



HAL
open science

Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale : la volonté du collectif

Maud Kieffer-Nunes

► To cite this version:

Maud Kieffer-Nunes. Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale : la volonté du collectif. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01860366

HAL Id: dumas-01860366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01860366>

Submitted on 23 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale: la volonté du collectif

Maud Kieffer-Nunes

► To cite this version:

Maud Kieffer-Nunes. Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale : la volonté du collectif. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-01860366>

HAL Id: dumas-01860366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01860366>

Submitted on 23 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°76

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 Juin 2018 à Bordeaux

Par

Maud KIEFFER NUNES

Née le 16 Décembre 1986 à Pontoise

Les déterminants de la pratique du partage d'honoraires en Médecine Générale

La volonté du collectif

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane FRAIZE

Rapporteur de thèse : Monsieur le Professeur William DURIEUX

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Président

Monsieur le Professeur William DURIEUX, Jury

Madame le Docteur Hélène CESBRON, Jury

Monsieur le Docteur Stéphane FRAIZE, Jury

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES, Jury

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard Gay,

Professeur Emérite, qui a accepté de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie chaleureusement de votre intérêt pour ce sujet, ainsi que pour vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur William Durieux,

Professeur associé, merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et de la juger. Vous avez accompagné la (longue) réalisation de ce travail et m'avez fait bénéficier de vos conseils avisés, je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Docteur Stéphane Fraize,

Maître de stage, Médecin généraliste inspirant et ami,
Pour être à l'origine de ce travail et m'avoir proposé ce sujet passionnant ; mais également pour m'avoir fait découvrir tout un aspect de la médecine générale qui m'a fait grandir, et ce dès avant notre première rencontre.
Les milles façons dont tu as contribué à la réalisation de ce travail, et au médecin que j'espère devenir, sont trop vastes pour être détaillées ici, mais, je t'assure, sans toi rien n'aurait été possible. Merci d'être là.

A Madame le Docteur Hélène Cesbron,

Médecin généraliste, je vous adresse mes sincères remerciements pour vous être intéressée à ce travail et avoir accepté de le juger.

A Monsieur le Docteur Baptiste Luaces,

Maître de conférences associé, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer à ce jury, mais également de m'avoir accueillie pour une très précieuse formation à NVivo, et de vos indispensables conseils dispensés à cette occasion. Ils m'ont permis de grandement avancer dans la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Shérazade Kinouani,

Chef de clinique, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de lire ce travail, de me faire bénéficier de votre expertise et de vos précieux et instructifs conseils.

Aux médecins qui ont participé à l'élaboration de cette thèse,

Je vous remercie profondément pour votre temps, votre accueil chaleureux, votre enthousiasme, et tout ce que vous faites pour la médecine générale. Merci d'aider à porter un regard alternatif.

A mes parents,

Qui m'ont appris à rêver, à m'indigner, à penser librement.

Vous pourrez retrouver dans ce travail certaines des valeurs que vous m'avez transmises, et pour ça et tout le reste, vous avez mon infinie gratitude. Si je peux être pour mes enfants à moitié aussi inspirante que vous l'êtes pour moi, je serai accomplie. Je vous aime.

A William,

Mon amour, mon mari, ma moitié, qui partage ma vie depuis 14 ans. Tu m'as accompagnée, soutenue, portée, de toutes les façons possibles. Tu as été là tout au long de ce parcours du combattant, je suis bien incapable de te dire à quel point je te suis reconnaissante.

Merci d'avoir consacré de longues heures à retranscrire les verbatims de ce travail, merci de tes encouragements infaillibles, merci d'illuminer ma vie chaque jour.

A Noah,

Notre fils qui m'émerveille chaque jour, et à notre fille à venir qui m'a accompagnée sur toute la fin de ce travail. Mes soleils.

A mes deux grand-mères, et mon grand-père qui me manque,

Merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études, et de m'avoir aidée à aller au bout. J'espère vous rendre fiers.

A mes belles-mères,

Elise pour ton amour et ton écoute indispensable, et Françoise, pour votre soutien et votre présence bienveillante.

A Pierre, Kilian, Elfie, Aurélie,

Qui font de moi une sœur et belle-sœur comblée.

A mes amies,

Aurélie, qui a illuminé mon internat et mon arrivée à Bordeaux. Merci pour ton soutien et ton amitié sans failles, pour tous les bons moments passés et à venir.

Cyrielle, avoir partagé avec toi les révisions, les rires, les larmes et surtout une vision commune de notre métier, est une grande richesse.

Anaïs, qui est là depuis le tout début, avec une infinie bienveillance, merci de ta présence à chaque étape.

Harmonie, pour les moments de vie précieux passés ensemble.

A mes professeurs et maîtres,

Croisés au cours de mes études de médecine et même avant, sans qui je ne serais pas là.

A mes Cointernes,

Notamment Christelle pour ta bonne humeur et nos longues discussions passionnantes et Amandine pour m'avoir fait bénéficier d'une formation NVivo en ta compagnie.

Aux membres du Collectif santé de Saint-Caprais,

Pour m'avoir accueillie dans cette équipe extraordinaire, et me permettre de faire vivre avec vous ces valeurs qui me sont chères.

Vous m'apportez, dans votre diversité et vos individualités, beaucoup d'inspiration et de joie au quotidien.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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 leurs 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 sont 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.

TABLE DES MATIERES

Introduction	8
1. Approche du sujet et contexte	8
2. Littérature	9
2.1 Description des modes de rémunération et impact sur la pratique.....	10
2.2 Le vécu des Généralistes français concernant leurs modes de rémunération	11
2.3 Les aspirations des jeunes générations	12
2.4 Conclusion	12
3. Etude préliminaire.....	13
4. Enjeux de l'étude	15
4.1 Question de recherche.....	15
4.2 Justification.....	16
4.3 Propositions de réponses.....	17
4.4 Objectifs.....	17
5. Définitions	18
5.1 Dichotomie, cadre légal.....	18
5.2 Structures juridiques	20
Matériel et méthode	24
1. Choix de la méthode qualitative.....	24
2. Choix de la technique d'entretien.....	25
2.1 L'entretien individuel.....	25
2.2 L'entretien semi-dirigé.....	26
2.3 L'entretien téléphonique.....	27
3. Réalisation de la grille d'entretien	27
3.1 Première partie : Grille d'entretien qualitatif.....	27
3.2 Deuxième partie : Recueil de données quantitatives	30
4. Constitution de l'échantillon	32
4.1 Population étudiée.....	32
4.2 Recrutement de la population	34
4.3 Taille de l'échantillon	35
5. Collecte des données (réalisation des entretiens).....	36
5.1 Entretien-test.....	36
5.2 Déroulement des entretiens.....	36
6. Technique d'analyse.....	37
6.1 Retranscription	37
6.2 Plan d'analyse.....	38
Résultats	40
1. Description de la population	40
2. Analyse de la première partie du questionnaire	42
2.1 Motivations	43
2.2 Avantages	53
2.3 Contraintes et inconvénients.....	75
2.4 Conditions nécessaires	89
2.5 Facteurs d'échec.....	101
2.6 Contexte.....	110
3. Description des modalités pratiques du partage (analyse de la 2ème partie du questionnaire)	116
3.1 Les modalités pratiques sur l'échantillon étudié.....	116

3.2	<i>Remarques</i>	119
Discussion		121
1.	Discussion de la méthode	121
1.1	<i>Forces de notre Etude</i>	121
1.2	<i>Faiblesses de notre Etude</i>	122
2.	Discussion des résultats : synthèse et commentaires	124
2.1	<i>Explorer les motivations</i>	124
2.2	<i>Explorer les avantages</i>	126
2.3	<i>Explorer les inconvénients</i>	127
2.4	<i>Explorer les conditions nécessaires et les limites</i>	128
2.5	<i>Le partage d'honoraires dans le contexte du système de soins</i>	130
2.6	<i>Modalités pratiques sur l'échantillon étudié</i>	130
3.	Perspectives.....	131
3.1	<i>La place du partage d'honoraires dans les fonctionnements collectifs</i>	131
3.2	<i>Implications pratiques de notre travail</i>	133
3.3	<i>Perspectives de recherche</i>	134
Conclusion		136
Bibliographie		140
Annexes		142
1.	Annexe 1 – Guide d'entretien	142
1.1	<i>Présentation du travail et du déroulement de l'entretien :</i>	142
1.2	<i>Qualitatif</i>	142
1.3	<i>Quantitatif</i>	143
1.4	<i>Question finale</i>	144
2.	Annexe 2 – Dictionnaire des codes	145
2.1	<i>Codeur principal</i>	145
2.2	<i>Deuxième codeur</i>	149
3.	Annexe 3 – Données de l'échantillon	154
Résumé		155
Abstract		156

INTRODUCTION

1. APPROCHE DU SUJET ET CONTEXTE

Il existe différentes manières de rémunérer les médecins généralistes : paiement à l'acte, salariat, Nouveaux Modes de Rémunération incluant les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), systèmes de forfait ou de capitation... La rémunération peut être individuelle ou collective.

De nombreux travaux illustrent que le mode de rémunération des médecins a un impact direct sur l'exercice de la profession et la pratique médicale (cf. Infra).

Historiquement, le mode de rémunération principal en France était et reste aujourd'hui le paiement à l'acte, individuel.

Pourtant, certains médecins choisissent de partager leurs honoraires, en mettant en commun tout ou partie de leurs revenus. Il s'agit d'une pratique connue, existante, encadrée légalement par des statuts juridiques spécifiques, mais minoritaire, du moins en ce qui concerne les médecins généralistes.

Dans le contexte actuel, la profession connaît des évolutions. Le système de santé en France est aujourd'hui soumis à de nombreux questionnements, économiques, sociétaux, territoriaux, en particulier concernant les soins primaires.

Le rôle du médecin généraliste s'est modifié avec le temps, ses compétences ont évolué et ses missions de santé publique se sont étoffées.

La médecine d'aujourd'hui doit réfléchir à intégrer dans sa pratique la complexité de la mission de coordination de la santé qu'est celle du médecin généraliste, avec sa composante de prévention, de coordination, de santé publique.

L'évolution de la pratique médicale, l'augmentation des coûts et dépenses de santé et la modification de la démographie médicale conduisent les soignants d'aujourd'hui à réfléchir à des éléments permettant d'intégrer ces nouvelles problématiques en alliant qualité des soins et qualité de vie.

La ROSP et les divers paiements forfaitaires n'interviennent à l'heure actuelle que comme un complément à la marge du mode de rémunération principal et peuvent difficilement être considérés comme une alternative au paiement à l'acte, mais dans l'avenir, il est vraisemblable qu'ils prendront une part croissante dans la rémunération.

Le développement croissant des Nouveaux Modes de Rémunération, des forfaits, ainsi que le développement des Maisons de santé pluriprofessionnelles, témoignent de cette volonté collective émergente de faire évoluer les soins primaires, en réfléchissant à des solutions permettant d'intégrer les mutations actuelles du métier et du contexte socio-économique.

Ces évolutions soulèvent des interrogations. Des soignants aujourd'hui peuvent avoir le sentiment que, pour remplir l'intégralité de leurs missions, incluant les temps de formation, de coordination, d'écoute, de prévention, ils doivent réfléchir à des solutions alternatives, notamment concernant le mode de rémunération individuel à l'acte.

Dans un contexte sanitaire et social où les lignes bougent, où de nombreux acteurs de santé cherchent à repenser le système, il nous a semblé que la pratique du partage d'honoraires entre médecins généralistes pouvait entrer en résonance avec une partie des évolutions et interrogations actuelles, répondre aux aspirations de certains médecins insatisfaits du système de rémunération actuel, soulever des questionnements et induire des pistes de réflexion pour l'avenir.

S'agissant d'une pratique méconnue, mais susceptible de présenter un regain d'intérêt, et d'avoir des répercussions directes sur la pratique professionnelle ainsi que sur l'attractivité de la spécialité, il nous a semblé que le partage d'honoraire méritait que l'on s'y attarde.

2. LITTÉRATURE

Lorsque nous avons commencé nos recherches, nous avons eu la surprise de constater que nous ne trouvions pratiquement aucune information sur le sujet.

Nous avons uniquement retrouvé la trace d'une thèse de 1938 traitant de la dichotomie (cf. Infra).

De façon générale, la plupart des sources associée au mot « partage d'honoraires » se rapporte en fait à la dichotomie ou au compéage. La mise en commun des honoraires dans une même spécialité, dans le cadre d'une association, est parfois citée comme une option possible, sans plus de précisions.

On ne trouve pas d'informations sur l'intérêt ou les limites que peuvent avoir cette pratique.

Le partage d'honoraires n'a été, à notre connaissance, pour le moment ni chiffré, ni étudié, ni décrit. (La dernière vérification de la littérature a eu lieu en mars 2018 et ceci était encore vrai.)

Les travaux autour de la rémunération des médecins généralistes concernent surtout la ROSP, le tiers payant, les représentations autour des revenus du point de vue des médecins et des patients, la satisfaction et les attentes des jeunes générations vis-à-vis de la rémunération.

Différents travaux montrent que la tarification à l'acte est remise en cause et que les jeunes générations ont des aspirations nouvelles, cherchant à concilier qualité des soins et qualité de vie.

2.1 DESCRIPTION DES MODES DE REMUNERATION ET IMPACT SUR LA PRATIQUE

De nombreux travaux étudient le développement des rémunérations forfaitaires et leur perception par les médecins ou les patients. Globalement ces travaux montrent que ces modes de rémunération tendent à se développer et sont perçus de façon mitigée, estimant que ces mesures ne répondent pas totalement aux problèmes de rémunération et d'amélioration de la pratique en médecine générale, et que la ROSP par exemple impacte directement la relation médecin-malade, avec un potentiel conflit d'intérêts déontologique.

Cette dernière remarque illustre bien que le mode de rémunération a un impact sur la pratique, comme le démontrent plusieurs études.

Ainsi une étude canadienne de 2002 (1) s'intéresse à l'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soin et remarque qu'on distingue trois grands modes de rémunération des médecins : paiement à l'acte, capitation (paiement forfaitaire par patient pris en charge pendant une période de temps donnée), et salariat.

Elle constate qu'en mode paiement à l'acte, le prix que reçoit le médecin tient compte des coûts fixes de son activité ainsi que des coûts variables, ce qui fait que l'acte marginal supplémentaire accroît toujours le profit monétaire du médecin. Le paiement à l'acte crée donc les conditions favorables à une quantité de services plus importante que ce qu'aurait souhaité le patient : pour peu que le médecin puisse influencer la demande du patient, le paiement à l'acte entraînera une inflation d'actes médicaux.

En revanche, en mode capitation, le médecin n'a aucune incitation à produire trop d'actes ; il pourrait au contraire restreindre son effort en réduisant l'accès du patient aux soins, ou le temps consacré au patient, la capacité et la volonté de l'écouter, et l'effort mental consacré au cas, ce qu'on appelle souvent la qualité des soins. Enfin, toute forfaitisation fait courir un risque de sélection des cas : le médecin percevant la même somme pour des cas nécessitant un effort différent privilégierait les cas les plus simples.

Une autre thèse traitant des différentes modalités d'exercice et de rémunération des médecins traitants face à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (2), montre que le mode d'exercice et de rémunération influencent les pratiques dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Enfin, un travail qualitatif s'intéressant aux déterminants du choix entre rémunération au forfait ou à l'acte en Belgique (3) montre que le travail de groupe pluridisciplinaire, majoritairement effectué en maisons médicales au forfait, est le déterminant majeur du choix du système de paiement. D'après cette étude, travailler au forfait semble être aussi rentable que travailler à l'acte, avec l'avantage d'une sécurité financière. Le paiement au forfait est aussi choisi pour la liberté de pratique et l'affranchissement des tâches administratives qu'il offre. Des inconvénients du système au forfait tels que la surconsommation des soins, la perte de la relation exclusive avec le patient, des restrictions pour le patient et le médecin sont des éléments qui orientent à choisir le système à l'acte. Le conservatisme médical, la méconnaissance du système au forfait ainsi que son fondement sur des bases idéologiques sont des éléments évoqués pour expliquer la prédominance du système à l'acte. Au final, l'élément majeur du choix reste la recherche ou non d'un travail pluridisciplinaire.

Bien que le choix d'exercer au forfait (inexistant en France) ne soit pas le même que celui d'exercer en partage d'honoraires, cette étude nous permet d'envisager des éléments de réponse à notre propre questionnement, puisqu'elle renvoie au rapport entre le choix du mode de rémunération et l'impact sur la pratique. De plus, elle souligne le fait que le choix du mode de rémunération est inextricablement lié au choix du mode d'exercice, notamment au choix du collectif, ce qui inscrit notre questionnement dans un questionnement de santé publique.

Ainsi, plusieurs travaux, bien que parfois issus d'autres pays, explorent des modes de rémunération alternatifs et démontrent leur impact sur la pratique professionnelle.

2.2 LE VECU DES GENERALISTES FRANÇAIS CONCERNANT LEURS MODES DE REMUNERATION

Une thèse franc-comtoise de 2013, Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux (4), interrogeant des médecins généralistes libéraux de Franche-Comté, montre que la nouvelle génération de médecins est moins attachée au paiement à l'acte et souhaite davantage une diversification du mode de rémunération (38 %) ou un salariat (24 %), de façon à accéder à une meilleure qualité de vie. Les jeunes médecins sont moins attachés au paiement à l'acte que leurs aînés et privilégient les modes de rémunération favorisant la prise en charge globale des patients. La rémunération sur objectifs de santé publique fait l'objet de nombreuses réserves, notamment sur la pertinence des indicateurs de qualité des soins et sur de possibles problèmes éthiques.

Une autre étude qualitative datant de 2016 s'intéressant au temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations (5) relève que le système de paiement à l'acte ne valorise pas le temps passé au-delà de la consultation et que ce manque de rétribution influence l'évaluation subjective de la charge de travail.

Ces études suggèrent que certains médecins généralistes français ne sont pas entièrement satisfaits du système de rémunération à l'acte individuel, quasi exclusif actuellement, et en particulier les jeunes générations.

2.3 LES ASPIRATIONS DES JEUNES GENERATIONS

D'autres travaux explorent davantage cette particularité générationnelle.

Ainsi une thèse de 2014, à Lyon, sur les Modes et niveaux de rémunération souhaités par les internes de Médecine Générale Rhône Alpains (6), montre que 87% des 428 internes interrogés souhaitaient s'installer en cabinet de médecine générale, majoritairement en groupe, avec un exercice libéral pour 36%, salarié pour 14% et une rémunération mixte pour 48%. Les internes prêts à diminuer leurs revenus pour diminuer leur temps de travail, améliorer leur qualité de vie et de travail représentaient 82%. Le paiement à l'acte était adapté pour 44% ; le paiement à la performance n'était pas du tout adapté pour 47% des internes et le salariat n'était pas du tout adapté pour 33% et adapté pour 36% d'entre eux. Les revenus cibles sont moins élevés que ceux des médecins installés. Cette différence s'explique en partie par une mutation de l'"ethos" professionnel des médecins où la rémunération n'est pas un leitmotiv. La qualité de travail et de vie est privilégiée. La tarification à l'acte est adaptée pour moins de la majorité.

On remarque ici qu'un mode de rémunération alternatif au paiement à l'acte est souhaité, mais que le paiement à la performance n'est pas plébiscité.

De même, une étude nantaise de 2013, Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais (7), conclut que 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. Les internes étaient partagés à propos du paiement à l'acte et de la capitation mais étaient favorables au salariat (à 65%), majoritairement les femmes.

2.4 CONCLUSION

On conclut donc de ces différents travaux que certains médecins sont à la recherche de modes de rémunération différents du paiement à l'acte, et que celui-ci ne leur paraît plus adapté pour répondre aux problématiques actuelles, aux exigences de la pratique en soins primaires, et à leurs aspirations personnelles et professionnelles.

Nous avons de plus la confirmation que le mode de rémunération est susceptible d'influencer la pratique professionnelle, l'accès aux soins, l'attractivité de la spécialité.

On a vu également que les motivations sous-tendant un choix de mode de rémunération sont diverses, peuvent être en lien avec le choix d'un mode d'exercice et sont variables avec le temps.

Le choix du mode de rémunération représente donc un enjeu de santé publique, et à l'échelle individuelle, un facteur non négligeable de la pratique professionnelle, susceptible d'influencer les modes d'activité, la pratique en groupe, la qualité de vie personnelle.

Par ailleurs, nous savons par observation que le partage d'honoraires existe et est avancé par ceux qui le pratiquent comme, entre autres, un élément de réponse à toutes les problématiques soulevées ci-dessus.

Pour autant, nous n'avons trouvé aucune étude permettant de le décrire ni de l'évaluer.

Cette pratique semble méconnue et entourée d'idées reçues.

Le manque d'informations, ajouté à la confusion facilement faite avec des pratiques condamnées par le code de déontologie et l'Ordre des médecins, a pu contribuer à la défiance qui entoure le partage d'honoraires.

Nous avons souhaité nous pencher sur ce sujet peu connu.

3. ETUDE PRELIMINAIRE

Lorsque nous avons commencé à réfléchir à ce sujet, l'idée initiale était de décrire l'existant, afin de constituer un élément de réponse aux personnes se questionnant sur le partage, et de fournir une base pour de futurs travaux de recherche.

Nous avons alors cherché à évaluer l'existant, avec un travail préliminaire.

Le but de ce travail préliminaire consistait à estimer l'ampleur de cette pratique, et à étudier la faisabilité de l'étude.

Par différentes sources, le bouche à oreille, l'effet boule de neige, nous avons eu connaissance d'un certain nombre de médecins pratiquant le partage d'honoraires, et nous les avons contactés pour leur soumettre un mini-questionnaire.

Nous avons retrouvé et contacté 22 cabinets. Les questions posées étaient les suivantes (par mail ou par téléphone) :

- Le partage est-il toujours actif ?
- Quelle est votre structuration juridique ?
- Quel périmètre est recouvert par le partage ?
- Seriez-vous d'accord pour être recontacté pour une étude ultérieure ?

