif** ($p=0,009$)	n=54(%)	23(43%)	31(57%)
Tous les systèmes mixtes***	n=83(%)	18(22%)	65(78%)
Total	n=137	41	96
PAL exclusif ($p=0,03$)	n=54(%)	23(43%)	31(57%)
Autres	n=112(%)	29(26%)	83(74%)
Total	n=166	52	114
PAL avec revalorisation des tarifs ($p=0,009$)	n=45(%)	21(47%)	24(53%)
Autres	n=121(%)	31(26%)	90(74%)
Total	n=166	52	114
Salariat ($p=0,69$)	n=26(%)	9(35%)	17(65%)
Autres	n=140(%)	43(31%)	97(69%)
Total	n=166	52	114

Mode de rémunération idéal souhaité (suite)		Homme	Femme
Tous les systèmes mixtes*** ($p=0,007$)	n=83(%)	18(22%)	65(78%)
Autres	n=83(%)	34(41%)	49(59%)
Total	n=166	52	114
Mixte (PAL et salariat) ($p=0,002$)	n=60(%)	10(17%)	50(83%)
Autres	n=106(%)	42(40%)	64(60%)
Total	n=166	52	114
Mixte (PAL et capitation) ($p=0,70$)	n=23(%)	8(35%)	15(65%)
Autres	n=143(%)	44(31%)	99(69%)
Total	n=166	52	114

Tableau 4 : Exercice futur : déterminants et mode de rémunération idéal.

* : Paiement à l'acte, ** : Paiement à l'acte avec ou sans revalorisation des tarifs de consultation, *** : Ensemble des systèmes mixtes (PAL associant la capitation et PAL associant le salariat)

		Homme	Femme		En couple	Célibataire
<i>Temps de travail envisagé (en remplacement)</i>						
	$p=0,012$			$p=0,60$		
0-3 jours	n=36(%)	5(14%)	31(86%)	n=36(%)	26(72%)	10(38%)
≥4 jours	n=132(%)	47(36%)	85(64%)	n=123(%)	94(76%)	29(24%)
Total	n=168(%)	52	116	n=159(%)	120	39

<i>Temps de travail envisagé (à l'installation)</i>						
	$p=0,43$			$p=0,33$		
0-3 jours	n=10(%)	2(20%)	8(80%)	n=9(%)	8(88%)	1(11%)
≥4 jours	n=158(%)	50(32%)	108(68%)	n=150(%)	112(75%)	38(25%)
Total	n=168(%)	52	116	n=159(%)	120	39

<i>Revenus nets mensuels espérés en euros (en remplacement)</i>						
	$p=0,12$			$p=0,50$		
1500-3000	n=79(%)	20(25%)	59(75%)	n=74(%)	54(73%)	20(27%)
≥ 3001	n=88(%)	32(36%)	56(64%)	n=84(%)	65(77%)	19(23%)
Total	n=167	52	115	n=158	119	39

<i>Revenus nets mensuels espérés en euros (à l'installation)</i>						
	$p=0,43$			$p=0,75$		
1500-3000	n=14(%)	3(21%)	11(78%)	n= 14(%)	11(79%)	3(21%)
≥ 3001	n=152(%)	48(32%)	104(68%)	n=143(%)	107(75%)	36(25%)
Total	n=166	51	115	n=157	118	39

Tableau : Souhaits de temps de travail et de revenus futurs des internes selon le sexe et la situation conjugale

Type d'exercice envisagé		Homme	Femme
Salariat (tous types) ($p=0,24$)	n=36(%)	14(39%)	22(61%)
Autres	n=129(%)	37(29%)	92(71%)
Total	n=165	51	114
Libéral seul ($p=0,75$)	n=100(%)	30 (30%)	70(70%)
Autres	n=65(%)	21(32%)	44(68%)
Total	n=165	51	114
Activité mixte ($p=0,38$)	n=29(%)	7(24%)	22(76%)
Autres	n=136(%)	44(32%)	92(68%)
		Homme	Femme
Total	n=165	51	114

Tableau 5 : Type d'exercice envisagé

Titre de Thèse : Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013.

RÉSUMÉ

Contexte. En France, les médecins généralistes sont majoritairement libéraux et rémunérés à l'acte. Plusieurs études ont rapporté une insatisfaction des médecins installés concernant ce mode de rémunération et un souhait d'augmentation ou d'évolution vers des rémunérations forfaitaires.

Objectif. Récolter les opinions et les préférences des internes en termes de modes de rémunération en médecine générale et notamment en médecine libérale.

Méthodologie. Étude quantitative descriptive. Un auto-questionnaire a été envoyé par mail à tous les internes inscrits en DES de médecine générale à Nantes pendant le semestre d'été 2013 (n=355).

Résultats. 171 réponses ont été prises en compte avec un taux de réponse de 48%. Pour 67% des internes : la rémunération des médecins n'était pas adaptée à leurs responsabilités et au temps de travail et la rémunération était un déterminant majeur de leur futur exercice pour seulement 5% des répondants derrière les conditions de travail agréables (39%) et le regroupement professionnel (32%). Les internes étaient partagés à propos du paiement à l'acte (53% favorables, 27% défavorables) et de la capitation (34% favorables, 40% défavorables) mais étaient favorables au salariat (à 65%) et majoritairement les femmes (77% versus 56% des hommes, $p=0,01$). S'ils avaient le choix : 32% des internes souhaiteraient une rémunération au paiement à l'acte exclusif tandis que 67% des internes souhaiteraient un autre mode de rémunération (36% un système mixte associant salariat et paiement à l'acte). Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes : à souhaiter un système mixte plutôt qu'un paiement à l'acte exclusif (68% versus 44%, $p<0,01$) et notamment un système alliant salariat et paiement à l'acte (44% versus 19%, $p<0,01$). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à souhaiter une rémunération par paiement à l'acte avec revalorisation des tarifs de consultation (40% versus 21%, $p<0,01$).

Conclusion. Les internes plébiscitaient une diversification des modes de rémunération avec l'augmentation de la part forfaitaire, bien que la rémunération apparaisse comme un critère secondaire de leur exercice futur.

Mots Clés : Modes de rémunération, médecins généralistes, honoraires, satisfaction, internes