Les résultats étaient :

Sur les 22 cabinets, 5 continuaient le partage d'honoraires, 8 ont arrêté le partage, 9 n'ont pas répondu.

Concernant les structururations juridiques, 9 étaient ou avaient été en SCP, 3 en SDF, 1 en SCM (définitions ci-après), 9 n'ont pas répondu.

Tous ceux qui ont répondu étaient d'accord pour être recontactés par la suite. Nombreux sont ceux à avoir évoqué au passage leur vécu de ce choix et les raisons le sous-tendant.

Ce premier contact nous a permis de constater que :

- Bien que la question ne soit pas posée directement, les motivations évoquées, tantôt idéologiques, tantôt factuelles, étaient diverses et semblaient avoir évolué au cours du temps.
- Une proportion plus importante que ce que nous avions imaginé avait arrêté le partage, pour des raisons diverses.
- Une proportion non négligeable était en Société De Fait ou n'a pas répondu sur leur structuration juridique, ce qui rendait plus difficile à quantifier l'étendue de cette pratique.

Nous n'avons, par conséquent, plus envisagé réaliser un travail quantitatif ou descriptif de l'ensemble des cabinets en partage d'honoraires puisque, étant donné la proportion de partages sans structuration juridique dédiée, il devenait illusoire de faire un recensement complet des cabinets concernés, et donc de faire une description exhaustive de l'existant. Ce travail aurait donc été incomplet et peu rigoureux.

De plus, de nouveaux questionnements et de nouvelles perspectives sont apparus. Il semblait plus pertinent de s'interroger sur les motivations, les limites, l'intérêt et les facteurs d'échec éventuels du partage, que de réaliser un descriptif incomplet des

modalités.

Nous avons alors choisi d'explorer les déterminants du partage d'honoraires comme choix.

4. ENJEUX DE L'ETUDE

4.1 QUESTION DE RECHERCHE

La question que nous nous posons dans ce contexte est :

Quels sont les déterminants du partage d'honoraires en médecine générale en France ?

Nous avons choisi le terme « déterminants » car il permettait de regrouper les motivations, les avantages, les limites de ce mode de fonctionnement.

La forme qualitative de l'étude s'est dessinée comme étant la plus pertinente, et la plus adaptée aux soins primaires. En effet il s'agissait d'explorer des motivations, des représentations personnelles, et les questions factuelles explorant les modalités de mise en pratique passaient au second plan devant les raisons profondes de ce choix.

Nous avons souhaité nous intéresser, bien sûr, à cette pratique dans le cadre de la médecine générale (puisque'il s'agit d'une thèse de médecine générale) bien que le partage d'honoraires existe aussi dans d'autres spécialités, de façon plus répandue (comme en radiologie par exemple).

Etant donné qu'elle reste peu répandue, nous nous sommes intéressés à l'ensemble du territoire français.

Ce travail n'avait pas pour but de comparer les pratiques françaises avec celles d'autres pays. Nous n'avons donc pas exploré ce qui se pratique à l'étranger (bien que ce soit une question également intéressante qui pourrait faire l'objet d'un autre travail).

Par ailleurs, ce travail n'avait pas pour vocation de porter un jugement sur le choix ou non de partager ses honoraires, dans un sens ou dans l'autre, ni de constituer un manuel des modalités pratiques pour partager ses honoraires.

4.2 JUSTIFICATION

La question nous a semblé intéressante car, en premier lieu, il s'agit d'un sujet inédit.

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, lorsque l'on cherche des informations sur le partage d'honoraires en médecine générale, on en trouve très peu. Il y a donc peu de supports susceptibles de répondre aux interrogations d'un médecin qui souhaiterait se documenter sur cette pratique.

Pourtant, il s'agit d'une pratique connue et, si elle reste minoritaire, elle n'est pas pour autant anecdotique.

Il existe des structures juridiques qui permettent ce mode d'exercice, comme la Société civile professionnelle (SCP), qui permet à des personnes d'exercer en commun une profession libérale réglementée, ou la Société d'exercice libéral (SEL), qui consiste à associer des membres d'une profession libérale dans le cadre d'une société de capitaux.

L'existence de ces statuts juridiques encadrant le partage d'honoraires entre confrères d'une même spécialité montre bien qu'il s'agit d'une pratique existante, possible, légale, et pratiquée.

D'autres spécialités, comme la radiologie par exemple, sont plus familières du partage d'honoraires (ou "masse commune") entre associés. Mais les spécificités de cette pratique en médecine générale n'ont pas encore été explorées à notre connaissance.

Aujourd'hui c'est un mode de fonctionnement qui reste méconnu, et qui suscite de nombreuses interrogations quant à son intérêt, ses modalités, ses limites.

L'idée de partager ses revenus avec d'autres, de mettre en commun le fruit de son travail, peut entrer en contradiction avec l'idée que l'on peut se faire d'un exercice libéral, ou en tous cas soulever de nombreuses questions, et parfois des idées reçues.

Par un premier travail qualitatif auprès de médecins généralistes pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires, nous allons tenter d'apporter des éléments de réponses à ces interrogations. Faire connaître un peu mieux ce mode de fonctionnement permettra d'ouvrir sur des travaux futurs explorant ses pistes d'avenir.

4.3 PROPOSITIONS DE REPONSES

A la question « Quels sont les déterminants du partage d'honoraires en médecine générale en France ? », nous avons relevé des propositions de réponses habituellement avancées.

L'observation nous permet d'envisager les éléments explicatifs suivants :

- Le partage d'honoraires en médecine générale est une pratique minoritaire mais susceptible de prendre de l'ampleur à l'heure où les médecins généralistes cherchent à privilégier une pratique en groupe, et à concilier qualité des soins avec qualité de vie.
- Il peut répondre aux aspirations de certains médecins insatisfaits du système de rémunération actuelle, basé essentiellement sur le paiement à l'acte.
- Le partage d'honoraires peut être également une adaptation au développement croissant des rémunérations forfaitaires, surtout dans le cadre d'une pratique de groupe coordonnée.
- Il peut par ailleurs répondre à des motivations plus philosophiques. En effet il s'agit d'un choix qui est historiquement lié à un engagement idéologique, et qui peut correspondre à des considérations éthiques ou à une façon de concevoir le fonctionnement en groupe.
- Mais il présente également des limites. En effet nous constatons qu'il s'agit d'une pratique minoritaire, et qu'une partie des médecins ayant fait ce choix y ont renoncé par la suite.
- C'est une pratique dont les motivations ou les modalités ont pu évoluer au fil du temps et des générations.

4.4 OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les déterminants rapportés par les médecins pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires.

Il s'agissait d'en explorer les motivations, les avantages, les inconvénients et les limites rapportées par les médecins concernés ou ayant été concernés.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les modalités pratiques du partage d'honoraires sur l'échantillon étudié, et d'établir une base de travail pour des travaux futurs approfondissant le sujet, afin de faire mieux connaître cette pratique et proposer un élément de réponse aux aspirations actuelles de certains médecins généralistes libéraux.

Nous souhaitons également fournir un élément de réflexion dans les perspectives d'avenir de la rémunération des médecins libéraux en France.

Nous résumerons cette problématique à ces objectifs :

4.4.1 Objectif principal

- Décrire les déterminants rapportés par les médecins pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires.

4.4.2 Objectifs secondaires

- Décrire les avantages rapportés par les médecins pratiquant le partage d'honoraires
- Décrire les inconvénients et limites rapportés par les médecins pratiquant le partage d'honoraires
- Décrire les motivations des médecins ayant décidé de pratiquer le partage d'honoraires
- Décrire les motivations des médecins ayant décidé de cesser de pratiquer le partage d'honoraires
- Décrire les modalités de pratique du partage d'honoraire sur l'échantillon étudié
- Dédire des perspectives d'avenir dans le champ de la recherche en soins primaires

5. DEFINITIONS

5.1 DICHOTOMIE, CADRE LEGAL

Le partage d'honoraires est à bien différencier de la dichotomie, pratique prohibée consistant à mettre en commun clandestinement les honoraires entre médecins ou entre médecins et pharmaciens.

La dichotomie est condamnée par l'article 22 du code de la santé publique :

« Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article 94. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites. »

Dans les rédactions successives du code de déontologie, l'Ordre des médecins a toujours interdit la pratique de la dichotomie. Il l'affirme encore dans l'article 24 en interdisant toute commission à quelque personne que ce soit.

« La pratique de la dichotomie est inadmissible car elle restreint l'indépendance professionnelle du médecin nécessaire à l'expression du droit des patients qui ne disposeraient plus du libre choix de leur praticien.

La dichotomie se révèle sous des aspects variés allant de la ristourne au pourcentage sur les honoraires, aux cadeaux, à l'obtention d'avantages divers.

Du fait de sa clandestinité, elle est difficile à prouver mais la dichotomie peut être suspectée à certains signes, tels que distribution d'enveloppes pré-identifiées pour tel radiologue ou tel directeur de laboratoire d'analyses médicales.

Elle constitue dans tous les cas une concurrence déloyale et accentue l'hégémonie de certains médecins, gênant toute nouvelle installation.

Elle est enfin à l'origine de revenus non soumis à l'impôt sur le revenu et source de fraude fiscale.

Le médecin qui propose le partage des honoraires et celui qui l'accepte sont aussi répréhensibles l'un que l'autre.

Même non suivie de versements, la proposition de partage doit être sanctionnée. »

C'est bien la dichotomie que vise le présent article, et non la « mise en commun des honoraires » de certains cabinets de groupe ou associations de médecins, dans les cas où cette mise en commun est autorisée aux conditions fixées par l'article 94 du code de santé publique :

Article 94 (article R.4127-94 du code de la santé publique)

« Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline, et sous

Il s'agit donc d'une possibilité légale et encadrée par des statuts juridiques spécifiques.

5.2 STRUCTURES JURIDIQUES

D'après le site « *creerentreprise.com* » et « *legifrance.gouv.fr* », nous pouvons donner les définitions suivantes :

5.2.1 SCP

Une Société Civile Professionnelle (SCP) est un type de société créé entre plusieurs personnes physiques qui souhaitent exercer en commun une profession libérale réglementée. Ce sont des sociétés d'exercice.

Une telle société ne peut être constituée qu'entre membres de professions libérales réglementées (avocats, médecins, notaires, commissaires-priseurs, vétérinaires...).

Les sociétés civiles professionnelles (SCP) ont été créées en 1966.

Les SCP présentent les caractéristiques suivantes : 2 associés au minimum, les associés sont exclusivement des personnes physiques. Un associé de SCP ne peut pas participer à une autre SCP ou exercer séparément en tant que particulier.

Il n'y a pas de capital social minimum.

Les associés sont responsables indéfiniment des dettes sociales à l'égard des tiers.

Ils sont aussi responsables solidairement de leurs actes professionnels.

La Société civile professionnelle est transparente sur le plan de l'imposition. Ce sont les associés eux-mêmes (et non la SCP) qui sont soumis à l'impôt sur le revenu. Chaque associé déclare à l'impôt sur le revenu sa quote-part des bénéfices (selon son pourcentage de parts) dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC).

La SCP permet à des professionnels libéraux de se regrouper afin de partager certains frais qu'ils peuvent avoir en commun (secrétaire, frais généraux, locaux...).

En revanche, les associés sont responsables solidairement et indéfiniment et la majorité absolue est obligatoire pour toute décision collective.

Tous les associés sont gérants de la société sauf stipulation contraire des statuts.

Elle permet le partage d'honoraires.

5.2.2 SEL

Une société d'exercice libéral (SEL) est un type de société créé entre plusieurs personnes physiques ou morales pour l'exercice d'une profession libérale réglementée. Tout comme les SCP, les SEL sont des sociétés civiles. Mais, contrairement aux SCP, les SEL sont des sociétés de capitaux.

Les SEL ont été créées par une loi de 1990 pour permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous la forme de société de capitaux.

Les SEL peuvent prendre diverses formes :

- SELARL (société d'exercice libéral à responsabilité limitée) : c'est la forme la plus répandue. La SELARL est soumise à l'impôt sur les sociétés, et les gérants majoritaires relèvent du régime des travailleurs non-salariés.
- SELURL (société d'exercice libéral unipersonnelle à responsabilité limitée) : il s'agit d'une SELARL à associé unique, seul gérant.
- SELAS (société d'exercice libéral par actions simplifiée)
- SELASU (société d'exercice libéral par actions simplifiée unipersonnelle) : il s'agit d'une SELAS à associé unique, seul dirigeant.
- SELAFA (société d'exercice libéral à forme anonyme)
- SELCA (société d'exercice libéral en commandite par actions)

Les SEL présentent les caractéristiques suivantes : 3 types d'associés (les associés exerçant leur profession au sein de la société, les professionnels extérieurs à la société, les tiers non professionnels (personnes physiques ou morales))

Les règles de gouvernance sont les mêmes que celles des sociétés commerciales classiques (SARL, SAS, ou SA).

Les dirigeants doivent être choisis parmi les associés exerçant leur profession libérale au sein de la société.

Les SEL sont soumises à l'impôt sur les sociétés.

La responsabilité financière des associés est limitée à leur apport (contrairement aux

SCP), même si leur responsabilité civile est totale personnellement et solidairement avec les autres associés de la SEL.

Elle permet le partage d'honoraires.

5.2.3 SDF

La Société créée De Fait (SDF) est une expression juridique désignant le fait pour deux ou plusieurs personnes d'adopter les codes de la société civile ou commerciale sans que le statut de société ne soit reconnu officiellement.

Concrètement, une société est créée de fait lorsqu'un groupe de personnes se comporte de la même manière que des associés (objectif économique commun, mise en commun de biens, partage des dettes et des bénéfices...).

Cependant, toutes les conditions ne sont pas réunies pour constituer une société au sens juridique du terme (absence de déclaration par exemple).

On peut noter que certaines CPAM (comme celle de la Gironde) refusent désormais les virements vers les comptes bancaires d'une SDF. Elles exigent que le RIB corresponde à une société immatriculée. Hors situations "historiques", ceci a pour conséquence qu'il n'est quasiment plus possible de fonctionner en SDF.

5.2.4 SCM

La société civile de moyens (SCM) est une forme de société civile créée en 1966, réservée aux professions libérales (réglementées ou non) dont l'objet est la fourniture de moyens à ses membres afin de faciliter l'exercice de leur profession.

Concrètement, la SCM permet de mettre en commun du personnel ou du matériel afin de mutualiser et réduire les coûts. La SCM peut ouvrir un compte bancaire et signer un bail professionnel.

Les sociétés civiles de moyens (SCM) présentent les principales caractéristiques suivantes : 2 associés au minimum, membres de professions libérales réglementées ou non, qui peuvent être des personnes physiques ou morales (SCP, SEL...). Les associés peuvent exercer des professions libérales différentes, mais avec un lien évident entre elles. Les associés ont une responsabilité indéfinie et conjointe.

La SCM est transparente sur le plan de l'imposition des bénéfices : ce sont les associés qui déclarent leur part de bénéfice de la SCM à l'impôt sur le revenu (BNC ou BIC).

La SCM permet une mutualisation des coûts d'exploitation entre professionnels libéraux,

tout en garantissant l'indépendance juridique des membres.

Elle ne permet pas le partage d'honoraires.

MATERIEL ET METHODE

1. CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE

Le choix de la méthode qualitative s'est rapidement imposé comme le plus adapté à nos yeux.

Issue de l'anthropologie et de la sociologie, la méthode qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». (8)

Le raisonnement est « inductif, à l'opposé du raisonnement déductif où l'on vérifie statistiquement une hypothèse. »

La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins, elle permet d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins.

Elle repose sur une visée compréhensive cherchant à répondre aux questions « pourquoi » et « comment ». Elle analyse des actions et interactions en tenant compte des intentions des acteurs.

Dans notre cas, étant donné la difficulté à effectuer un recensement exhaustif, une étude quantitative ou descriptive ne nous semblait pas réalisable. Elle aurait été incomplète et peu rigoureuse.

Quand bien même une étude quantitative ou descriptive aurait été réalisable, elle aurait eu un intérêt moindre, réduisant ce travail à un simple état des lieux de la façon dont certains médecins mettent en commun leurs revenus, sans en questionner les raisons.

Cela ne répondrait pas à notre question d'étude.

Une étude qualitative répondait à l'objectif plus pertinent d'explorer les motivations d'un choix, mais aussi le ressenti et le vécu des médecins ayant fait ce choix.

Il s'agissait bien de qualifier un comportement, plutôt que de le quantifier ou le décrire, ce qui aurait eu un intérêt purement observationnel.

En effet, notre objectif d'étude n'était pas de mesurer et démontrer mais plutôt de

comprendre et de qualifier les déterminants d'un mode de rémunération, tant dans le choix que dans les implications, professionnelles et personnelles.

L'approche qualitative, à condition d'en appliquer avec rigueur les principes, nous permettait d'étudier ce phénomène de partage d'honoraires, aux déterminants multiples et complexes, afin de lui donner un sens, sans en quantifier l'étendue ni l'importance relative ; ce qui pourrait présenter un intérêt ultérieur mais ne nous semblait pas primordial en première intention.

Nous avons donc opté pour une étude qualitative.

2. CHOIX DE LA TECHNIQUE D'ENTRETIEN

La recherche qualitative dispose de quatre grands types de technique : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien. (9)

Il existe trois types d'entretiens permettant de recueillir les données :

- Les entretiens ouverts, où l'examineur n'a pas de grille de questions et laisse l'interviewé s'exprimer librement après lui avoir annoncé le thème.
- Les entretiens semi-dirigés, où le chercheur a composé une grille préalable de questions ouvertes permettant de guider le discours, avec des sous questions dites "de relance" permettant de préciser les thèmes non spontanément abordés. Ils peuvent être individuels ou collectifs.
- Les entretiens directifs, avec une liste de questions fermées ou à choix multiples, plus adaptés aux méthodes quantitatives et nécessitant de déjà connaître le sujet.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels, semi-dirigés, par conversations téléphoniques enregistrées.

2.1 L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

L'entretien individuel nous est apparu comme le meilleur moyen d'obtenir des informations complètes, avec une parole libre et sans crainte du jugement de ses

confrères, au contraire des entretiens en groupe comme les focus group.

Le sujet abordant le rapport à l'argent, ce qui peut être perçu comme assez tabou, ainsi que les relations (bonnes ou mauvaise) avec ses associés, il nous semblait plus approprié de privilégier la parole individuelle.

De plus, on pouvait avoir des perceptions très différentes au sein d'une même association, selon des critères très personnels (âge, sexe, valeurs, opinions politiques etc.), dans un focus group la parole aurait pu être freinée par la présence des autres.

2.2 L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Nous avons fait le choix d'entretiens semi dirigés, afin de pouvoir préciser le sujet, et d'aborder plusieurs aspects de la question, tout en laissant une grande liberté d'expression à la personne interrogée.

Un entretien complètement libre n'aurait probablement pas permis d'explorer toutes les perspectives, et comportait un important risque de hors sujet.

A l'inverse un questionnaire complètement fermé était exclu, car il n'aurait pas permis de répondre à notre méthode de recherche.

Il aurait induit des réponses se basant sur nos propres hypothèses préconçues au lieu de les recueillir afin de comprendre le phénomène de façon inductive et non déductive.

Ce type de questionnaire aurait exigé que nous connaissions, ou supposions, à l'avance les déterminants du partage d'honoraires et que nous les vérifiions chez les protagonistes interrogés, ce qui n'était pas le but de l'étude. De plus, il n'aurait pas offert aux médecins la possibilité d'approfondir, d'expliquer leur point de vue, de l'illustrer d'exemples etc.

En laissant parler les médecins interrogés de leur ressenti et de leur pratique le plus librement possible, nous avons pu au contraire recueillir ces informations spontanées afin de les analyser.

Nous avons donc essayé de réaliser la grille d'entretien la plus libre possible, avec seulement cinq questions et des sous-questions de relance éventuelles.

2.3 L'ENTRETIEN TELEPHONIQUE

Nous aurions préféré pouvoir réaliser ces entretiens en face-à-face, individuellement. Malheureusement, pour des questions pratiques, cela s'est avéré non réalisable.

En effet, les médecins interrogés étaient répartis sur l'ensemble du territoire français et, pour des questions de contraintes logistiques, du côté des médecins interrogés comme de l'examineur, l'entretien téléphonique a été préféré.

Il était simple et rapide à mettre en place, possible à enregistrer et pouvait s'intercaler facilement dans les emplois du temps de chacun.

Les conversations vidéo (type Skype) ont également été écartées afin de ne pas induire un biais de sélection, avec des médecins peu à l'aise avec ce genre de technologies qui auraient pu refuser de participer.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une application dédiée ("*Call Recorder*") et anonymisés avant d'être retranscrits.

3. REALISATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

C'est l'entretien qui provoque le discours dans le contexte de l'étude. Ce dernier est aussi important pour l'interprétation que le discours lui-même. Il permet de recueillir les réponses à une série de questions-guides dans un cadre permettant aux personnes étudiées de s'exprimer librement. (10)

Cette "grille d'entretien" ne constitue pas un questionnaire mais a pour but de susciter un échange informatif. C'est pourquoi elle ne constituait qu'un support à une conversation la plus libre possible, et non pas un cadre rigide à respecter absolument.

Notre entretien était divisé en deux parties distinctes.

3.1 PREMIERE PARTIE : GRILLE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Il s'agit de la grille d'entretien à proprement parler.

Afin de réaliser cette grille d'entretien, nous avons dû envisager des possibilités de réponses à notre question de recherche, à partir de postulats habituellement avancés et

de l'observation, afin de faire apparaître une liste de thèmes pertinents à aborder.

Nous nous sommes aidés pour cela de notre pré-étude réalisée en amont (cf. supra).

Nous avons déjà détaillé dans l'introduction ces propositions.

Cela nous a conduit à lister les thèmes à aborder suivants :

1. Explorer les avantages, personnels, professionnels, dans la pratique et dans la relation avec les associés, du partage.
2. Explorer les inconvénients personnels, professionnels, dans la pratique et dans la relation avec les associés.
3. Explorer les limites.
4. Explorer les motivations des médecins ayant décidé de pratiquer le partage d'honoraires.
5. Explorer les motivations des médecins ayant décidé de cesser de pratiquer le partage d'honoraires.
6. Ebaucher les perspectives d'avenir.

L'entretien débutait par une présentation courte et standardisée de l'étude, permettant une meilleure reproductibilité des résultats, et précisait les modalités d'entretien.

« Bonjour, merci de m'accorder cet entretien.

(Présentation) Je m'appelle Maud Nunes, je suis médecin généraliste remplaçante, je réalise une thèse sur le partage d'honoraires en médecine générale

(But du travail) dont le but est de permettre une meilleure connaissance de cette pratique, d'en explorer les avantages, les inconvénients et d'en décrire les modalités pratiques

Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien qui sera anonyme. »

Une première question qualifiée de "brise-glace" faisait suite, ayant pour but de mettre l'interlocuteur à l'aise et d'engager la conversation.

« Une première question pour mieux vous connaître : pouvez-vous vous présenter rapidement ? »

Conscients de la nécessité d'être le plus neutre possible et de provoquer le discours le plus libre et le plus riche possible, nous avons tenté de réaliser une grille d'entretien

semi dirigé avec peu de questions, permettant d'explorer les différents aspects de notre question de recherche.

Les questions étaient volontairement ouvertes, directives mais imprécises.

Des sous-questions de relance permettaient de faire préciser le sujet si besoin en cours d'entretien.

Les questions ne devaient jamais être fermées (amenant la réponse « Oui » ou « Non »), ni être posées de sorte à susciter un listing.

Ainsi les termes « Comment ? », « De quelle manière ? », « Que pouvez-vous me dire de... ? », « Comment vivez-vous... ? » ont été privilégiés, au contraire de « Quels sont (les avantages, les inconvénients...) ? », « Y-a-t-il... ? », « Aimez-vous... ? ».

Dans la progression, les questions allaient des notions les plus simples à aborder (historique personnel, etc.) au plus sujettes à caution (relation avec les associés, vie personnelle, etc.)

Nous avons finalement retenu les cinq questions suivantes (avec les sous-questions de relance en dessous) :

1. *Pratiquez-vous encore le partage d'honoraires ?*

2. *Comment êtes-vous arrivé au partage d'honoraires ?*

Quelles étaient vos motivations pour choisir ce mode de fonctionnement ?

3. *Parlez-moi du partage d'honoraires OU Que pouvez-vous me dire du partage d'honoraires ?*

Pouvez-vous m'en expliquer les avantages ?

Comment vivez / viviez-vous ses inconvénients ?

De quelle manière le partage d'honoraires influence / influençait-il la relation avec vos associés ?

Comment le partage d'honoraire influence/ influençait-il votre pratique professionnelle ?

De quelle manière le partage d'honoraires influence/ influençait-il votre vie personnelle ?

4. *Qu'est ce qui pourrait rendre le partage d'honoraires impossible ? OU, si arrêt*

du partage, *Qu'est-ce qui vous a poussé à arrêter le partage d'honoraires ?*

5. *Selon vous, quelle place pour le partage d'honoraires dans l'évolution du métier de médecin généraliste ?*

Si vous avez connu un autre mode de fonctionnement, qu'est-ce que ça change ?

La grille d'entretien (disponible en Annexe 1) était modulable en fonction du déroulement de la conversation, les questions étaient susceptibles de s'adapter à l'interlocuteur, et n'étaient pas forcément abordées dans l'ordre préétabli. Le discours spontané du médecin interrogé primait.

Selon le principe de la méthode inductive, la grille d'entretien était modifiable au fur et à mesure de l'étude en fonction des résultats obtenus. Ainsi, nous avons constamment comparé la grille d'entretien et les réponses obtenues lors des précédents entretiens, qui étaient codés au fur et à mesure. Les sous questions de relances notamment, ont pu être adaptées au fur à mesure selon l'avancée de l'analyse, sans pour autant modifier les grandes lignes de la grille d'entretien.

Une dernière question en toute fin d'entretien (après la deuxième partie) invitait l'interviewé à s'exprimer librement : « *Est-ce qu'il y a d'autres points que vous aimeriez aborder ?* »

3.2 DEUXIEME PARTIE : RECUEIL DE DONNEES QUANTITATIVES

Il s'agissait d'une suite de questions fermées, ou à réponses courtes, qui avaient pour but de décrire l'échantillon et de décrire les modalités de mise en œuvre du partage dans l'échantillon étudié.

Nous avons choisi de faire figurer cette partie plus quantitative en deuxième pour plusieurs raisons.

Tout d'abord car il s'agissait d'informations secondaires, l'objectif principal de notre étude était abordé dans la première partie. Il était préférable de privilégier la grille d'entretien semi dirigé au moment où l'attention de l'interviewé était maximale.

De plus, certaines des questions de la partie 2 auraient pu induire des réponses à réserver pour la suite ou influencer la suite de l'échange.

Afin de garder la plus grande neutralité et de favoriser la liberté d'expression, il valait mieux commencer par la grille d'entretien.

Enfin, un certain nombre de réponses étaient déjà données dans la première partie par le discours du médecin interrogé, ce qui permettait d'éviter les redites et de gagner du temps.

A noter que, parfois, la deuxième partie a été l'occasion pour les médecins interviewés de développer ou de revenir sur un point évoqué précédemment, et que ces données ont bien sûr été incluses dans la première partie pour l'analyse.

Le questionnaire permettant de caractériser l'échantillon était le suivant :

1. Sexe
2. Âge
3. Date d'installation
4. Département
5. MSP ou cabinet
6. Date de début de partage
7. Avez-vous déjà fonctionné autrement ?
8. Partage encore en cours ?
9. Structuration juridique ?
10. Quelles ont été vos autres structurations juridiques éventuelles ?
11. Combien de médecins généralistes y a-t-il dans la structure ? Sont-ils tous associés ?
12. Combien d'associés participent au partage d'honoraires ?
13. Quels sont les modes de rémunération concernés par le partage (actes, ROSP, forfaits ALD et MT, enseignement, expertise, maîtrise de stage, gardes : honoraires/astreintes, vacations, régulations 15) ?
14. Dans ce qui est partagé, la répartition est-elle égalitaire ?
15. Comment est organisée la redistribution des honoraires sur le plan pratique (mensuel, hebdomadaire...) ?
16. Comment répartissez-vous le temps de travail au niveau des horaires ? au

niveau du nombre de consultations ? au niveau des congés ?

17. Y a-t-il des dépenses non partagées ?

La question 15, qui ne présentait pas vraiment d'intérêt, a été abandonnée après le premier entretien.

4. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

4.1 POPULATION ETUDIÉE

4.1.1 La production de l'échantillonnage

L'étude qualitative étant « l'analyse qui détermine la nature des éléments composant un corps sans tenir compte de leurs proportions » (11), on ne cherche pas à y obtenir un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires quantitatifs. (12)

L'échantillon, pour être représentatif, doit être le plus varié possible, afin de faire ressortir les divergences (de comportement, de représentation) qui existent dans la population concernée. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données, afin d'être au mieux le reflet de la réalité (13).

Nous avons commencé par lister des médecins susceptibles de participer à l'enquête, c'est-à-dire correspondant aux critères d'inclusion.

Ils ont été identifiés par : le bouche à oreille, les connaissances, Twitter, la mailing liste du Syndicat de Médecine Générale, puis l'effet boule de neige. Nous avons ainsi obtenu une liste d'une trentaine de médecins et/ou associations concernées par le partage d'honoraires, sur l'ensemble du territoire.

4.1.2 Critères d'inclusion

Les médecins cible étaient :

- Des médecins généralistes,

- Hommes ou femme,
- Installés en cabinet de groupe ou en Maison de santé pluridisciplinaire,
- En France,
- En activité ou retraité,
- Partageant ou ayant partagé tout ou partie des honoraires, à un moment donné.

4.1.3 Critères d'exclusion

Nous avons fait le choix de ne pas inclure :

- Les médecins d'autres spécialités, car notre question d'étude s'intéresse à la médecine générale.
- Les médecins installés dans d'autres pays car notre champ de recherche concernait le territoire français.

Une comparaison avec les pratiques des autres spécialités ou des autres pays pourrait être intéressante mais devrait faire l'objet d'une autre question de recherche.

- Les médecins n'ayant pas fait l'expérience du partage, qu'ils en aient entendu parler ou non.

Nous avons ainsi choisi de ne pas inclure, par exemple, les médecins qui étaient en association avec des médecins qui partagent mais sans participer au partage, ou qui avaient fait le choix de ne pas partager.

Nous avons fait ce choix tout d'abord pour éliminer le problème de méconnaissance du sujet, la grande majorité des médecins ne partageant pas leurs honoraires n'en ayant tout simplement jamais entendu parler, mais également pour éviter de baser les réponses sur des a priori plutôt que des expériences vécues.

Ensuite car l'inclusion de médecins n'ayant jamais participé à un partage d'honoraires permettrait de répondre à des questions comme « Quels sont les freins au partage d'honoraires ? », ou encore « Quelle est la perception du partage d'honoraires chez les généralistes ? », ou « Quelles sont les idées reçues concernant le partage d'honoraires ? », qui sont certes des questions intéressantes pouvant faire l'objet de travaux futurs mais il ne s'agit pas de notre question de recherche.

Nous nous en sommes donc tenus aux médecins généralistes français partageant ou ayant partagé leurs honoraires.

En revanche, il n'était pas nécessaire que le partage soit encore actif, les motifs d'arrêt étant des déterminants intéressants à étudier, ni que le participant soit encore en activité.

De plus, le fait d'inclure des participants ayant pratiqué puis arrêté le partage d'honoraires permettait aussi de ne pas se limiter aux personnes « adeptes », mais d'obtenir des points de vue les plus variés et objectifs possibles.

4.2 RECRUTEMENT DE LA POPULATION

Au sein de cette liste, nous avons contacté ensuite les médecins pour leur proposer de participer à l'étude. Nous avons contacté en priorité ceux qui nous avaient déjà donné leur accord lors du pré-travail, puis l'inclusion des médecins a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de contrôler la répartition.

Ainsi, le listing de participants potentiels a été obtenue de manière assez peu orientée (bouche à oreille, effet boule de neige), mais la sélection des participants sollicités au sein de ce listing s'est par la suite faite de manière orientée afin d'assurer une meilleure validité externe à l'enquête, en assurant une variation maximale à l'échantillon.

Nous avons ainsi tenté de produire un échantillonnage le plus varié possible selon les critères suivants :

- Le sexe

Le fait d'être un homme ou une femme pouvait influencer les perceptions et les représentations, tant dans les relations avec ses collègues que dans le rapport à l'argent par exemple.

- L'âge

L'âge des médecins retenus et l'année d'installation pouvaient influencer les résultats dans la mesure où nous avons constaté que les motivations avancées et le contexte sociétal variaient avec le temps et les générations.

- Le mode de recrutement

Nous avons veillé à avoir une diversité maximale dans les sources de recrutement (bouche à oreille, réseaux sociaux, syndicats...) des participants, afin de limiter les biais de recrutement. En effet le fait d'être issu d'un même syndicat par exemple pouvait avoir une incidence, notamment sur les sensibilités politiques.

- Le lieu d'exercice

Etant donné qu'il s'agit d'une pratique minoritaire, la répartition s'est naturellement faite sur l'ensemble du territoire, sans qu'une région ou un mode d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) ne soit privilégié.

Nous avons essayé dans la mesure du possible de ne pas interroger deux médecins issus de la même association, pour varier au maximum l'échantillon. Seuls les médecins A et B font exception, car nous avons choisi d'inclure le médecin A qui était l'entretien test.

Le premier contact était établi par mail, ou par téléphone si nous ne disposions pas de l'adresse mail. Nous leur expliquions le but de l'étude, le moyen par lequel nous avons obtenu leurs coordonnées, puis nous leur proposons un rendez-vous téléphonique pour l'entretien s'ils étaient d'accord pour participer.

Le texte du mail était le suivant :

« Madame /Monsieur,

Je m'appelle Maud Nunes et je suis médecin généraliste remplaçante en Gironde, je réalise actuellement une thèse sur le partage d'honoraires en médecine générale, sous la direction du Dr Stéphane Fraize.

Je me permets de vous contacter car j'ai appris via [le mode de recrutement en question : SMG, bouche à oreille...] que vous étiez ou aviez été concerné par cette pratique.

Il s'agit du premier travail sur le partage d'honoraires en France, je vous avais peut-être déjà contacté en 2014 afin de réaliser un premier état des lieux permettant d'affiner cette étude.

Son but est de permettre une meilleure connaissance du partage d'honoraires, d'explorer son intérêt, ses limites, afin d'approfondir ensuite ses perspectives d'avenir

L'étude repose sur l'analyse d'entretiens avec des médecins pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires.

Les entretiens peuvent se faire de visu ou au téléphone, sont anonymes et durent une vingtaine de minutes.

Seriez-vous éventuellement d'accord pour m'accorder cet entretien ?

Si oui, je vous en serais très reconnaissante, je vous laisse mes coordonnées et je me tiens à votre disposition pour fixer un créneau à votre convenance. »

La teneur de la présentation téléphonique était sensiblement la même.

Nous n'avons eu à déplorer que très peu de refus ou de non-réponse, la plupart des confrères contactés étant plutôt enthousiastes à l'idée de partager leur expérience.

4.3 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance en fonction de sa représentativité

statistique, mais dépend de la saturation des données, ou redondance. On appelle redondance la répétition d'une idée ou d'un concept similaire dans deux entretiens différents.

La saturation des données est caractérisée par l'obtention d'une redondance des éléments-clés dans les différents entretiens. Le recueil de données peut s'arrêter lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. (14)

Cependant, dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon dépend également de paramètres tels que la durée de l'entretien, le type de population ciblée, le nombre d'entretiens que peut matériellement conduire un examinateur unique.

Dans notre situation, nous avons estimé la taille de l'échantillon au départ à l'aide de notre listing (une trentaine de noms), puis nous avons arrêté le recueil lorsque nous avons estimé que nous avons atteint la saturation des données. Cela s'est produit après analyse globale du 9^{ème} ou 10^{ème} entretien, nous avons arrêté le recueil au 11^{ème} entretien, pour vérification de la saturation des données.

5. COLLECTE DES DONNEES (REALISATION DES ENTRETIENS)

5.1 ENTRETIEN-TEST

Le premier entretien était un entretien test, le seul à être réalisé en face à face.

Il a été réalisé auprès d'un médecin de notre connaissance, dans les conditions réelles.

Il permettait de tester la grille d'entretien, et la technique d'enregistrement, ainsi que d'acquérir une première expérience.

En l'absence de modification majeure à l'issue de cet entretien, les éléments obtenus ont été jugés informatifs et nous avons donc inclus cet entretien test dans les résultats globaux.

5.2 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens étaient téléphoniques, un rendez-vous était pris à l'avance sur le temps libre des médecins interviewés, rarement sur une plage de consultation, afin de ne pas être pris par le temps et favoriser un échange libre.

Ils avaient lieu au maximum dans un endroit calme et sans perturbations du réseau, au domicile ou au cabinet.

L'entretien débutait par une présentation standardisée, puis se déroulait selon les 2 parties détaillées précédemment.

Il était enregistré via une application dédiée, « *Call Recorder* », depuis un smartphone.

Le consentement était recueilli en début d'entretien et les médecins étaient informés que les données seraient anonymisées.

Pendant l'entretien, nous avons veillé à rester neutre au maximum, en utilisant des termes comme « D'accord », ou « Ok », sans émettre de jugement.

Quand une idée intéressante était émise, nous la reformulions ou utilisions la technique de la pause active pour amener le participant à développer. Parfois nous demandions à faire préciser une idée.

Le discours libre était toujours privilégié, ce qui, étant donné l'intérêt des participants pour le sujet et l'étendue du champ de recherche, a conduit à des entretiens plutôt longs.

Nous avons réalisé 11 entretiens, allant de 18 minutes 03 secondes à 1 heure 07 minutes 32 secondes, avec une moyenne à 40 minutes 41 secondes. Cette durée inclut la présentation téléphonique et la partie 2 de l'entretien, quantitative, mais ayant parfois conduit à des discussions supplémentaires.

6. TECHNIQUE D'ANALYSE

6.1 RETRANSCRIPTION

Les enregistrements numériques étaient la matière première de notre étude.

Après avoir été sauvegardés, ils ont été retranscrits mot à mot en verbatims.

Ils ont été lus à vitesse réduite grâce au logiciel VLC Media Player, puis retranscrits sur Word, le plus fidèlement possible, en incluant les hésitations, les rires, les lapsus, le langage familier, les quiproquos, les pauses. Seules ont été corrigées la ponctuation et la syntaxe, afin de passer du langage oral au langage écrit.

Malheureusement, le non-verbal n'a pu être inclus dans les retranscriptions que de façon limitée car les entretiens ont eu lieu par téléphone, ce qui prive notre matériau d'une partie de sa substance.

Nous avons cherché à être le plus rigoureux possible dans la retranscription afin qu'un autre chercheur puisse analyser les mêmes données de la même manière et arriver, tant que possible, aux mêmes conclusions. (Encore que cette notion mériterait d'être nuancée au regard des publications de Magali Ayache et Hervé Dumez qui réfutent cette

possibilité comme allant à l'encontre même du principe de théorisation ancrée (15))

Puis les entretiens ont été anonymisés. Les médecins ont été renommés de façon ordinaire : Dr A pour le premier médecin, Dr B pour le second, etc.

Cependant l'anonymisation ne permettait pas une parfaite confidentialité, étant donné que d'autres éléments permettent de reconnaître les individus (sexe, âge, lieu, contexte) et, ce, d'autant plus qu'il s'agit d'une pratique minoritaire. Nous avons donc fait le choix de joindre les verbatims dans une annexe séparée qui ne sera pas rendue publique, afin de respecter la confidentialité.

Nous avons préféré cette option à celle de retirer les éléments permettant d'identifier les personnes car ils étaient très nombreux et surtout riches de sens pour l'analyse.

6.2 PLAN D'ANALYSE

Nous avons ensuite procédé à l'analyse des données obtenues.

L'analyse a débuté dès la retranscription du premier entretien et s'est poursuivie après chaque nouveau recueil de données, jusqu'à saturation des données.

La méthode d'analyse qui nous a semblé la plus appropriée était l'analyse phénoménologique car l'objectif était d'appréhender, de comprendre l'expérience vécue des personnes (16). L'approche phénoménologique nous a donc paru plus adaptée que d'autres approches analytiques, comme par exemple la théorisation ancrée pure (même si l'analyse de données qualitative nécessite des techniques inspirées de la théorisation ancrée, comme la démarche inductive pour notre étude). Il ne s'agissait pas non plus d'une étude de cas, ni d'une biographie ou une ethnographie. L'approche phénoménologique a été préférée car elle permet une compréhension de l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes, ce qui était adapté à notre question de recherche.

Nous avons donc procédé selon les différentes étapes de la réduction phénoménologique de Deschamps (17), à l'aide du logiciel spécialisé NVivo 11.

Ces étapes étaient :

- Imprégnation, ou familiarisation avec les données

Lectures répétées des verbatims de façon "flottante", qui nous a permis de voir émerger différents thèmes. Cette étape a été facilitée par le fastidieux travail de retranscription.

- Découpage en unités de sens, ou encodage

Il s'agit de simplifier la richesse première du matériau en le découpant en unités de sens. Nous avons alors découpé le contenu du verbatim en autant d'unités de

sens, en créant des « nœuds » sur notre logiciel de codage.

- Analyse descriptive

Nous avons ensuite développé le contenu des unités de sens, en leur donnant un nom et une description, de manière à approfondir leur signification. Nous avons pour cela confronté les contenus à nos propres connaissances, afin d'explicitier, dans nos mots et à l'aide de ceux des participants, les idées émergentes pour s'en approprier le sens. Les unités approfondies de signification ainsi obtenues représentent la rencontre active du chercheur avec l'expérience.

- Interprétation

C'est la dernière phase de la démarche de réduction phénoménologique, qui consiste à réaliser la synthèse de tous les développements des unités de sens (ou nœuds). Ici, le chercheur doit regrouper les unités de sens et les transformer en concepts pour en faire en une description cohérente et synthétique. Cette étape nous a permis d'exporter un rapport synthétique des données qualitatives qui constituera la base des résultats (résumé en Annexe 2)

Avant de réaliser cette analyse, une formation préalable à l'utilisation du logiciel NVivo a été nécessaire.

Au fur et à mesure des étapes explicitées ci-dessus, nous obtenions un arbre de nœuds et de sous nœuds de plus en plus important, les unités de sens étaient identifiées, regroupées en thématiques, catégorisées. Une deuxième analyse des premiers verbatims traités a été réalisée au fur et mesure de l'avancée du travail. Toujours selon le principe de l'aller-retour constant entre les données issues de l'observation (les entretiens) et l'analyse, nous avons donc relu et recodé constamment les verbatims au fur et à mesure de l'avancée de l'analyse.

Ce travail a été réalisé par deux examinateurs différents (le chercheur et le directeur de thèse), afin d'assurer une meilleure validité à l'étude. Une triangulation avec une troisième analyse aurait été préférable mais ce n'était pas matériellement réalisable pour notre étude.

Puis les deux analyses obtenues ont été confrontées, pour vérifier la validité et mettre en exergue les divergences éventuelles, liées au biais d'interprétation.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Nous avons interrogé 11 médecins, entre février 2017 et novembre 2017.

L'échantillon devait être en recherche de variation maximale, nous avons donc inclus les médecins au fur et à mesure de la réalisation des entretiens en essayant de varier au maximum le sexe, l'âge, le mode de recrutement et le lieu d'exercice.

L'échantillon comporte finalement 5 hommes et 6 femmes.

Ils étaient âgés de 31 à 66 ans, la moyenne d'âge se situait à 51,7 ans.

4 étaient en première moitié de carrière (de 30 à 45 ans, installés depuis moins de 15 ans), 7 étaient en deuxième moitié de carrière (de 45 à 60 ans ou plus, installés depuis plus de 15 ans)

Ils étaient installés depuis 2 à 36 ans, la moyenne se situait à 20 ans.

Concernant le mode de recrutement : 4 avaient été intégrés à notre liste via le syndicat de médecine générale, 6 via le bouche à oreille, 1 par Twitter (ce qui peut être considéré comme l'équivalent du bouche à oreille).

L'orientation politique du Syndicat de Médecine Générale aurait pu orienter les réponses et apporter un biais, nous avons donc veillé à ce qu'il ne représente pas une part trop importante du recrutement.

Trois médecins exerçaient en MSP, 8 en cabinet de groupe. Nous avons constaté que le fait d'être en MSP ou en cabinet de groupe ne modifiait pas les réponses.

Ils étaient répartis sur l'ensemble du territoire, avec 8 départements différents représentés (32, 33, 40, 44, 59, 85, 91, 92). 4 exerçaient en semi rural (à moins de 30 minutes d'une grande ville), 4 en rural et 3 en zone urbaine, en banlieue.

Sur 11 médecins interrogés, le partage était actif pour 6 : 5 encore en partage actif pour tous les associés, 1 en partage partiel (2 associés sur 5).

Pour ceux qui continuaient le partage, il avait lieu depuis 2 ans à 26 ans, avec une moyenne à 13,2 ans.

5 médecins interrogés avaient arrêté le partage.

Il avait duré de 13 à 21 ans, avec une moyenne à 16.5 ans.

Concernant la structuration, 5 étaient en SCP, 6 en SDF (lors du partage). Il n'y avait pas d'influence de la structuration juridique dans les réponses.

	Genre	Âge	Année d'install.	Durée d'install.	Dépt	Mode de recrutement	MSP ou cabinet
Médecin A	<i>H</i>	42	2006	12 ans	33	<i>Bouche à oreille</i>	<i>MSP</i>
Médecin B	<i>F</i>	42	2005	13 ans	33	<i>Bouche à oreille</i>	<i>MSP</i>
Médecin C	<i>H</i>	65	1982	36 ans	59	<i>Twitter</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin D	<i>F</i>	61	1985	33 ans	91	<i>SMG</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin E	<i>H</i>	66	1980	20 ans	85	<i>SMG</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin F	<i>F</i>	59	1989	29 ans	92	<i>SMG</i>	<i>MSP</i>
Médecin G	<i>F</i>	31	2016	2 ans	44	<i>Bouche à oreille</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin H	<i>F</i>	60	1992	26 ans	92	<i>SMG</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin I	<i>H</i>	51	1996	22 ans	40	<i>Bouche à oreille</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin J	<i>H</i>	55	2000	18 ans	33	<i>Bouche à oreille</i>	<i>Cabinet</i>
Médecin K	<i>F</i>	37	2010	8 ans	32	<i>Bouche à oreille</i>	<i>Cabinet</i>

Pour comparer avec la population médicale française, les données de la CARMF et du Conseil de l'Ordre permettent d'extraire les données suivantes :

- L'âge moyen des médecins français en 2017 était de 51,20 ans, avec 47% de femmes et 53% d'hommes. Ces données concernent l'ensemble des médecins français.
- Concernant les médecins généralistes, la moyenne d'âge se situait à 52 ans en 2015, avec 43% de femmes et 57% d'hommes.

On constate que les données de notre échantillon sont assez comparables avec la démographie médicale française en ce qui concerne le sexe et l'âge.

2. ANALYSE DE LA PREMIERE PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Les retranscriptions des entretiens ont été jointes en annexe séparée.

Après écoute et retranscription des entretiens, nous avons procédé à l'analyse des verbatims par réduction phénoménologique selon la technique de Deschamps, comme détaillé plus haut.

Nous avons premièrement découpé les textes en unités de sens, et isolé 210 "codes" ou "nœuds". Ces codes sont disponibles dans le Dictionnaire de codes fourni en Annexe 2.

Le champ de recherche étant large, nous avons obtenu un matériau dense à analyser, avec des entretiens longs et riches de données. C'est pourquoi nous avons obtenu un grand nombre de codes, synthétisables en 6 grands thèmes eux-mêmes subdivisés en 3 à 6 grandes catégories.

Nous avons catégorisé tous ces codes, en les hiérarchisant donc en 6 grands thèmes, résumés ci-dessous :

- **Motivations**
- **Avantages**
- **Contraintes et inconvénients**
- **Conditions nécessaires**
- **Facteurs d'échec**
- **Contexte**

Nous analyserons ici le contenu détaillé de chacun de ces thèmes, illustré de quelques citations significatives.

2.1 MOTIVATIONS

Nous avons demandé aux médecins interrogés comment ils étaient arrivés au partage d'honoraires, quelles avaient été leurs motivations pour choisir ce mode de fonctionnement.

Les réponses ont été variées, elles dépendaient des parcours individuels, et des générations.

On a dégagé des motivations tantôt idéologiques, tantôt "contestataires" (c'est-à-dire en opposition avec le système de rémunération classique) et parfois financières ou contextuelles.

2.1.1 Les motivations idéologiques

MOTIVATIONS

Les motivations idéologiques

- *Choix philosophique*
- *Choix militant et syndical*
- *Choix politique*
- *Choix du collectif*
- *Choix promu par des médecins engagés qui ont servi de modèles*
- *Evidence*

2.1.1.1 Un choix philosophique

Pour la grande majorité des médecins interrogés, le choix du partage est un choix philosophique, de partage, de collectif, qui s'inscrit dans des convictions plus larges, et permet de défendre des valeurs personnelles y compris dans son choix de fonctionnement professionnel.

« Moi, c'est vraiment philosophique comme choix. J'ai toujours partagé, je n'ai jamais pratiqué à l'acte en solo. » (Médecin A)

« En tous cas, c'est une réflexion beaucoup plus large que juste son petit confort de vie. C'est pour ça que je parlais du sens aussi : quel sens on donne à ce qu'on fait, quel sens on donne au soin, etc. » (Médecin G)

2.1.1.2 Un choix militant et syndical

Il s'agit souvent aussi d'un choix militant, assez engagé. Certains ont été amenés à découvrir le partage d'honoraires par leur organisation syndicale.

C'est une notion qui revient davantage dans la génération des médecins installés depuis les années 1980, et chez les personnes recrutées via le SMG, mais pas seulement.

« Oui, c'est ça. Là, c'était vraiment un choix militant. » (Médecin H)

« Moi j'ai entendu parler de ma structure via un autre collègue, encore plus militant et engagé que moi. » (Médecin G)

« Ça c'est l'histoire du SMG la masse commune... » (Médecin D)

« On y est arrivés dès le départ, on avait cette idée en tête, parce qu'en fait on était tous les deux adhérents du même syndicat, (...) et ça faisait partie un peu des idées des membres du syndicat. » (Médecin C)

2.1.1.3 Un choix politique

Dans la même optique, il s'agit pour certains d'un choix d'engagement politique.

« A mon avis c'est plus une question de formations, ou d'idées sociologiques, d'idées politiques. Avec mon premier associé, on avait beaucoup d'idées, y compris politiques, très proches, de solidarité, de partage, on était peut-être un peu soixante-huitards... » (Médecin C)

« Il y a aussi peut-être le côté... J'irai un peu plus loin : il y a le côté politique de la chose, qui est importante aussi. Quand je vous dis qu'on est tous contre le paiement à l'acte, ce n'est pas que de l'éthique, là, c'est vraiment qu'en terme de politique, on pense que le fonctionnement du système de soins actuellement n'est pas optimum pour favoriser l'accès aux soins. » (Médecin G)

« Elles n'ont pas l'analyse politique que j'ai, quoi. Même si je leur offre sur un papier, sur un plateau, tous les jours, que je leur explique, ça ne les branche pas. » (Médecin F)

« Mais c'est sûr que, pour moi, il y a un choix politique qui est énorme là-dedans. » (Médecin G)

2.1.1.4 Le choix du collectif

Le partage a été pour certains le seul moyen d'obtenir un fonctionnement véritablement collectif, les MSP ou les associations classiques n'entraînant pas assez de travail en équipe.

Ainsi, pour une, ses expériences dans des fonctionnements sans partage lui ont donné l'impression de « fonctionnements individuels apposés » :

« Je trouve que ça aide. Je trouve qu'on travaille beaucoup plus en équipe que, par exemple, dans un Pôle de santé multidisciplinaire (...) où finalement je trouve que c'est de la médecine libérale apposée.

Moi, quand je suis arrivée (...) dans un Pôle de santé (...) en me disant « Ils ont tout compris, c'est comme ça qu'il faut faire » et je suis repartie en voyant tout ce qui n'allait pas et tout ce qui était insuffisant dans la façon de fonctionner ensemble.

J'avais l'impression que c'était des cabinets où chacun gérait, entre guillemets, ses problèmes de son côté. Les comptes étaient séparées et, du coup, le fonctionnement n'était pas si collectif que ça.

Alors que, là, on est vraiment dans un cabinet (...) plus collectif, en fait, dans le fonctionnement. » (Médecin G)

2.1.1.5 Le choix des modèles

Pour certains participants ayant fait leurs études à la fin des années 70, le premier contact avec le partage d'honoraires s'est fait avec des médecins engagés qui ont agi comme des “modèles” : les fondateurs de *Prescrire*, du SMG, de *Pratiques*, du LAC, etc. Leur motivation a donc été philosophique et militante, dans le cadre d'un engagement plus vaste autour d'une réforme de la médecine générale.

« Et donc pendant cette grève, j'ai vu débouler dans un amphi survolté des médecins qui étaient des médecins généralistes et qui nous ont parlé de la médecine générale d'une façon dont je n'avais jamais entendu parler : sur la médecine de la globalité, de la personne dans son environnement, dans sa famille, dans son travail, vraiment dans sa

globalité. Et je me suis dit « Tiens, c'est intéressant ce discours. » C'était ceux qui ont créé le Syndicat de la Médecine Générale, (...) qui ont créé la revue Prescrire, qui ont créé la SFTG (...) et qui ont aussi créé la revue "Pratiques ou la Médecine Utopique". Donc ça, c'était mon premier contact avec ces gens-là. » (Médecin D)

« Ce sont des gens (...) qui avaient fondé le LAC (le mouvement de libération de l'avortement et de la contraception), qui avaient fondé la revue Pratiques et la revue Prescrire... Donc voilà, c'était mon "lieu de pensée commune" naturel. » (Médecin F)

« Moi j'avais fait la connaissance (...) par la publication de la revue Pratiques, et ça me correspondait (moi j'ai fait mes études entre 73 et 81, donc c'était vraiment l'effervescence au niveau médecine générale. Enfin, pour un petit pourcentage de médecins). J'ai rencontré mes collègues, qui étaient déjà en partage d'honoraires, en faisant ma thèse, pour les interviewer. » (Médecin H)

2.1.1.6 Une évidence

Enfin, certains ne justifient pas leur choix par une motivation précise mais l'ont ressenti comme une évidence.

« Eh bien, je dirais que ça a été une évidence. » (Médecin E)

2.1.2 Les motivations contestataires

Parmi les motivations avancées par les médecins interrogés, beaucoup correspondent à un souhait de "faire autrement" de ce qui est habituellement pratiqué, c'est-à-dire la rémunération individuelle à l'acte classique. Il s'agit d'aborder différemment la rémunération, et essentiellement de rechercher des solutions alternatives.

MOTIVATIONS

Les motivations contestataires

- **Recherche d'une rémunération alternative**
 - **Prise en compte de la mission globale**
 - **Se délier de l'acte**
 - **L'acte encourage la surconsommation médicale**
 - **L'acte est discriminatoire pour les moins favorisés**
 - **L'acte est un système inflationniste**

- *L'acte ne favorise pas le temps de travail*
- *L'acte ne reflète pas la mission de généraliste*
- *L'acte ne rémunère le temps de travail hors consultation*
- *L'acte n'est pas rentable*
- *Le codage à l'acte est compliqué*
- *Se rapprocher de la capitation*
- *Se rapprocher du forfait*
- *Se rapprocher du salariat*
- *Se détacher du libéral*
- *Se détacher du rapport à l'argent*
- *Travailler pour faire fonctionner une structure*

2.1.2.1 La recherche d'une rémunération alternative

Les médecins interrogés étaient majoritairement insatisfaits du système de rémunération actuel, et en particulier du paiement à l'acte. La motivation principale, rapportée avec force par la quasi-totalité des participants, était le désir de se délier du paiement à l'acte. Ils cherchaient aussi parfois à se rapprocher d'autres systèmes de rémunération (salariat, forfait, capitation), ou à redonner de la valeur à la mission globale de médecin généraliste.

2.1.2.2 Se délier de l'acte

L'acte est donc majoritairement rejeté.

« Et la valeur que ça prône, c'est-à-dire essayer de se détacher d'une facturation pour un acte qui n'est pas forcément bien défini. » (Médecin A)

« C'est le système en France qui s'apparente le plus au fait de ne pas être lié à l'acte. » (Médecin B)

« Ça permet de se décrocher de cette histoire de cotation à l'acte, en fait. Et là, pour le coup, collectivement on est tous d'accord pour dire que c'est une mauvaise chose. » (Médecin G)

« Dans l'idée, depuis toujours moi je suis quelqu'un qui dit que le paiement à l'acte n'est pas la bonne solution pour la rémunération des médecins généralistes en ambulatoire. » (Médecin E)

Pour expliquer cela, de nombreux arguments sont avancés.

- L'acte ne reflète pas la mission de généraliste.

« Eh bien, c'était de ne pas être payée à l'acte, être payée à la fonction, et s'occuper de la santé des gens et pas... » (Médecin H)

« Que, peut-être, le fait de travailler à l'acte ça veut dire vraiment « voir un patient et gagner tant d'argent ». Alors que notre travail ce n'est pas de voir un patient qui est important, c'est de s'occuper de lui en général. » (Médecin G)

- Le paiement à l'acte ne favorise pas le temps de travail.

« Mais j'ai toujours trouvé que ce système était débile, qu'il ne favorisait pas le temps de travail » (Médecin F)

« Ce n'est pas la façon dont moi j'ai envie de travailler parce que, si les gens ont plusieurs problèmes, on ne peut pas forcément tout régler en une seule consultation. Sans faire une consultation de 2 heures non plus, mais c'est vrai que pouvoir prendre son temps ça me paraît capital. » (Médecin H)

- C'est un système inflationniste.

« Ce n'est pas bien, quoi, il y a une espèce d'appât du gain. » (Médecin F)

« Ça amène à voir beaucoup les gens, peut-être même inconsciemment en fait, se dire qu'on a besoin de voir les gens régulièrement, alors qu'en fait c'est peut-être inutile de les voir si souvent. » (Médecin G)

- Le paiement à l'acte encourage la surconsommation médicale.

« Je trouve que, d'une manière ou d'une autre, ça doit intervenir un peu dans la surconsommation médicale, je pense. » (Médecin G)

« Moi, je n'ai jamais eu tendance à faire revenir les gens, même quand j'étais remplaçante, quand ce n'était pas utile, mais on est quand même influencé par ça. » (Médecin H)

- C'est un système discriminatoire.

« Et qu'il était discriminatoire pour les gens, en particulier ceux qui n'ont pas d'argent. » (Médecin F)

- Le paiement à l'acte ne rémunère pas le temps de travail hors consultations.

« Il vaut mieux prendre un avis téléphonique, ou remplir un dossier MDPH, ou un dossier de maison de retraite. Et ça, des fois, on le fait sans [le patient], pourtant ça fait aussi partie de notre travail, et pourtant c'est une activité qui a l'air de ne pas être rémunérée. Alors qu'en fait... Enfin, voilà, pour moi c'est plutôt ça qui m'embête dans la cotation à l'acte. » (Médecin G)

« Alors la fonction qui ne couvre pas que le soin qu'on fait toutes les 20 minutes à une personne qui vient consulter, mais aussi ce qu'on appelle maintenant l'ETP (...) et puis la formation, la coordination etc. Tout ce qui fait que ce métier est global. Il existe dans cette globalité-là, et si on se contente d'être rémunéré à l'acte, eh bien on ne rémunère pas ces autres fonctions. » (Médecin G)

- Le paiement à l'acte n'est pas rentable.

« Je vois des patients extrêmement lourds, et qui me prennent énormément de temps, c'est que je suis plutôt payée moins que les jeunes qui arrivent, parce que je garde quelques fois les gens 3/4 d'heure, parce qu'ils ont des pathologies qui le nécessitent. Quand on est payé à l'acte, c'est vrai que ce n'est pas très rentable. » (Médecin H)

- Le codage des actes est compliqué.

« En plus, c'est devenu hyper compliqué, avec tous les tarifs, c'est devenu n'importe quoi. Il faut coder, maintenant (...) En plus c'est compliqué, même pour les patients, ils ne comprennent pas pourquoi ce n'est pas toujours le même prix. » (Médecin H)

2.1.2.3 Se rapprocher du forfait

Pour certains, le partage permet de se rapprocher d'un système "au forfait" comme pratiqué en Belgique par exemple.

« Se rapprocher du système forfaitaire où, finalement, toutes les recettes sont mises dans un pot commun et avec cette somme d'argent, chaque professionnel peut décider de passer plus de temps, de considérer éventuellement que dans sa mission de soignant il fait des réunions qui sont non payées, de faire de la prévention. » (Médecin B)

2.1.2.4 Se rapprocher du salariat

« En fait nous ce qu'on essaye de faire dans notre structure c'est de rapprocher les choses du salariat » (Médecin G)

2.1.2.5 Se rapprocher de la capitation

« La capitation, moi je voulais, d'être payée autrement qu'à l'acte. Moi, si je pouvais, ça aurait été la capitation, c'est-à-dire au nombre de patients que je suis. » (Médecin F)

2.1.2.6 Prendre en compte la mission globale

Le partage d'honoraires peut être choisi pour donner davantage le sentiment de rémunérer l'ensemble des missions de généraliste que dans un paiement à l'acte individuel. Ainsi, le temps passé à travailler en dehors du temps de consultation, donc de l'acte, est tout de même pris en compte par la rémunération collective.

« C'est une question de temps et de se dire qu'on est aussi payé à la mission, du coup. Enfin, moi, c'est ce que je recherche, de me dire que quand je vais passer une heure de réunion de coordination (...) qu'à la fin du mois ça sera effectivement équilibré.

Je ne vais pas forcément considérer que je ne vais pas gagner d'argent quand je vais faire ma réunion, parce que, pour moi, je suis payée à la mission. Je travaille de telle heure à telle heure, et tout ce qu'il se passe dans ce temps-là, je considère que c'est rémunéré par le partage d'honoraires. » (Médecin B)

2.1.2.7 Se détacher du système libéral

Pour certains, c'est le principe même du libéral qui ne leur convenait pas, et aurait pu leur faire renoncer à une installation. Le système du partage d'honoraires permettait d'atténuer le côté "libéral" et de répondre davantage à leurs attentes.

« Et à la fois, le côté qui ne me plaisait pas du tout dans la médecine générale, c'était le côté libéral. » (Médecin G)

2.1.2.8 Se détacher du rapport à l'argent

Pour plusieurs participants, le rapport monétaire avec le patient est mal vécu, perturbe le rapport au soin, n'a pas sa place dans une relation de soin. Se détacher du paiement individuel (c'est la collectivité qui est rémunérée) permet d'éloigner cette contrainte.

« Donc, voilà, là j'avais l'impression quand je faisais payer les gens, que je les faisais payer pour faire fonctionner la structure, pour salarier une secrétaire, pour offrir un service collectif. Voilà, ça me convenait bien pour ça. » (Médecin H)

« De savoir qu'un patient n'est pas égal à une somme, ça recentre aussi l'essence et le sens du soin. » (Médecin G)

« Mais le partage d'honoraires est basé aussi sur le paiement à l'acte. Quand je me suis installée, le paiement à l'acte me dérangeait, demander de l'argent à la fin me dérangeait. » (Médecin D)

2.1.2.9 Faire fonctionner une structure

Les gains allant pour le collectif, le partage permet de travailler pour faire fonctionner une structure, pour rémunérer le personnel non médical (secrétaire, coordination, etc.).

« Moi, en plus, comme ça me convenait tout à fait comme principe, c'est-à-dire que je ne travaille pas pour gagner beaucoup d'argent, je travaille pour gagner ma vie, faire fonctionner le cabinet, payer une secrétaire, que tout fonctionne bien etc. » (Médecin H)

2.1.3 Les motivations financières et contextuelles

MOTIVATIONS

Les motivations financières et contextuelles

- ***Argument pour s'installer***
- ***Financier : Assurer un revenu minimal à l'installation***
- ***Favorise l'association en groupe : libère de la concurrence***
- ***Choix imposé par le choix de la structure***

2.1.3.1 Argument pour s'installer

Une des motivations pour entrer dans le partage peut être de diminuer les contraintes d'installation : assurer un revenu minimal à l'installation et la gestion collective des contraintes.

2.1.3.2 Financier : assurer un revenu minimal à l'installation

« Après, c'est vrai que, quand on (...) s'installe, c'est très pratique (...) au niveau financier, voilà. Il n'y a pas de perte puisque celui qui rentre est aidé par celui qui est déjà sur place. » (Médecin J)

C'est un argument qui a été surtout avancé par les médecins en deuxième partie de carrière, car cela apportait une réponse à un contexte où les installations étaient difficiles, très coûteuses, et où la démographie médicale était très différente de la situation actuelle.

« Côté économique à l'époque, il était... La loi de l'offre et de la demande, l'offre médicale et la demande des patients de consultation, étaient totalement inversées par rapport à la situation actuelle. C'est-à-dire, qu'à l'époque, il fallait payer cher pour s'installer. » (Médecin I)

La sécurité financière a donc été un argument majeur, surtout dans les années 1980/1990, pour choisir le partage d'honoraires.

2.1.3.3 Favorise l'association en groupe : libère de la concurrence

Pour cette même génération, le partage d'honoraires favorisait l'installation en groupe en limitant le problème de concurrence.

« J'étais très, très content du système, et mon ami également, car ça nous enlevait toute notion de concurrence entre nous. À l'époque, en 1982, il faut dire qu'il y avait de la concurrence entre les médecins, parce que c'était une période où il y avait relativement beaucoup de médecins, (...) mais à l'époque c'est vrai qu'on était assez nombreux. Pour s'installer ce n'était pas facile il fallait souvent racheter des clientèles, il fallait trouver son trou (...) il fallait tout de même trouver sa place. » (Médecin C)

2.1.3.4 Choix imposé par le choix de la structure

Pour certains, le choix de fonctionner en partage s'est imposé par le choix de la

structure, soit pour sa localisation soit parce qu'elle était connue (lieu de stage, par exemple), et ils ont repris à leur compte le fonctionnement sans l'avoir vraiment choisi.

« Et, en fin de compte, je me suis installé en 2000, en reprenant l'activité d'un médecin qui déménageait et, si vous voulez, j'ai conservé le même mode de fonctionnement qu'il y avait avant. Alors motivation... parce que le système existait déjà. » (Médecin I)

« Exactement. J'ai adopté le mode de société et d'association qu'il y avait sans me poser la question. » (Médecin K)

2.2 AVANTAGES

Les avantages au partage d'honoraires rapportés par les participants sont nombreux, variés, et pour la plupart assez unanimes.

Pour l'ensemble des participants, à la question « Parlez-moi du partage d'honoraires », les avantages (ou un aspect positif) ont été cités en premier, même quand le système ne leur convenait plus.

Ces avantages se regroupent en plusieurs catégories : les avantages **financiers, moraux**, ceux qui favorisent **le travail en équipe**, ceux qui influencent positivement **les relations entre associés, la pratique médicale**, et enfin ceux qui concernent **l'épanouissement personnel**.

Enfin, certaines nuances à ces avantages ont été rapportées et développées dans cette partie.

2.2.1 Avantages financiers

Une importante partie des avantages cités concerne l'aspect financier : sécurité, tranquillité, congés payés et solidarité en cas de maladie, répartir et lisser les contraintes et les risques du libéral pour se rapprocher de la sécurité du salariat.

C'est un système qui peut être attractif pour ceux qui sont freinés par les contraintes financières du libéral.

AVANTAGES

Avantages financiers

- *Avantages du salariat*
 - *Anticiper les revenus mensuels*
 - *Amortir les baisses d'activité*
 - *Vacances rémunérées*
- *Soutien congé maternité et maladie*
- *Tranquillité financière*
- *Sécurisant en début d'activité*
- *Être plus vigilant sur la facturation*

2.2.1.1 Mimer les avantages du salariat

Pour beaucoup, le partage d'honoraires permet de diminuer les inconvénients du libéral en intégrant des caractéristiques du salariat : revenus plus stables, réguliers, congés maladies et maternité, congés payés... en "lissant" sur plusieurs personnes les risques du système libéral, et en intégrant un système de solidarité.

Cependant, il s'agit tout de même d'une rémunération libérale (même partagée) donc qui conserve une part de la souplesse et la liberté du libéral, sans la dépendance à la hiérarchie du salariat.

Ces caractéristiques sont :

2.2.1.1.1 Anticiper les revenus mensuels

Le partage permet d'avoir une idée plus précise que dans un système libéral individuel des revenus mensuels en lissant les variations d'activités sur plusieurs personnes. Cela permet de clarifier, d'anticiper les revenus comme dans un salariat, et de tranquilliser les médecins, surtout lorsqu'il y a des charges, des crédits, etc. Cela répartit la "pression de l'incertitude" sur plusieurs personnes.

« On décidait combien on allait y gagner aussi, c'était assez clair, ça clarifiait ça. » (Médecin D)

« Moi je trouve que ça donne aussi une certaine sérénité sur, justement, ce qu'on va être payé. Parce que moi je ne m'inquiète pas trop de... En fait, ça donne presque un aspect comme le salariat, ça donne cette sérénité-là. » (Médecin G)

2.2.1.1.2 Amortir les baisses d'activité

Le partage permet de lisser les moments creux et d'éviter les trop grandes variations de revenus lors des baisses d'activité.

« Après, il peut être variable. Certains peuvent travailler plus pendant

certains périodes, moins pendant d'autres, c'est fluctuant. Je crois que tout le monde s'y retrouve l'un dans l'autre. » (Médecin A)

2.2.1.1.3 Vacances rémunérées

« L'autre avantage, c'est effectivement par rapport aux congés des unes et des autres, il y a quand même des honoraires qui tombent. » (Médecin K)

« Les vacances sont comprises. Je suis rémunérée aussi pendant les vacances. » (Médecin B)

« De savoir aussi combien on va gagner chaque mois, à peu près, sans avoir besoin de compter, y compris l'été. » (Médecin F)

2.2.1.2 Soutien en cas de congé maladie ou maternité

Le partage d'honoraires assure également un revenu en cas de congé maladie, de même que pendant les vacances : c'est sécurisant, certains ont également noté que cela libère de l'obligation de souscrire à une prévoyance privée supplémentaire donc permettait de faire des économies. Cela atténue une des grosses contraintes du libéral : le risque financier en cas d'arrêt maladie ou maternité.

« S'il y a un arrêt maladie des unes et des autres, ou congé maternité, ça m'a concerné, j'ai eu quand même une rétrocession. » (Médecin K)

« Pour les arrêts maternité aussi. C'est quand même un sacré soutien, financier aussi, je veux dire. » (Médecin D)

« Dans le contrat que nous avons, on a fait comme ce qu'on appelle une "tontine". (...) Qui stipulait que si l'un d'entre nous était absent pour un motif médical avéré, les autres, pendant un certain temps, continueraient à travailler, pour celui qui est malade. (...) Mais, depuis que je suis passé en SCM, je vois que j'ai été obligé de contracter une assurance professionnelle individuelle, qui me coûte quand même pas mal d'argent, ce dont je n'avais pas besoin avec ce système de tontine. » (Médecin J)

2.2.1.3 Tranquillité financière

La notion de « tranquillité » apportée par cette sécurité financière est une notion qui est beaucoup citée.

« Oui, voilà, de tranquillité. De tranquillité par rapport à l'activité qu'on avait : ne pas être là, à compter tous les jours « J'ai fait tant, j'ai vu tant de patients. » » (Médecin F)

« C'est, oui, une tranquillité, et sortir du paiement à l'acte, je crois. » (Médecin F)

« Oh, bah, c'était plutôt tranquille. C'est vrai que c'était plutôt bien, puisqu'il y avait toujours le même revenu, même pendant les vacances. » (Médecin F)

2.2.1.4 Sécurisant en début d'activité

C'est une notion qui a été abordée dans les motivations, et largement reprise dans les avantages : même si ce n'a pas toujours été un argument déterminant pour choisir ce mode de fonctionnement, il est globalement apprécié que le partage permette d'assurer un revenu minimal grâce à l'activité des collaborateurs déjà installés en début d'activité, le temps de constituer une activité suffisamment rémunératrice.

« Avant, on reprenait un cabinet, on essayait de s'assurer un certain nombre d'actes. En partage d'honoraires, l'acte est assuré déjà. » (Médecin J)

« On a en plus ce partage d'honoraires qui est sécurisant pour un nouveau. Puisque vous partez d'un certain salaire que vous connaissez quand vous avez fait vos études, à une inconnue totale quand vous passez en libéral. Et ça, c'est sécurisant, d'arriver dans un groupe qui fait ce partage. » (Médecin F)

2.2.1.5 Vigilance sur la facturation

Pour quelques-uns, le partage les aidait à être plus vigilants sur la facturation, faire moins d'actes gratuits, être plus vigilants sur les impayés car on ne veut pas pénaliser les collègues, ni la structure.

« Il m'est arrivé d'être plus strict avec moi-même par rapport à la facturation (...) en me disant que ça ne concerne pas que moi mais aussi

les autres, donc je ne pouvais pas me permettre d'être coulant par rapport à des consultations gratuites ou des actes non payés. Maintenant, je suis plus attentif à ça. (...) Je faisais plus d'actes gratuits avant, j'ai eu une prise de conscience en me disant « Je pénalise mes collègues. » » (Médecin A)

2.2.2 Avantages moraux

AVANTAGES

Avantages moraux

- **Avantages philosophiques**
- **Encouragement des valeurs positives**
- **Délié du paiement à l'acte comme valeur**
- **Libère de la relation financière**
- **Détache du nombre de patients vus ou d'actes**
- **Système désinflationniste**
- **Redonne de la valeur à la mission globale**

2.2.2.1 Avantages philosophiques

Les participants décrivent un avantage moral à travailler dans une philosophie qui leur correspond plus.

« Je crois que, philosophiquement, ils y trouvent plus de bénéfices, même s'il y a un petit manque à gagner. » (Médecin A)

2.2.2.2 Encouragement des valeurs positives

Les participants apprécient que le partage encourage des valeurs de dépassement de soi, de partage, de dynamisme, moins individualistes.

« J'ai l'impression que le partage d'honoraires nous pousse à garder des valeurs positives dans l'activité. C'est une sorte de conséquence mais l'éthique personnelle qu'on s'impose, de faire de son mieux pour pouvoir s'occuper des patients en sachant que les autres font pareil à côté, je trouve ça sympa. » (Médecin A)

2.2.2.3 Délié du paiement à l'acte comme valeur

Le fait de délier du paiement à l'acte est le bénéfice le plus souvent cité. Nous avons

choisi de le considérer comme un bénéfice moral car l'acte est perçu par les participants comme aliénant, inadapté au métier, véhiculant des valeurs les heurtant parfois (tentation de compter etc.). Se libérer de l'acte libère les participants car cela leur permet de défendre leurs opinions et valeurs et libère la pratique (temps de consultation, pression du nombre, tentation de compter...)

« Et donc, les avantages, je vous dis, c'est de lisser la cotation à l'acte. Du coup, je trouve que ça donne une certaine sérénité dans la façon dont on travaille effectivement. » (Médecin G)

« Le partage d'honoraires, vraiment, le gros avantage que j'y vois, c'est qu'on se délie de l'acte, et que donc ça ouvre tout un champ de possibles, puisqu'on met tout dans un pot commun. » (Médecin B)

2.2.2.4 Libère de la relation financière

L'échange d'argent dans une relation de soin parfois vécu comme gênante ou perturbant la relation de soin. Savoir que l'argent va au collectif permet de se détacher de cette gêne-là.

« Du coup ça délie, je trouve, le côté financier. » (Médecin B)

2.2.2.5 Se détacher du nombre de patients vus

Le partage permet pour certains de diminuer la tentation de compter les actes et les patients vus : il libère de cette pression, donne moins d'importance à la quantité qu'à la qualité.

« Mais on essaye de se décrocher du fait de voir tant de patients parce que ce n'est pas vraiment le problème, en fait. » (Médecin G)

2.2.2.6 Système désinflationniste

Parmi les reproches faits par les participants au paiement à l'acte, il y a celui d'être un système inflationniste. A l'inverse, le côté "désinflationniste" du partage est cité comme un bénéfice. Il permet pour certains de diminuer la tentation de "l'enrichissement" par le paiement à l'acte, le risque du "toujours plus". Il diminue le risque de faire revenir les patients inutilement, et d'encourager la surconsommation médicale.

« Donc le partage d'honoraires, ce n'est pas la seule solution, il faut réfléchir à tous les modes de rémunération des médecins, alternatives, pour sortir de ça, et sortir de l'enrichissement par le paiement à l'acte, c'est insensé ! (...) Ce n'est pas bien, quoi, il y a une espèce d'appât du

gain. Alors, le partage d'honoraires, en effet, il sortait un peu de ce truc-là. » (Médecin F)

« Pour moi, quand le patient me paye la consultation, je ne considère pas que c'est mon argent à moi donc, du coup, je ne suis pas liée à l'acte et donc que j'en vois 10 ou 15 dans la matinée, ou 5, je ne considère pas que je perds ou je gagne plus d'argent.

Donc ça me délie complètement de ce rapport d'argent avec les patients. » (Médecin B)

« Donc c'était notre souhait de ne plus être, justement, poussés à la réalisation des actes chez les patients » (Médecin A)

2.2.2.7 Redonne de la valeur à la mission globale :

Pour la grande majorité, le partage permet de prendre en compte le temps de mission globale (coordination, prévention, non curatif...) non plus comme du temps perdu non rémunéré (puisqu'il n'est pas pris en compte par la rémunération à l'acte) mais comme un temps essentiel du métier, financé par le collectif.

Il permet de mieux faire correspondre la rémunération avec la vision du métier et les valeurs portées par les participants.

« De savoir qu'un patient n'est pas égal à une somme, ça recentre aussi l'essence et le sens du soin. C'est-à-dire que le soin, ce n'est pas qu'une consultation. Notre activité de médecin généraliste ne se résume pas une activité de consultation.

Notre activité de médecin généraliste est beaucoup plus générale que ça, et ça nous permet de se rendre compte que justement tous les à-côtés, qui d'habitude semblent hyper pesants parce qu'on a l'impression que c'est du travail non rémunéré, en fait là, non.

C'est partie intégrante de notre rémunération. De la même manière que le boulanger n'est pas payé seulement quand il vend sa baguette, il est aussi payé quand... Enfin, son travail c'est aussi de faire sa compta, de gérer son entreprise, de machin... Et donc, voilà.

Quelque part je trouve que ça redonne de la valeur au travail qu'il y a à côté, plutôt que ça nous paraisse être de l'activité, de la surcharge de travail en plus.

Voilà, moi je trouve que c'est surtout ça. » (Médecin G)

2.2.3 Fonctionnement en équipe

Une partie importante des avantages rapportés concerne la pratique en équipe, et le collectif. Le partage est vu comme un outil facilitateur du fonctionnement collectif, à la fois cause et conséquence d'un travail en équipe qui est porteur d'une majorité des avantages ressentis.

AVANTAGES

Fonctionnement en équipe

- *Autogestion*
- *Attrayant pour recruter*
- *Finance le fonctionnement de groupe*
 - *Finance la structure commune*
 - *Finance les temps collectifs*
- *Libère du temps*
 - *Favorise l'interchangeabilité*
 - *Permanence des soins*
 - *Permet le partage du temps de travail*
 - *Ne pas prendre de remplaçants*
- *Soude l'équipe*
 - *Favorise le travail en équipe*
 - *Patientèle commune*
- *Favorise le partage des connaissances*
- *Favorise la cohésion*
 - *Harmoniser les pratiques*
 - *Donne une dynamique de travail en groupe*
 - *Décisions en commun*
 - *Vitrine du fonctionnement pour les patients*

2.2.3.1 Autogestion

Le mot n'est jamais clairement cité, mais ce qui fait l'intérêt du partage ici par rapport à d'autres systèmes de rémunération comme le salariat, c'est **l'autogestion**, et donc la possibilité d'adaptation, de négociation, de modulation de la rigidité. C'est sous-entendu dans plusieurs entretiens, où cette capacité à "s'autogérer" est responsable d'une dynamique de groupe non retrouvée dans des structures où la rémunération est individuelle.

« Aller vers... Comme si on était salarié, en fait. Comme si on était salarié tout en gardant le système un peu... J'allais dire un peu artisanal, ou coopératif. L'idéal serait un système de coopérative, en fait, mais où quand même on s'organise comme on veut, on fait les visites quand on veut, on prend les vacances comme on veut.

Enfin, tout ça en négociant avec les autres, mais en tout cas il n'y a pas un carcan comme dans les Centres de santé. Je n'aimerais pas travailler dans un Centre de santé, c'est vachement rigide. Donc ça, c'est le gros avantage de notre système. » (Médecin F)

2.2.3.2 Finance le fonctionnement de groupe

2.2.3.2.1 Finance la structure commune

La mise en commun des honoraires permet de considérer que l'argent gagné est collectif, pour faire fonctionner la structure, salarier une secrétaire, financer collectivement ses outils de travail...

« D'avoir une somme en commun pour des structures communes, par exemple pour salarier une secrétaire. » (Médecin F)

2.2.3.2.2 Finance les temps collectifs

Le partage permet de financer aussi les temps de travail collectif (réunion, administratif commun etc.) qui ne sont pas pris en compte par l'acte. Ça redonne du sens à ces temps-là, et diminue leur poids en lissant le manque à gagner sur le nombre. Cela les rend davantage possibles à assumer, ce qui favorise l'existence de ces temps collectifs.

« Alors que je trouve que ce moment-là, du vendredi matin, pour moi il est hyper important pour la concertation entre collègues. C'est un moment qui est à la fois convivial et à la fois de travail et on n'a pas la pression des patients dans la salle d'attente, donc on est tranquilles et on fait tout notre travail, administratif. On peut demander nos avis de spécialistes, enfin, tout ce qu'on veut.

Et je trouve que, ça, c'est probablement le partage d'honoraires qui doit le permettre. » (Médecin G)

2.2.3.3 Libère du temps

2.2.3.3.1 Favorise l'interchangeabilité

Le fait de partager les honoraires permet de partager aussi le travail et les dossiers, de bien connaître tous les patients et d'assurer une meilleure continuité des soins en cas d'absence ou d'imprévu.

« Ça aussi, dans les bénéfiques, c'est, quand il y en a un qui est en retard, l'autre propose spontanément aux patients qui sont dans la salle d'attente s'ils veulent passer avec lui. Pour nous, c'est plus facile que si on n'avait pas eu ce passé de partage d'honoraires. » (Médecin C)

2.2.3.3.2 Favorise la permanence des soins

C'est un avantage qui revient beaucoup : le partage favorise l'échange de patientèle donc permet meilleure permanence des soins sans avoir besoin d'être tout le temps disponible. Les participants ont l'esprit plus tranquille pour partir, les autres gèrent les patients comme si c'étaient les leurs. Cela permet de se préserver du temps, c'est un soutien organisationnel pour le suivi des patients car il existe une plus grande confiance.

« Et je sais aussi que les patients sont entre de bonnes mains, que les collègues s'en occupent comme si c'était les leurs. Mais ça c'est peut-être aussi la patientèle partagée, mais qui va avec le partage d'honoraires et le fonctionnement collectif du cabinet. » (Médecin G)

« De partager vraiment des choses, c'est aussi le fait du partage des patients, de la permanence des soins, des sans rendez-vous etc. » (Médecin G)

« C'est, à mon sens, un bienfait de travailler en groupe et d'avoir des gens sur qui on peut compter quand on s'en va et laisser la gestion des patients en toute confiance. » (Médecin A)

« Donc on présentait le cabinet en disant « Voilà, on n'est pas qu'une association de locaux, (...) on travaille vraiment en commun. » Donc on présentait ça au patient, le fait qu'il y avait un suivi, qu'il y avait une permanence de soins, et qu'on avait des dossiers en commun d'emblée, que ça c'était important pour nous, qu'on discutait, qu'on était amenés à discuter des patients. Et que ces patients compliqués, assez souvent, pour tenir compte de cette permanence des soins, il y avait souvent deux des médecins au moins qui étaient bien au courant, plus au courant, du dossier que les autres.

Donc ils pouvaient être rassurés sur leur suivi.

Moi, je pense qu'au niveau des patients, et le retour qu'on en a eu pour ceux qui déménageaient après c'est « On n'a pas retrouvé votre organisation. »

Et je pense que cette organisation, c'était parce qu'il y avait ce socle de base, qui est qu'on gagne tous la même chose.

Donc on a vraiment confiance les uns en les autres. On a intérêt à partager les choses, pas que les sous.

Partager les connaissances, partager le fonctionnement et aussi la permanence des soins. » (Médecin D)

2.2.3.3.3 Permet le partage du temps de travail

Le partage nécessite un temps de travail équitable, ce qui est souvent présenté comme une condition nécessaire, parfois comme un inconvénient et d'autres fois comme un avantage. Ici comme un avantage car il y a moins la nécessité d'être tout le temps disponible, ce qui permet de se sauvegarder du temps libre.

« Et puis d'offrir aux gens... Quand on est tout seul on se dit « Si je veux répondre aux gens, il faut que je sois là le plus longtemps possible. »

Donc là, le fait qu'on soit deux ça faisait que, du coup, on répondait aux gens tout en préservant les choses de notre vie à nous. » (Médecin C)

2.2.3.3.4 Permet de ne pas prendre de remplaçants

Présenté tantôt comme un avantage et tantôt comme un inconvénient, le partage permet, si le fonctionnement est organisé de cette façon-là, de ne pas prendre de remplaçants pendant les congés, donc il libère de la pression de trouver quelqu'un.

« Ah oui, un avantage c'est que quand on était trois et qu'on pratiquait le partage d'honoraires, je ne sais pas si c'était un inconvénient ou un avantage, c'était un peu des deux... Quand on partait en vacances, (...) on n'avait pas besoin de prendre de remplaçant. » (Médecin I)

2.2.3.4 Soude l'équipe

De nombreuses composantes du partage d'honoraires permettent de souder l'équipe, et de favoriser le travail collectif :

2.2.3.4.1 Favorise le travail en équipe

Le partage aide à travailler en groupe. Le partage donne envie de travailler ensemble parce qu'on y a intérêt, il pousse à réfléchir plus collectivement.

Il est parfois difficile pour les participants de savoir si c'est l'association ou le partage mais plusieurs pensent que c'est le partage qui permet ce fonctionnement d'équipe, et ceux qui ont arrêté ont constaté une séparation plus nette de la patientèle et du travail après la fin du partage.

« Je connais beaucoup de collègues qui travaillent à plusieurs dans la même Maison mais qui sont totalement seuls, qui n'ont aucune relation de l'un avec l'autre. Il y en a même qui ne se disent pas bonjour dans le couloir.

S'ils étaient en partage d'honoraires, ils seraient bien obligés de se parler, de se voir, de prendre des décisions. Le fait d'être totalement individuels comme ça, totalement individualiste, fait qu'il y en a qui ne se parlent même pas. » (Médecin C)

« Oui, déjà favoriser le collectif et, du coup, d'avoir une cohésion dans le cabinet que je n'ai jamais retrouvé ailleurs. J'ai fait quand même pas mal de remplacements dans plein de cabinets, et j'ai toujours eu l'impression, en fait, que ce sont des médecins qui travaillent les uns à côté des autres et qui ne travaillent pas vraiment ensemble.

Et là, j'ai vraiment l'impression de travailler ensemble. » (Médecin G)

2.2.3.4.2 Patientèle commune

Le partage d'honoraires implique, pour tous les participants, un partage de patientèle. Ce qui est présenté comme un avantage car cela permet la continuité des soins, le partage de savoirs, le travail en équipe, d'harmoniser les pratiques, de se libérer de la charge d'assumer seul sa patientèle.

« Je veux dire, le fait d'avoir un partage d'honoraires, il y a un partage de patientèle et donc un travail de groupe, une mutualisation, et des moyens et des patients, qui font qu'on peut avoir une transparence et un partage d'expériences, sur un dossier donné. Ça, c'est un avantage énorme quand même. » (Médecin K)

« On n'avait pas une clientèle personnelle, on partageait. (...) Ça nous permettait aussi de tourner, que les patients puissent tourner, avoir un autre regard.

C'était un vrai avantage ça, vraiment. » (Médecin H)

2.2.3.5 Favorise le partage des connaissances

Le partage d'honoraires favorise le partage des connaissances, les échanges et le partage d'expériences. Ceci est facilité par la mise en commun des patients, et la communication est aidée par la mise en commun des gains.

« Mais, par contre, les avantages étaient beaucoup plus importants que les inconvénients. Le fait d'échanger, le fait de pouvoir se dire que quand tu as un souci, que tu ne tu sais pas... » (Médecin E)

« Donc on a vraiment confiance les uns en les autres. On a intérêt à partager les choses, pas que les sous.

Partager les connaissances, partager le fonctionnement et aussi la permanence des soins. » (Médecin D)

2.2.3.6 Favorise la cohésion

Le partage permet une meilleure cohésion, favorise et oblige la communication, de prendre des décisions communes, de privilégier l'intérêt du groupe, d'entretenir un projet commun.

« Donc je trouvais que le partage d'honoraires c'était à la fois se soutenir, à la fois travailler bien ensemble et ne pas être qu'une association de locaux. Donc je trouvais que pour la cohésion du groupe c'était mieux. » (Médecin D)

« Le partage d'honoraires, pour moi, c'était vraiment la cohésion. La cohésion parce qu'il n'y avait pas de méfiance. Et on savait qu'on travaillait ensemble, dans l'intérêt du groupe. Et le partage d'honoraires, quelque part, je trouve qu'il peut donner envie de se connaître, d'apprendre à travailler ensemble, parce qu'on avait intérêt. » (Médecin D)

« Oui. Déjà, favoriser le collectif et, du coup, d'avoir une cohésion dans le cabinet que je n'ai jamais retrouvée ailleurs. » (Médecin G)

2.2.3.6.1 Permet d'harmoniser les pratiques

Partager la patientèle pousse à harmoniser les pratiques et à s'accorder sur les prises en charges.

« Effectivement, harmoniser nos pratiques, parce qu'on est beaucoup plus tentés en étant en partage d'honoraires de ne pas faire n'importe quoi puisqu'on a quand même la même patientèle » (Médecin D)

2.2.3.6.2 Donne une dynamique de travail en groupe

Le partage fait que tout le groupe a intérêt à ce que la structure fonctionne : ça donne donc une motivation pour s'entendre et faire fonctionner l'équipe, la faire vivre, faire des projets...

« Voilà, je crois que ça aide à une dynamique de travail, le partage d'honoraires. Ça aide à l'entente. On a intérêt à s'entendre et on a intérêt à dynamiser le groupe. » (Médecin D)

« Oui, et puis je trouve que ça permet d'avoir, je n'aime pas trop ce mot là, mais un projet. » (Médecin G)

2.2.3.6.3 Décisions en commun

Il pousse à prendre les décisions, notamment liées aux dépenses ou à l'organisation du planning, en commun.

« Ah oui, parce que toutes les décisions étaient prises en commun. Ce n'était pas un qui décidait d'acheter le matériel comme ça pour lui etc. » (Médecin H)

« C'est sûr que ça favorise parce que, du coup, les décisions elles sont prises collectivement donc, forcément, on travaille en équipe. » (Médecin G)

2.2.3.6.4 Vitrine du fonctionnement pour le patient

Pour un, "l'égalité salariale" permet un fonctionnement en commun ressenti de façon positive par les patients.

« Donc on présentait le cabinet en disant « Voilà, on n'est pas qu'une association de locaux : vous aurez rarement un des médecins qui dit blanc et l'autre noir, on travaille vraiment en commun. »

Donc on présentait ça au patient, le fait qu'il y avait un suivi, il y avait une permanence de soins, et qu'on avait des dossiers en commun d'emblée, que ça c'était important pour nous, qu'on discutait, qu'on était amenés à discuter des patients. (...)

Moi, je pense qu'au niveau des patients, et le retour qu'on en a eu pour ceux qui déménageaient après c'est « On n'a pas retrouvé votre organisation. »

Et je pense que cette organisation, c'était parce qu'il y avait ce socle de base, qui est qu'on gagne tous la même chose. » (Médecin D)

2.2.3.7 Attrayant pour recruter

Le partage d'honoraire, via la sécurité financière apportée en plus de la dynamique d'équipe, est présenté comme un atout attractif pour recruter de nouveaux collaborateurs.

« Voilà. Je crois que ça aide à une dynamique de travail, le partage d'honoraires, ça aide à l'entente, on a intérêt à s'entendre et on a intérêt à dynamiser le groupe. Donc, du coup, c'est plus attrayant pour un autre.

Voilà, mais après on a en plus ce partage d'honoraires qui est sécurisant pour un nouveau. Puisque vous partez d'un certain salaire que vous connaissez quand vous avez fait vos études, à une inconnue totale quand

vous passez en libéral. Et, ça, c'est sécurisant, d'arriver dans un groupe qui fait ce partage. » (Médecin D)

« Et après, quand il est décédé, nous on s'est dit « On va se remettre en masse commune parce que ça sera plus pour simple intégrer un 3^{ème} qui arrive, parce que justement il ne sera pas défavorisé par le fait qu'il arrive et qu'il va gagner peu d'argent. » » (Médecin F)

2.2.4 Pratique médicale individuelle

De nombreux participants voyaient un impact direct du partage sur leur pratique, de façon positive, au niveau du confort de travail, en se libérant de la pression de l'acte et du chiffre, en se recentrant sur le soin, en permettant de diversifier son activité.

AVANTAGES

Pratique médicale individuelle

- **Recentre sur le soin**
- **Permettre une activité professionnelle extérieure**
- **Prendre le temps nécessaire en consultation**
- **Donne du confort**
- **Financer aussi le non curatif**

2.2.4.1 Recentre sur le soin

Le partage permet de recentrer sur le soin en intégrant le non-curatif, en libérant de la pression du nombre d'actes, en détachant du rapport financier direct.

« De savoir qu'un patient n'est pas égal à une somme, ça recentre aussi l'essence et le sens du soin. » (Médecin G)

2.2.4.2 Permet une activité extérieure

Il permet également de diversifier son activité professionnelle en dehors du cabinet, sans crainte de la concurrence de clientèle, et en assurant la continuité des soins.

« Comme on avait tous les deux une activité extérieure, notre présence à chacun dans le cabinet était variable, ce qui aurait pu créer une distorsion de clientèle, l'un des deux étant plus présent que l'autre. Donc

*on avait choisi [le partage] pour éviter ce problème de concurrence. »
(Médecin C)*

« Ça nous permettait aussi chacun d'avoir nos revenus par ailleurs. Mon collègue allait enseigner aux infirmières au Mans et, moi, je faisais mon échographie. » (Médecin D)

2.2.4.3 Permet de prendre le temps nécessaire en consultation

De plus, il permet de se détacher de la pression de l'acte chronométré donc de pouvoir prendre le temps de consultations plus longues si besoin, d'accorder le temps nécessaire, en sachant que ce temps est compensé par l'activité des autres qui peut être plus rapide à ce moment-là et inversement.

« Il y en a un qui va aller très vite car il aura vu des choses très simples, c'est le hasard qui veut ça, et moi, je vais peut-être voir un patient très compliqué, je vais faire un ECG, je vais devoir demander un avis spécialisé etc. Ça va me prendre plus de temps, mais ce n'est pas grave puisque... Enfin, voilà. En fait, ce n'est pas grave si moi, finalement, j'ai vu un patient, exceptionnellement, en 45 minutes, versus 3 ou 4 patients qui viennent pour des petites choses simples.

(...) On comprend qu'il y a des patients qui sont plus ou moins compliqués avec qui il faut prendre le temps et des patients plus simples. » (Médecin G)

*« Là où je disais que ça ouvre le champ des possibles, effectivement, c'est que je me sens complètement indépendante de ça. Donc je peux m'autoriser à passer plus de temps ou moins de temps avec un patient. Je me sens complètement libre par rapport à ça. (...) Donc on peut passer du temps avec une personne si on pense que c'est nécessaire et que, sur des cas plus ponctuels, on va effectivement passer moins de temps. »
(Médecin B)*

*« Si, effectivement, je vais très vite pour une consultation, ça donne du temps à un de mes collègues pour avoir des consultations plus longues. »
(Médecin A)*

2.2.4.4 Donne du confort

« Ça donne un certain confort, moi je trouve. » (Médecin G)

2.2.4.5 Finance le non-curatif

Comme explicité plus haut, le partage permet pour les participants de financer aussi les temps de travail non curatifs. Cela concerne les temps de travail collectif et donc favorise le travail en équipe mais permet également de passer du temps à faire des tâches individuelles non rémunérées par l'acte : appels aux spécialistes, bilans... Cela influence la pratique professionnelle en favorisant la réalisation de ces tâches-là.

« Voilà, on peut effectivement considérer que le fait d'être payé de manière équitable peut permettre de financer aussi le non-curatif. Alors, bien sûr, ce qui fait rentrer les sous, c'est l'acte. Mais si philosophiquement on s'en détache, on peut aller vers un système où, justement, on peut permettre de financer aussi le non-curatif. » (Médecin B)

« Je pense que ce temps-là me coûterait beaucoup plus cher, enfin, il me pèserait plus, si j'étais vraiment payée à l'acte. Je me dirais « Je ne le fais pas maintenant. » Ou peut-être que j'aurais moins envie de venir. » (Médecin G)

2.2.5 Relations entre associés

Le fait de partager ses revenus avec ses associés a logiquement fait ressortir des implications sur les relations avec ces derniers, ici de façon positive : il est principalement ressorti que cela assainit les relations, libère de la concurrence, favorise la confiance, l'égalité, l'entente et encourage la solidarité.

AVANTAGES

Relations entre associés

- **Enlever toute concurrence**
- **Favorise la confiance**
- **Favorise l'égalité**
- **Favorise l'entente**
- **Enlève la suspicion liée au partage de frais**
- **Système de solidarité**
- **Laisser de la place à l'autre**

2.2.5.1 Enlève la concurrence

C'est un avantage qui revient beaucoup : le partage enlève le problème de concurrence, il

n'y a pas de rivalité, pas de risque de se faire "piquer" ses patients lors de ses absences, donc plus de sérénité et de tranquillité. Cela a été surtout mentionné par les médecins en deuxième partie de carrière, car la concurrence entre confrères était plus importante dans les années 80/90 qu'aujourd'hui.

« Alors les avantages... C'est qu'effectivement il n'y a pas de concurrence au niveau patientèle. » (Médecin K)

« Nous étions très contents du système car il nous permettait de travailler ensemble, en équipe, sans aucune concurrence entre nous. Quand l'un n'était pas là, c'est l'autre qui était là, en reversant toujours la moitié des honoraires. Donc c'était surtout ce point-là, l'absence totale de concurrence. » (Médecin C)

2.2.5.2 Favorise la confiance

La confiance est présentée comme un élément majeur du partage : à la fois comme un prérequis indispensable au bon fonctionnement du partage mais aussi comme quelque chose d'induit, de favorisé par le fait de partager.

« Donc on a vraiment confiance les uns en les autres. On a intérêt à partager les choses, pas que les sous. » (Médecin D)

2.2.5.3 Favorise l'égalité

« Il y a des avantages : on est à égalité, en fait, il y a une certaine forme d'égalité. » (Médecin H)

2.2.5.4 Favorise l'entente

« Voilà, je crois que ça aide à une dynamique de travail, le partage d'honoraires. Ça aide à l'entente : on a intérêt à s'entendre et on a intérêt à dynamiser le groupe. » (Médecin D)

2.2.5.5 Enlève la suspicion

« Je vois des groupes où ils ont chacun leur ligne téléphonique. Parce que tout de suite il y a de la suspicion « Oh là là ! On a une ligne qui nous coûte très, très cher, c'est parce que tu dois téléphoner à ta famille. » Donc moi je trouve que ça enlève la suspicion, le partage d'honoraires. » (Médecin D)

2.2.5.6 Système de solidarité

Avantage qui revient beaucoup : force et favorise la solidarité entre collègues, pas seulement financière mais aussi administrative, en cas d'absence etc. Cela permet de se soutenir.

« Et parfois, il n'y a pas la même dynamique là non plus, ou le même esprit de groupe ou de solidarité. Pour certains la solidarité n'est que financière, pour moi ce n'est pas que financier. (...)

Pour moi, c'est une solidarité dans toutes les tâches administratives, salariales et autres. » (Médecin K)

« Je trouve que ça force la solidarité, puisque les uns travaillent pendant que les autres sont en vacances ou en repos et on considère que l'on partage tous ce temps de travail global. Donc, je trouve que ça offre quand même un système de solidarité. » (Médecin B)

« Ça aussi c'est quand même un plus, aussi. On se soutient dans l'adversité. S'il y en a un qui est malade, s'il y en a un qui ne va pas bien, qui est obligé de lever le pied, les autres sont là pour le soutenir. » (Médecin D)

« Effectivement, ça favorise la solidarité entre collègues. (...) C'est un système d'entraide. » (Médecin I)

2.2.5.7 Permet de laisser de la place à l'autre

Pour une, le partage a aussi été l'occasion de se forcer à laisser de la place à l'autre, de refreiner une tentation à trop travailler qui aurait pu être épuisante pour elle et mal vécue par ses associés s'il y avait eu concurrence.

« Pour moi c'était plutôt partager le temps de travail, puisque moi j'avais peur de trop travailler, vu mon caractère. Et ça m'a aidé à laisser de la place aux autres. » (Médecin D)

2.2.6 Epanouissement personnel

Le partage a un impact positif qui rejailli sur la vie personnelle également : absences facilitées, temps pour soi, bien-être et sérénité au quotidien.

AVANTAGES

Epanouissement personnel

- *Bien-être au travail*
- *S'absenter l'esprit tranquille*
- *Préserver du temps pour soi*
- *Sentiment de liberté*
- *Sérénité au travail*

2.2.6.1 Bien-être au travail

Pour certains, c'est un système qui les rend plus heureux et améliore le bien-être au travail car ils se sentent plus en accord avec leurs convictions personnelles et dans l'échange. Plusieurs évoquent une notion de plaisir à travailler.

« Personnellement je vis mieux les actes comme ça donc, sur moi et mon plaisir à travailler, ça joue. » (Médecin A)

« Sur le plan du travail, on est bien, on a cette espèce de bien-être au travail que moi j'expérimente clairement depuis que je suis dans ce cabinet. » (Médecin G)

2.2.6.2 S'absenter l'esprit tranquille

Grâce à la confiance facilitée et au partage de charge de patientèle, permet de s'absenter l'esprit plus tranquille.

« C'est un vrai bonheur de pouvoir partir l'esprit tranquille, de savoir que les patients ne sont pas abandonnés, entre guillemets, et puis de savoir que, quand on rentre, on ne perd pas le bénéfice de ses vacances dès le premier jour. » (Médecin G)

2.2.6.3 Préserver du temps pour soi

Via le partage de patientèle et la continuité des soins, permet de préserver du temps pour soi, indispensable à l'équilibre personnel.

« Ça faisait que, du coup, on répondait aux gens tout en préservant les choses de notre vie à nous. » (Médecin E)

« Mais, surtout, ça libérait du temps. » (Médecin J)

2.2.6.4 Sentiment de liberté

« C'est une contrepartie, évidemment. Une petite perte de liberté mais pour une plus grande liberté à côté. » (Médecin A)

2.2.6.5 Sérénité au travail et dans la vie quotidienne

Améliore la sérénité au travail, ce qui est décrit comme un avantage précieux dans un métier stressant et source de beaucoup d'inquiétudes. Diminue les motifs d'inquiétude non liés au soin.

« Je trouve que ça donne une grande sérénité, à la fois dans son travail et à la fois en dehors de son travail. » (Médecin G)

« Et aussi une sérénité en dehors du travail, parce que on n'est pas inquiet sur le nombre de patients que l'on va voir. Enfin, le fait de détacher l'acte et l'argent, enfin... la cotation à l'acte du « salaire » (enfin, de ce qu'on gagne), ça permet d'avoir une sérénité aussi dans le quotidien. » (Médecin G)

2.2.7 Les nuances des avantages

Certains éléments étaient avancés comme pondérateurs à ces avantages :

AVANTAGES

Nuance des avantages

- **Ne délie pas complètement de l'acte**
- **Avantages liés au travail en équipe plus qu'au partage**
- **N'influence pas la pratique professionnelle**

2.2.7.1 Ne délie pas complètement de l'acte

L'acte reste le mode de rémunération principal, et le fait de partager cette rémunération ne change pas ses principes, même si cela en lisse certaines contraintes.

« Alors bien sûr, ce qui fait rentrer les sous, c'est l'acte. » (Médecin B)

« Le partage d'honoraires je trouve que c'est bien mais ce n'est pas assez, ce serait mieux de pouvoir être complètement détaché de l'acte. » (Médecin F)

2.2.7.2 Avantages plutôt liés au travail en équipe qu'au partage

Pour les participants il est parfois difficile de savoir si certains avantages sont liés au fonctionnement collectif ou au partage d'honoraires, et si ce fonctionnement collectif pourrait exister avec les mêmes avantages sans le partage.

Un travail de comparaison avec des fonctionnements collectifs avec et sans partage pourrait être intéressant.

« Mais encore une fois, c'est ça qui est compliqué à déterminer pour moi, est-ce que c'est vraiment le partage d'honoraires qui fait ça ? Ou est-ce que c'est beaucoup plus les instruments collectifs du cabinet dont je vous ai parlé ? » (Médecin G)

« Je pense surtout que c'est le fait de travailler ensemble qui influençait notre pratique, ce n'est pas le partage d'honoraires. » (Médecin E)

2.2.7.3 Le partage n'influence pas la pratique professionnelle

Certains, contrairement à ce qui est mentionné ci-dessus, avaient l'impression que le partage n'influçait pas leur pratique professionnelle, notamment que ça n'impactait pas la qualité des soins.

« Je vais dire que, pour moi, ça ne change rien dans le sens où j'ai toujours travaillé avec cette même façon de faire, ce que j'appelle l'éthique.

Etre présent, faire de son mieux, aider ses collègues, ne pas essayer de se débiter, j'ai toujours travaillé comme ça. » (Médecin A)

« Pour nous, ça ne change rien. Ça ne change pas énormément de choses, non. Parce qu'on a ce socle-là, de base. » (Médecin D)

« Non, je ne pense pas. Le côté financier n'a rien à voir avec la qualité de mon travail. Non, non, non, c'est quelque chose de complètement à part. » (Médecin I)

2.3 CONTRAINTES ET INCONVENIENTS

À la question « Que pouvez-vous me dire du partage d'honoraires ? », de nombreux déterminants ont été cités comme des contraintes, ou des inconvénients. Là encore les avis étaient très variés, selon les expériences personnelles, mais aussi les motivations initiales.

Ainsi, certaines mêmes conséquences du partage étaient tantôt perçues comme des avantages, tantôt comme des inconvénients, selon les personnes.

2.3.1 La perte de liberté

C'est la notion majeure qui revient quasi systématiquement. La perte de liberté dans la pratique (puisqu'elle doit être homogène), dans le fonctionnement, dans la gestion du planning, des absences, la perte de liberté d'augmenter ses revenus ou de diminuer son activité...

INCONVENIENTS

La perte de liberté

- ***Interdépendance***
- ***Devoir s'entendre pour les absences***
- ***Ne pas pouvoir augmenter ses revenus***
- ***Plus difficile de diminuer son activité***
- ***Sur la pratique médicale***
 - ***Uniformiser le temps de travail***
 - ***Uniformiser l'orientation de la pratique***

2.3.1.1 L'interdépendance entre collègues

Cette nécessité d'équité, en limitant les libertés individuelles, rend les associés interdépendants, faisant peser sur tous les décisions de chacun, et en donnant un droit de regard collectif sur les actions individuelles.

Tout le monde devient "responsable les uns des autres", ce qui peut être vécu comme une contrainte.

« Mon ressenti par rapport au négatif c'est qu'on est dépendant de l'autre. Enfin, des autres. » (Médecin A)

2.3.1.2 Devoir s'entendre pour les absences

Ne pas pouvoir décider unilatéralement de son planning mais devoir s'organiser avec les autres pour ne pas être absents tous en même temps, que ce soit pour les congés, les formations... C'est présenté comme un inconvénient relatif au partage, mais aussi à la permanence des soins, avec ou sans partage.

Un participant précise qu'il continue d'appliquer cette règle même depuis l'arrêt du partage.

« Ou même le fonctionnement planning. Je ne me sens pas maître de mon planning, parce qu'on sait derrière qu'on est trois à décider, et pour tout changement il faut l'aval des trois. » (Médecin K)

« Donc on était obligés de s'entendre sur ça. C'est-à-dire, je m'absente, c'était compliqué... (Bon alors, après, quand il y a des choses qui se passent du jour au lendemain, bien sûr on s'arrange) mais il y a une nécessité. En fait il y a des exigences, qui sont des exigences qui sont liées au partage. » (Médecin E)

2.3.1.3 Ne pas pouvoir augmenter ses revenus

Le partage limite la possibilité d'augmenter unilatéralement ses revenus pour s'adapter à ses besoins ou projets, en augmentant son activité.

« C'est-à-dire que j'ai un crédit maison, j'ai des enfants, donc si je veux faire évoluer mes honoraires en voulant travailler plus, eh bien, si je travaille plus, je ne serai pas payée plus, parce que partagé en trois. » (Médecin K)

« Là on avait le projet, tout bêtement, piscine. J'aurais pu accentuer au niveau temps de travail, parce que j'ai mon mercredi de repos. Mais je n'ai pas fait. Je n'ai pas fait, volontairement, parce que je savais que ça n'allait pas me bénéficier directement. Alors que j'aurais été seule, je ne me serais pas posé la question. » (Médecin K)

2.3.1.4 Plus difficile de diminuer son activité

« Et c'est vrai que si, par exemple, pour différentes raisons, y en avait un, ou deux, ou plusieurs du cabinet, qui voudrait diminuer son activité temporairement (on a une collègue qui n'est pas loin de la retraite, on a un collègue qui a plein d'autre projets en dehors du professionnel...) Il y a peut-être des raisons qui font qu'on a envie de diminuer notre activité

à des moments donnés.

Et ça, c'est vrai qu'on s'est posé la question de comment faire... En tout cas, on n'a pas encore trouvé la solution. On ne sait pas encore si c'est vraiment faisable d'accepter qu'il y en ait un qui travaille un petit peu moins, comment ça serait gérable au niveau des charges du cabinet. » (Médecin G)

« Quand on approche de la retraite, on a envie de lever le pied, et avec ce partage intégral d'honoraires, eh bien, parfois ça pose des soucis quand même. » (Médecin I)

2.3.1.5 Perte de liberté sur la pratique professionnelle

2.3.1.5.1 Uniformiser le temps de travail

Le partage implique d'uniformiser les activités, en termes de temps et d'amplitude (horaires, de patientèle...), alors que les collaborateurs peuvent avoir des attentes et des besoins qui diffèrent, ou évoluent dans le temps.

« On uniformisme vraiment tout, les façons de travailler etc. Or chacun de nous avons nos vies personnelles, nos vies familiales qui font qu'on n'a pas forcément envie de travailler de la même façon, autant de temps. » (Médecin J)

« C'est-à-dire les inconvénients, c'est que tout le monde est obligé de travailler autant. Ça, c'est une perte de liberté. » (Médecin I)

« Le partage implique l'obligation de présence identique par rapport à mes associés, qui n'ont pas forcément les mêmes objectifs financiers, ou de travail que moi. » (Médecin I)

2.3.1.5.2 Uniformiser l'orientation de la pratique

Comme les activités doivent être équivalentes en termes de durée de consultation, et que la patientèle est partagée via le fonctionnement collectif, cela implique de limiter les orientations de patientèle différente : psy, pédiatrie, etc.

« Après, l'autre inconvénient c'est effectivement que ça nécessite quand même d'avoir des activités plus ou moins équivalentes, en tous cas un nombre d'heures équivalents ou des activités équivalentes. Quelqu'un ne peut pas prendre une heure ou une heure et demi pour une consultation

parce qu'il estime que sa façon de travailler est comme ça. Donc ça oblige quand même, ça empêche un petit peu toute liberté dans sa pratique. » (Médecin A)

« Effectivement, la collègue qui s'est désolidarisée de la masse commune, c'était pour deux raisons : un, elle voulait des consultations plus longues, elle voulait faire de la psy au sein de la médecine générale... » (Médecin D)

2.3.2 La rigidité d'organisation

C'est une contrainte majoritairement rapportée également : la rigidité d'organisation en termes d'horaires, de planning, de vacances, de remplacements...

INCONVENIENTS

Rigidité d'organisation

- **Contraintes d'horaires**
- **Avoir même nombre de vacances**
- **Limite le choix des remplaçants**
- **Moins d'adaptabilité aux contraintes familiales**
- **Limite le choix des remplaçants**

2.3.2.1 Contraintes horaires

Moins de souplesse dans le choix des horaires car obligation de s'harmoniser.

« Ici, le partage d'honoraires enlève un peu de libertés par rapport aux horaires. » (Médecin A)

« Là, par exemple ma situation familiale vient de changer, ça a mis une contrainte supplémentaire.

Parce que tel jour j'aurais voulu me libérer un peu plus tôt (...), mais il se fait que le planning est fait donc ça limite les modifications au pied levé. » (Médecin A)

2.3.2.2 Même nombre de vacances

« Parce qu'en fait, il fallait qu'on travaille le même nombre d'heures, qu'on fasse le même nombre de séminaires, qu'on prenne le même nombre de vacances, et tout ça. Donc c'était quand même contraignant à ce niveau-là. » (Médecin F)

« On a le même nombre de vacances par an, puisqu'on est censés travailler pareil sur l'année. Il ne peut pas y avoir un collègue qui veut prendre par exemple 10 semaines de vacances, alors que nous on est à 8 semaines, ça va poser problème. » (Médecin G)

2.3.2.3 Moins d'adaptabilité aux contraintes familiales

« Parce que, si vous voulez, quand on est en partage d'honoraires et partage de patientèle, le soir quand vous regardez les biologies, y en a entre 40 et 50 à regarder. Donc, forcément, pour celle qui est là, même si c'est l'autre collègue qui l'a prescrit 3 jours avant, c'est celle qui va rester là, qui va faire le soir, qui va se taper les biologies, et qui va rentrer plus tard. Et quand il y a deux enfants, eh bien c'est compliqué. » (Médecin K)

2.3.2.4 Limite le choix des remplaçants

Certains associaient le partage au refus de prendre des remplaçants, ce qui pouvait être une contrainte et occasionner un surplus de travail pour ceux qui restent.

« Et puis alors, on faisait le partage d'honoraires mais ils refusaient, alors ça c'est un problème, de prendre des remplaçants. On se remplaçait mutuellement. Donc, en fait, c'est vrai que moi je m'étais fait un emploi du temps privilégié mais pendant les vacances scolaires, je bossais beaucoup plus, et c'était compliqué pour moi, le fait du refus des remplaçants. » (Médecin F)

2.3.3 Les relations entre associés

Le partage d'honoraires pouvait aussi affecter négativement les relations entre associés, si tous ne jouent pas le jeu, créer des tensions, des suspicions, donner l'impression de travailler pour l'autre ou d'être le maillon faible.

INCONVENIENTS

Relations entre associés

- **Possible passager clandestin**
- **Pousser à la suspicion**
- **Tensions entre collègues**
- **Etre le maillon faible**
- **Devoir s'accorder sur les décisions**
- **Travailler pour l'autre**
- **Devoir partager la charge de la patientèle**

2.3.3.1 Le passager clandestin

C'est la possibilité qu'un associé ne joue pas le jeu de l'équité et en profite pour travailler moins, en bénéficiant de l'activité des autres.

« Parce que vous avez aussi l'écueil de celui qui compte sur les autres pour bosser.

Moi, j'ai vu ça dans d'autres groupes, pas dans le nôtre, mais dans d'autres groupes où il y en a un qui était arrivé le dernier, qui était en partage d'honoraires. Quand il avait fini de voir ses patients, il était 17h, il se barrait et, comme les urgences arrivent entre 17 et 20h, forcément ce n'est pas lui qui les voyait, c'était les autres qui étaient déjà surchargés.

Et par contre il en avait les bénéfices. » (Médecin D)

« Ben, les inconvénients, c'est quand les gens n'ont pas une activité équivalente, c'est qu'on a l'impression qu'il y en a un qui travaille moins que les autres. » (Médecin F)

« Ça aurait pu être une concurrence vers le bas d'ailleurs, j'y repense en disant ça, parce que, du coup, si on fait moins et que l'autre fait plus, et bien on touche autant. (rires) » (Médecin E)

2.3.3.2 La suspicion

Le partage peut pousser à la suspicion, à vouloir surveiller ses collègues, compter le nombre de patients vus, faire suspecter des inégalités, car la question de l'argent reste taboue et sensible. Pour la plupart des personnes interrogées, quand il y a des inégalités, cela reste difficile d'en discuter et cela est source de conflits non-dits.

« Mais bon, honnêtement, tout ce qui est financier, dès qu'on touche au financier, c'est toujours compliqué. Et, donc, il arrive un moment où, quand vous regardez derrière, vous avez tendance, même si jusqu'à présent je ne le faisais pas, à comparer. Et parfois il y a des injustices qui peuvent être relevées. » (Médecin K)

« Donc moi je trouve que ça enlève la suspicion, le partage d'honoraires, mais ça peut en entraîner d'autres. Ça lève la suspicion de « Je te pique un patient dans la salle d'attente. » Mais ça peut en mettre d'autres, moins liées au partage de frais, mais plus au partage de travail « Peut-être que tu pourrais travailler plus quand même. » » (Médecin D)

« C'est un problème un petit peu, c'est vrai que... Actuellement, depuis quelques années, il y a une différence entre moi et mon associé. C'est quelque chose que je n'aborde pas facilement parce qu'en fin de compte, le partage d'honoraires ça va aussi avec partage du temps de travail. » (Médecin C)

2.3.3.3 Les tensions entre collègues

Dans la même optique, plusieurs intervenants ont rapporté que le partage pouvait participer à créer ou alimenter des tensions, sans parvenir toujours à préciser en quoi : divergences d'opinion, nécessité de s'entendre, collectif...

« Il est possible que des tensions puissent émerger quand même d'un fonctionnement comme celui-là. » (Médecin A)

« Ça peut bien, bien jouer en négatif sur les relations quand même, aussi. Ça peut créer des tensions et créer des problèmes auxquels on n'aurait pas pensé : compter combien de patient a fait l'autre, se préoccuper des charges... C'est des trucs où on n'a pas envie d'entrer, dans des trucs comme ça. » (Médecin F)

2.3.3.4 Avoir l'impression de travailler pour l'autre

Partager les honoraires revient, de fait, à travailler en partie pour l'autre, ce qui selon les convictions ou les personnalités peut être vécu comme un inconvénient. Cela tient à la spécificité de la médecine générale, avec des actes et des consultations pas toujours égales en charge de travail fourni et peu reproductible (ce qui est différent de certaines spécialités plus techniques comme la radiologie, par exemple).

« Je pense qu'il n'y a pas tant de médecins que ça qui sont Ok à se dire « Peut-être que lui il travaille plus que son collègue et il sera payé pareil. » Je pense que ça, c'est hyper ancré chez les gens qui ont commencé à faire un peu de médecine libérale. » (Médecin G)

« Le seul inconvénient c'est d'avoir l'impression de travailler pour l'autre et vraiment c'était dans notre idée que, de toute façon, ce n'était pas grave.

Si à un moment il y en a un qui travaille plus que l'autre, ce n'est pas grave. Ça ne nous venait pas à l'idée. Je pense que c'est le seul inconvénient, sinon je n'y vois que des avantages. » (Médecin C)

« Oui, c'est-à-dire que si vous travaillez plus que l'autre et que vous gagnez autant que l'autre... Voilà, par moment ça pose des problèmes. » (Médecin J)

2.3.3.5 Devoir s'entendre pour la prise de décisions

L'obligation de prendre les décisions collectivement peut parfois poser des difficultés. Si plusieurs avis se confrontent, cela peut freiner la dynamique de groupe. Un exemple a été donné avec la décision de s'informatiser ou non.

« Parce qu'on sait derrière qu'on est trois à décider, et pour tout changement il faut l'aval des trois, pour toute commande (...) matérielle, il faut l'aval des trois parce que, sinon, on estime que c'est trop cher ou qu'on a trop commandé de ça, et on ne commande pas.

Là, il y a une rigidité, qui est quand même assez stricte et ennuyeuse pour moi. » (Médecin K)

« L'inconvénient c'était quand il a fallu s'informatiser, et aussi parce qu'un de mes collègues, qui vieillissait, voulait que rien ne change, (...) et c'est vrai qu'il refusait l'informatisation. Il voulait que rien ne change, or les choses avaient changé et c'est vrai qu'avec mon autre collègue (...) on a fait un coup de force. On a dit « L'informatisation, nous, si on le fait pas maintenant, on ne le fera jamais, ce n'est pas possible, il faut qu'on s'y mette. »

Alors, il avait un côté bien, c'est qu'il disait « Si vous voulez acheter ça, c'est dans quel but ? Qu'est que ça aura comme avantage pour le cabinet ? » C'était très intéressant sa façon de voir les choses. Mais, en fait, il voulait surtout que rien ne change. C'était un peu compliqué parce qu'on a fritté à ce moment-là, à cause de ça. » (Médecin F)

2.3.3.6 Avoir l'impression d'être le maillon faible

Si l'un a une pratique moins rapide, ou voit moins de patients, il peut mal vivre le fait d'être le "maillon faible" du groupe.

« On peut éventuellement être aussi le maillon faible dans une chaîne justement. Moi, en ce qui me concerne par exemple, j'ai une pratique qui est clairement moins rapide que celle de mes collègues donc, au final, je fais moins d'actes qu'eux. Donc ça me place dans une position qui est une position inconfortable par rapport à mes collègues. » (Médecin A)

« Et finalement c'est elle qui nous a demandé à sortir. À la fois pour cette raison, pour être libre, et à la fois parce qu'elle ne supportait plus, entre guillemets, que je lui « donne de l'argent. » » (Médecin D)

2.3.3.7 Devoir partager la charge de la patientèle

Le partage de patientèle va avec le partage des responsabilités concernant cette patientèle (courriers, biologies, etc.). Quand cette charge n'est pas équitablement partagée, cela peut être vécu comme une charge supplémentaire ou une contrainte. Pour une participante, c'est vécu comme l'inconvénient principal, qui lui donne envie de renoncer au partage.

« Alors que, quand on a notre patient et qu'on choisit de prendre ses patients en tout état de cause et de conséquences, on le mène jusqu'au bout. On ne laisse pas le taff pour les autres qui restent là, les jours où.... Vous voyez ce que je veux dire, par rapport aux permanences ? Voilà, c'est par rapport à tout ça. » (Médecin K)

« Donc il y a certaines collègues qui jouent à la concurrence ou aux indicateurs à fond par rapport à ça et qui, du coup, remplissent le pool de Médecin Traitant de toute la SCP. Et, pour le coup, c'est les autres qui en pâtissent. Et quand elles ne sont pas disponibles, eh bien, c'est les autres qui doivent le voir. » (Médecin K)

« Parce que, pour moi, ce n'est pas une question de quantité ou de ça, parce que dans tout partage d'honoraires ou fonctionnement de cabinet, il n'y a pas que les actes. Il y a tout ce qu'il y a autour, c'est-à-dire lavage de matériel, la stérilisation, rentrer les courriers, gérer les bios et les patients. On peut ne pas avoir la même patientèle mais gérer tout le reste.

Et parfois, il n'y a pas la même dynamique là non plus, ou le même esprit de groupe ou de solidarité. » (Médecin K)

2.3.4 La complexité structurelle

Pour certains, une difficulté venait de la complexité, ou la méconnaissance, d'un cadre légal permettant d'encadrer la pratique. Une méconnaissance des structures légales pourrait expliquer en partie le côté peu répandu du partage d'honoraire, et susciter des craintes.

INCONVENIENT

Complexité structurelle

- **Complicque le cadre légal**
- **Difficile de partager les forfaits**

2.3.4.1 Complique le cadre légal

« Non, on leur en parlait pas, mais on leur disait, quand elles allaient s'installer, de vachement mettre les chiffres carrés, etc.

Nous c'était quand même très poétique, il faut bien dire ce qui est.

Il faut bien reconnaître que nous, même au niveau des impôts, ce qu'on faisait... On ne truandait pas, mais c'était limite. On n'avait même pas de société...

- C'était une SDF, ou SCP ?

- SDF, une Société De Fait. Ça marchait très bien. En fait, les impôts ne nous ont jamais emmerdé, il n'y a pas eu de problème, mais c'est vrai que maintenant, depuis 3 ans, on a un expert-comptable. L'expert-comptable il dit « Ouh là là... »

Donc ça s'est un peu fini en queue de boudin, quand même. » (Médecin F)

2.3.4.2 Difficile de partager les rémunérations forfaitaires

Il a été parfois signalé que le partage des forfaits et ROSP ne sont pas aisés, car il est difficile de savoir quelle part revient à chacun. Pour d'autres, ce n'est pas un problème car tout est mis en commun sans désir d'individualiser les rétributions. Sur l'ensemble des participants interrogés, tous partageaient les ROSP sauf un.

Cet élément a été à contrepied de ce à quoi nous nous attendions. Nous avons imaginé qu'au contraire, le développement des rémunérations forfaitaires donnerait davantage de sens au partage, au sens du travail en commun fait auprès d'une patientèle commune.

C'est une notion qui n'a pas du tout été abordée par les participants, quelle que soit leur génération. Ils ne semblaient pas plébisciter particulièrement les rémunérations forfaitaires.

« Et puis la ROSP, quand il y a des différences de pratique au niveau du nombre d'actes, ça risque d'être compliqué. Les chiffres peuvent être extrêmement différents de l'un à l'autre. Est-ce qu'elle peut être autre qu'individualisée, la ROSP ? C'est compliqué. » (Médecin I)

2.3.5 L'acceptation du conjoint

Certaines participantes ont rapporté une difficulté d'acceptation de leur conjoint, sur la difficulté à augmenter les revenus mais aussi sur la rigidité concernant les horaires et les congés. Il s'agit d'un choix qui impacte aussi la vie familiale et les revenus du couple donc il peut aussi être plus ou moins bien accepté par le conjoint.

« Et mon ex-mari me faisait remarquer quand même que, voilà. Me faisait quelques petites remarques acerbes sur le fait que je pourrais ramener plus si j'étais... Voilà. » (Médecin D)

« - Disons que c'est plus ou moins bien compris, voilà.

- C'est plus ou moins bien compris par votre entourage vous voulez dire ?

- Oui, c'est-à-dire que si vous travaillez plus que l'autre et que vous gagnez autant que l'autre... Voilà, par moment ça pose des problèmes. » (Médecin J)

« Parce que, forcément, quand il y a des tensions, ou quoi machin... Eh bien c'est toujours « Eh bien oui, forcément, nanani, nananin... » Parce que, quand on partage, quand on est marié et qu'on partage les comptes et le mode de vie, eh bien on partage ce qu'on vit au quotidien et, oui ça influence la vie personnelle. » (Médecin K)

2.3.6 Limite le choix des futurs associés

Au contraire d'une époque où la concurrence était plus importante et où le partage était présenté comme un argument pour recruter, aujourd'hui il a été parfois présenté comme un élément possiblement freinateur pour recruter de nouveaux associés. Il fait craindre de ne pas réussir à attirer un associé avec un système peu populaire et pouvant rebuter certains. Cela concerne plutôt des associés des jeunes générations, réputées plus individualistes.

« Je suis bien consciente que j'aurai du mal à trouver un associé du fait de ce type d'association. Ils me l'ont tous dit « Ah oui, mais si tu n'étais pas en SCP ça serait différent. » » (Médecin K)

« Voilà. Et donc, le fils de mon associé étant en médecine, (...) nous a dit « Vous ne trouverez personne avec ce système-là, les jeunes ne veulent pas d'un système SCP ou partage d'honoraires (...) »

Donc ça nous a fait réfléchir et, effectivement, on en est arrivés à la conclusion qu'on pouvait changer sans que ça remette en cause complètement nos rapports confraternels, qui sont excellents d'ailleurs, avec mon associé.

*Et nous avons donc basculé vers une SCM, au premier janvier 2017. »
(Médecin I)*

2.3.7 Les nuances des contraintes

Là encore, la plupart de ces contraintes étaient nuancées, principalement par la notion de compromis et de dialogue.

Il était clairement dit que si le dialogue est de bonne qualité et que tous ont la volonté de trouver des solutions, la souplesse d'un système autogéré permet toujours de trouver des compromis à la plupart des difficultés.

Quand ce n'était pas possible, c'était toujours davantage lié à des problèmes de personnalité et des tensions internes qu'au partage en lui-même.

De même, une partie de ces contraintes était plus liée au fait d'être associés que de partager les revenus.

INCONVENIENT

Nuances des contraintes

- ***Compromis toujours possible***
- ***Contraintes similaires à association classique***
- ***Inconvénients peu signifiants***
- ***Prorata possible***
- ***Liberté de pratique possible***
- ***Nombre de patients pas obligatoirement identique***
- ***Tensions plus liées à la personnalité qu'au partage***

2.3.7.1 Un compromis est toujours possible

Puisqu'il s'agit d'un système en autogestion et d'un fonctionnement autonome, "à l'amiable", où les règles sont à inventer, un compromis est toujours possible pour trouver des solutions aux problématiques, qu'elles soient financières, concernant les

congés, le temps de travail... si l'entente est suffisamment bonne.

C'est aussi ce qui "oblige" à s'entendre. La contrainte rapportée comme principale (la rigidité) a toujours la possibilité d'être adoucie par un dialogue de bonne qualité et des négociations.

« Donc il y a une rigidité, dans les horaires notamment, on n'a pas trop le choix dans l'organisation mais, bien sûr, on se met d'accord. Il y a toujours une discussion possible. » (Médecin A)

« Tout est possible et envisageable puisque j'ai un bon dialogue avec mes collègues. » (Médecin B)

« En fait il faut s'entendre. Il n'y a pas de règles. À partir du moment où on arrive à trouver une entente et où c'est accepté de tous, c'est bon. » (Médecin D)

« Mais le fonctionnement, par contre, c'est nous qui le décidons et ça, on le décide ensemble. Donc, après, c'est à nous de trouver le fonctionnement qui nous convient. » (Médecin G)

2.3.7.2 Les contraintes sont celles de toute association

Les contraintes sont en fait plus liées à la permanence des soins, et à l'association, qu'elle soit en partage ou non : partage du temps de présence, des locaux, du matériel, de l'administratif... En cas de mauvaise entente, il n'y a pas que le partage qui est rendu impossible, c'est toute l'association.

« Donc, en fait, ces inconvénients ce n'était pas tant les inconvénients du partage d'honoraires que les inconvénients de partager le même local. L'association c'est comme un mariage, quelque part. » (Médecin D)

« Et pourtant, on n'est pas en partage. Donc ça, je pense que c'est plus le problème de l'association. Il faut différencier ça. » (Médecin D)

« Oui, probablement. Et encore, je pense que c'est au prix d'avoir plus de collectif aussi dans le cabinet. Quand on travaille à l'hôpital on n'a pas non plus... Il faut s'organiser pour les vacances. Je pense que ça, c'est un peu pareil. » (Médecin G)

« Il y a assez peu de libertés de ce côté-là mais c'est tout de même une liberté qui se calque sur le fonctionnement d'un cabinet en groupe. » (Médecin A)

2.3.7.3 Les inconvénients sont peu significatifs

De nombreux intervenants y voient plus d'avantages que d'inconvénients, ou des inconvénients qui ne pèsent pas lourd dans la balance, ou qui pourraient être significatifs pour certains mais qui ne le sont pas au regard des convictions ou motivations qui sous-tendent le choix.

« J'y trouve plus d'avantages que d'inconvénients. Et donc, du coup, je m'y fais, je me plie à cette rigidité. » (Médecin B)

« Mais, par contre, les avantages étaient beaucoup plus importants que les inconvénients. » (Médecin E)

« Je pense que, effectivement, dans l'absolu, ça diminue les libertés mais pour moi ce sont des libertés qui ne m'intéressent pas plus que ça. Et ça me convient mieux de travailler dans le collectif, en fait. » (Médecin G)

2.3.7.4 Un système de prorata est possible

Si l'équité du temps de travail est vécue comme une contrainte, dans de nombreux cas il est rapporté que le temps de travail n'a pas forcément besoin d'être identique, du moment que le revenu est proportionnel. Un prorata est toujours envisageable.

« Je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas, dans un partage d'honoraires, décider de travailler moins. Il faudrait le prévoir tout simplement et dire « Si je travaille 80% je suis payé 80% sur le partage d'honoraires. » » (Médecin A)

« Et puis c'est l'histoire des contrats de temps, c'est-à-dire on peut imaginer 60/40, on peut imaginer tout ce qu'on veut, après on répartit en fonction de. » (Médecin E)

« Bon, nous c'était quand même relativement souple, c'est-à-dire que moi je travaillais un peu moins qu'eux. Bon, c'est vrai que malheureusement la nana s'occupe encore (même encore dans votre génération, peut-être un peu moins) plus de la maison et des enfants que

les hommes.

Moi, je travaillais un petit peu moins, donc on se payait en fonction du temps de travail. » (Médecin F)

2.3.7.5 N'entame pas la liberté de pratique

Une certaine communauté de pratique n'entraîne pas nécessairement un mimétisme total et une liberté de pratique est, bien sûr, toujours conservée. De même que pour les avantages, plusieurs participants avaient l'impression que cela n'impactait pas leur pratique professionnelle.

« Il faut qu'il y ait quand même une certaine communauté de pratiques, qui laisse évidemment à chacun sa liberté d'être dans ce qu'il est professionnellement. » (Médecin E)

2.3.7.6 Le nombre de patients vus n'a pas besoin d'être identique

La quantité de travail et l'investissement fournis doivent être équitables mais le nombre de patients vus pas nécessairement, ce qui permet de s'en détacher.

« Et peut-être, là où, des fois, on pourrait avoir l'impression que ça fonctionne uniquement si on travaille tous pareil, pas dans la façon de travailler, mais en tout cas dans la quantité de travail, oui.

Ça, je pense que ça c'est un peu vrai. Mais on essaye de se décrocher du fait de voir tant de patients parce que ce n'est pas vraiment le problème, en fait. » (Médecin G)

2.3.7.7 Les tensions sont plus liées à des problèmes de personnalité qu'au partage

Quand des tensions sont rapportées, elles sont décrites comme étant plus liées à des conflits de personnalité qu'au principe du partage en lui-même.

« Et puis, il a commencé à y avoir des tensions entre nous. Alors, je ne sais pas à quoi c'était dû, si ça a joué... Ça a pu jouer. Moi, je ne crois pas. Je pense que c'est surtout la personnalité de celle avec qui j'avais remonté le cabinet qui était très, très particulière. » (Médecin D)

2.4 CONDITIONS NECESSAIRES

Aux questions « Parlez-moi du partage... » et « Qu'est ce qui pourrait rendre le partage

impossible ? », des limites sont apparues mais aussi beaucoup de conditions nécessaires. Etant donné qu'il ne s'agit pas d'un système rigide mais d'un système choisi à inventer en équipe, de nombreux critères sont apparus comme indispensables à sa mise en pratique, qu'ils concernent la personnalité des collaborateurs ou l'organisation.

Certaines de ces conditions apparaissent également ci-dessus comme des contraintes, puisque, étant nécessaires, elles imposent une certaine rigidité au système pour le faire fonctionner.

2.4.1 Les conditions humaines

CONDITIONS

Conditions humaines

- *Bien s'entendre*
- *Capacités de dialogue*
 - *Beaucoup de négociation*
 - *Communiquer clairement*
- *Bien se connaître*
- *Confiance*
- *Partage des valeurs*
 - *Prendre en compte le psychosocial*
 - *Refus des laboratoires*
- *Fonctionnement tolérant*

2.4.1.1 Bien s'entendre

C'est l'élément cité par la quasi-totalité des participants, et souvent en premier à la question « Qu'est ce qui pourrait rendre le partage impossible ? », souvent avec insistance (« vraiment, vraiment »). A contrario tous les cas rapportés d'échec ou de situation insatisfaisante faisaient état de conflits et de mauvaise entente.

« Les inconvénients, c'est quand on ne s'entend pas bien. Il faut vraiment, vraiment s'entendre bien. » (Médecin D)

« Enfin, moi, je pense qu'il faut savoir s'entendre vraiment avec ses collègues, et pas forcément sur le plan personnel. » (Médecin G)

« Qu'est qui pourrait rendre le partage d'honoraire impossible ? ... Le fait de ne pas bien s'entendre avec ses collègues. » (Médecin G)

2.4.1.2 Le dialogue

2.4.1.2.1 Beaucoup de négociation

Les participants mentionnent que la capacité de négociation tient une part importante dans les conditions de réussite. Au-delà de la bonne entente et des personnalités de chacun, une capacité à chercher des compromis semble indispensable et permet de venir à bout de nombreux désaccords ou limites.

« Mais, après, c'est une question de point de vue, c'est une question de discussion, de mise au point et d'accord, ou de désaccord.

Après, les personnalités se révèlent beaucoup dans ce genre de choses. Il y a des gens compréhensifs et des gens qui sont moins compréhensifs. » (Médecin I)

« Mais ça demande vraiment un fonctionnement égalitaire et très tolérant, les uns vis-à-vis des autres. Beaucoup de négociation, c'est surtout ça qu'on n'arrive pas trop à faire. » (Médecin F)

2.4.1.2.2 Communiquer clairement

Une des conditions est de bien communiquer, d'éviter les non-dits, de parler régulièrement et ouvertement de ce qui pourrait poser conflit. Il faut un dialogue permanent, définir clairement ce que l'on veut collectivement. Un frein au partage semble être quelqu'un qui ne parle pas franchement.

« Donc, voilà, ça c'est des histoires de communication. C'est pour ça que, de toute façon, il faut remplacer avant. Pour savoir si on s'entend bien et voir comment on communique. Mais ça ne peut pas être possible avec quelqu'un qui ne parle pas franchement. » (Médecin D)

« On en parle régulièrement et ils l'acceptent. Mais je suis obligé d'en parler régulièrement pour être certain que c'est bien quelque chose qui est accepté car (...) ça crée un déséquilibre si les choses ne sont pas clairement acceptées au départ. » (Médecin A)

2.4.1.3 Bien se connaître

Bien se connaître permet de mieux s'entendre, mais aussi de savoir si ses associés

pourront respecter le pacte moral, comme dans tout engagement.

« Par contre, moi je pense qu'il faut bien se connaître. Et, c'est un peu un pacte moral, quand même. » (Médecin D)

2.4.1.4 La confiance

Les participants sont assez unanimes sur les notions de confiance, d'honnêteté, qui sont nécessaires au partage d'argent. C'est une valeur socle, nécessaire pour partager l'argent mais aussi le travail et les patients.

« Leur éthique est importante parce qu'il faut pouvoir leur faire confiance, sur le fait qu'ils ne vont pas refuser un patient sous prétexte qu'ils ne sont pas payés à l'acte strict. Donc quelqu'un qui serait malhonnête là-dedans, moi je serai incapable de travailler avec lui. » (Médecin A)

« Parce que, quand on en est au partage d'honoraire c'est qu'on a confiance en l'autre, sinon ce n'est pas possible. » (Médecin D)

2.4.1.5 Le partage des valeurs

Dans la même optique, il est important pour les participants de partager les valeurs avec leurs associés comme, par exemple le refus des laboratoires, ou la prise en compte de la dimension psychosociale dans le soin.

« Et c'est vraiment sortir de l'emprise des laboratoires, on n'avait jamais une formation continue qui était payée par un laboratoire, on ne s'est jamais fait payer quoi que ce soit par le moindre laboratoire, on n'a jamais reçu les visiteurs médicaux. On a toujours eu comme formation, une formation paritaire et par la revue Prescrire. On était abonnés à Prescrire. » (Médecin D)

« Enfin, c'était s'occuper de la véritable cause des maladies, et pas soigner les symptômes. Enfin, on soignait les symptômes, mais s'attaquer aux causes aussi psychosociales des maladies. (Médecin F)

2.4.1.6 La tolérance

« Mais ça demande vraiment un fonctionnement égalitaire et très tolérant, les uns vis-à-vis des autres. » (Médecin F)

2.4.2 Une idéologie commune

CONDITIONS

Idéologie commune

- *Partage de projet de soin*
- *Partager la même éthique de travail*
- *Même sensibilité sociologico-politique*
- *Militantisme*

2.4.2.1 Partager un projet de soin

Il semble important d'être dans un même projet de soin et une même vision du soin que ses collègues, partager une même idéologie, une même éthique : le sens qu'on donne à ce que l'on fait, au soin, être d'accord sur la politique de santé. Avoir tous la même approche, la même optique, en termes de patientèle, de vision des soins.

« Pour moi, c'est quand même une des choses primordiales, que l'on soit sur le même projet en tout cas, par rapport aux patients. » (Médecin B)

« Et il faut avoir la même idée de son travail, du rapport à l'argent et travailler pareil. Ça c'est vrai. » (Médecin F)

« En tous cas c'est une réflexion beaucoup plus large que juste son petit confort de vie. C'est pour ça que je parlais du sens aussi : quel sens on donne à ce qu'on fait ? Quel sens on donne au soin ? Etc. » (Médecin G)

2.4.2.2 Même éthique de travail

Il faut avoir des valeurs communes, et la même éthique de travail : sur le sens qu'on donne à son travail mais aussi l'investissement personnel, la qualité attendue etc. Cité comme une condition pour le partage mais aussi pour l'association tout court.

« Donc après, c'est de l'éthique et de l'idéologie. Et voilà. » (Médecin G)

« C'est-à-dire qu'il faut qu'on soit d'accord sur l'orientation globale du cabinet, et derrière ça va forcément induire des questions d'éthique et de politique. » (Médecin G)

« Je pense que c'est vraiment important. Ce sont des questions qui se posent quand on travaille avec quelqu'un en partage d'honoraires, c'est justement d'essayer de percevoir l'éthique qu'il a. » (Médecin A)

2.4.2.3 Même sensibilité sociologico-politique

Va avec l'idée de partager la même idéologie et vision de la santé, mais s'élargit au domaine de la politique. Pour certains, il apparaît nécessaire de partager des idées sociales et politique de solidarité, de partage, car il s'agit aussi d'un choix engagé politiquement.

« Je ne sais pas si c'est une question de générations. À mon avis c'est plus une question de formations, ou d'idées sociologiques, d'idées politiques. Avec mon premier associé on avait beaucoup d'idées, y compris politiques, très proches, de solidarité, de partage. » (Médecin C)

« Et c'est pour ça que je vous parlais tout à l'heure de politique. C'est-à-dire qu'il faut qu'on soit d'accord sur l'orientation globale du cabinet, et, derrière, ça va forcément induire des questions d'éthique et de politique. » (Médecin G)

« Elles n'ont pas l'analyse politique que j'ai, quoi, même si je leurs offre sur un papier, sur un plateau, tous les jours, que je leurs explique. Ça ne les branche pas. » (Médecin F)

2.4.2.4 Le militantisme

Pour certains, c'est présenté comme un choix militant, politique, lié à une vision de la santé publique associée à des idées de solidarité, de partage.

Il s'agit d'un choix fort, engagé et "en marge", cela demande d'avoir des convictions fortes qui le soutiennent. Les collaborateurs n'ayant pas de volonté militante particulière sont présentés par ces participants comme des facteurs d'échec du partage.

« Et puis c'était pas du tout leur volonté, elles n'ont pas la même culture, ce ne sont pas des militantes. Elles ne font pas de syndicalisme, ni rien. » (Médecin F)

« Moi, j'ai entendu parler de ma structure via un autre collègue, encore plus militant et engagé que moi, qui y avait fait son SP1, mais c'est sûr que pour moi, il y a un choix politique qui est énorme là-dedans. » (Médecin G)

2.4.3 Le profil idéal

La plupart des participants s'accordent à dire que "le partage ne peut pas se faire avec n'importe qui."

On a donc un profil de collaborateur avec qui c'est envisageable qui est décrit.

Ce collaborateur doit avoir envie de faire fonctionner le système, avoir des pratiques homogènes avec celles des autres collaborateurs, des prétentions financières similaires, être relativement détaché de l'argent et, enfin, avoir envie de donner le maximum pour le collectif.

CONDITIONS

Profil idéal

- **Avoir envie que ça marche**
- **Homogénéité de pratiques**
 - **Homogénéité de durée de consultation**
 - **Homogénéité de type de patientèle**
- **Financier**
 - **Mêmes prétentions financières**
 - **Même secteur**
 - **Peu de différence de chiffre d'affaire**
 - **Être assez détaché de l'argent**
- **Se donner à fond**
- **Savoir revenir sur ses libertés individuelles**

2.4.3.1 Avoir envie que ça marche

La volonté commune d'y arriver, de faire en sorte que le partage fonctionne, semble être une condition nécessaire et quasi suffisante, permettant de venir à bout de nombreux freins.

« Ça demande surtout une association avec des gens qui ont le même état d'esprit et qui ont envie que ça marche. » (Médecin F)

« Mais je ne sais pas en fait, je pense en fait que s'il y a une volonté de faire un partage d'honoraires, je ne vois pas ce qui peut vraiment l'empêcher. » (Médecin G)

2.4.3.2 Homogénéité de pratiques

Unanimement, il faut une homogénéité dans la façon de travailler dû au partage de

patientèle, mais aussi à la nécessité d'homogénéité de temps de travail.

« Ça me fait juste penser à ça du coup, il y a quand même nécessité d'une proximité des pratiques. » (Médecin E)

Il faut qu'il y ait quand même une certaine communauté de pratiques :

2.4.3.2.1 Même type de patientèle

« Je pense qu'il faudrait calculer pour qu'il y ait un même mode d'exercice.

En temps, en, comment vous dire, en type de patientèle. Ça revient à dire effectivement une même dynamique au sein des médecins eux-mêmes. » (Médecin K)

2.4.3.2.2 Même durée de consultation

« Des fois ça variait effectivement, mais il ne peut pas y en avoir un qui prend son temps avec des consultations systématiquement pendant que les autres rament, gèrent les urgences etc... ça c'est pas possible. » (Médecin D)

« Et les mêmes temps de travail, et un peu la même durée par patient. On se mettait d'accord du coup. » (Médecin D)

2.4.3.3 Financier

2.4.3.3.1 Mêmes prétentions financières

Puisque les revenus seront identiques, il paraît nécessaire d'avoir des objectifs financiers à peu près semblables, afin d'éviter les désaccords et les frustrations. Il est mentionné comme cause de rupture assez souvent des désirs ou des besoins financiers différents.

« Concernant le partage, la question essentielle c'est de savoir si tout le monde est d'accord pour travailler autant, et toucher autant. » (Médecin I)

« Le partage implique l'obligation de présence identique par rapport à mes associés, qui n'ont pas forcément les mêmes objectifs financiers, ou de travail que moi. » (Médecin I)

2.4.3.3.2 Appartenir au même secteur

Une participante fait état d'un obstacle, qui a été d'avoir un collaborateur en secteur 2. En effet, le partage était plus difficile si le tarif de la consultation n'était pas le même pour tous.

« Y compris celle qui était en secteur 2, elle disait tout le temps : « mais moi je travaille plus », et en fait ce n'était pas vraiment vrai, et en plus nous on payait ses charges qui étaient vachement plus importantes puisqu'elle était en secteur 2. » (Médecin F)

2.4.3.3.3 Avoir un chiffre d'affaire similaire

Il est parfois noté qu'il ne doit pas y avoir trop grande différence entre les chiffres d'affaire des associés (un participant estime à 5% la marge), afin de limiter les inégalités.

« C'est que si jamais on pouvait se fixer des paramètres, qu'il n'y a pas une trop grande différence entre chaque associé, il ne faut pas qu'il y ai un associé qui ramène plus de 60%, il ne faut pas une différence de plus de 5% si vous voulez. » (Médecin J)

2.4.3.3.4 Etre relativement détaché de l'argent

Pour certains, il est préférable de ne pas avoir envie de trop compter, ne pas être dans la comparaison vis à vis des gains. Un appétit modéré vis-à-vis de l'argent est cité comme préférable.

« Et j'ai un petit problème avec mes collègues, parce qu'elles, elles veulent vraiment gagner beaucoup d'argent et ça me met très en colère. » (Médecin D)

« Je pense qu'il n'y a pas tant de médecins que ça qui sont ok, à se dire « Peut-être que lui il travaille plus que son collègue et il sera payé pareil. » Je pense que ça, c'est hyper ancré chez les gens qui ont commencé à faire un peu de médecine libérale. (...) Et oui, je vois bien qu'il y a beaucoup de médecins qui en seraient incapables effectivement. Qui ont envie de calculer exactement... Enfin voilà, ça ne correspond pas à leur façon de faire, quoi. » (Médecin G)

2.4.3.4 Se donner à fond

L'investissement personnel doit être le même pour tous, ainsi que l'exigence de qualité du travail.

« Pour que ça marche il faut déjà que tout le monde soit dans la même perspective, c'est-à-dire que tout le monde bosse pour que le cabinet tourne. » (Médecin H)

« Je pense que si vraiment il y avait eu la même ambiance qu'au début, c'est-à-dire où vraiment tout le monde se donnait à fond, ne comptait pas ses heures, le but c'était que le cabinet marche, (...) je pense qu'elles auraient peut-être adhéré. » (Médecin D)

2.4.3.5 Savoir revenir sur ses libertés individuelles.

Une des contraintes principales étant une perte de liberté, il faut être prêt à renoncer à certaines libertés individuelles propres au système libéral, pour le fonctionnement collectif. (certains participants précisent que ces libertés sont de toutes façons limitées par la permanence des soins).

Il est nécessaire que chacun soit bien au clair avec la nécessité de les limiter pour permettre le fonctionnement égalitaire nécessaire.

« Ils ont du mal à revenir sur leurs libertés individuelles, je pense. » (Médecin G)

« C'est une contrepartie évidemment, une petite perte de liberté mais pour une plus grande liberté à côté. » (Médecin A)

2.4.4 Les conditions organisationnelles

CONDITIONS

Conditions organisationnelles

- **Équité de temps de travail**
- **Avoir les mêmes congés**
- **Encadrer par des statuts**
- **Souplesse**
- **Nombre restreint d'associés**

2.4.4.1 Équité de temps de travail

Quasi unanimement, une durée équivalente de temps de travail et une charge de travail

équitable, sans avoir besoin d'être égalitaire stricte, était mentionnée comme une condition indispensable. En effet, dans les quelques situations où ce n'était pas ou plus le cas, c'était source de conflits et de sentiment d'injustice.

Il paraissait plus pertinent de parler de temps de présence et de disponibilité que de nombre d'actes identiques.

« Le partage d'honoraire impossible, c'est la non adéquation, le non accord sur le partage du temps de travail, d'une part. » (Médecin D)

« C'est-à-dire qu'il y ait... Comment je dirais, moi ? Une égalité. Enfin... une égalité, elle n'est jamais complète, et puis on n'a jamais cherché ça non plus, on n'a jamais compté. Une équité, voilà, le mot est plus juste. » (Médecin E)

« Parce que, du coup ce que ça fait, un truc que ça provoque directement le partage d'honoraires, vu qu'on le partage à parts égales, c'est qu'on a un temps de travail qui est égal aussi. Ça entraîne quand même un travail collectif parce qu'on est obligé... Enfin, on se dit qu'il faut qu'on travaille de manière équitable. » (Médecin G)

« Si c'était à part égales ça ne me dérangerait pas, je dis une bêtise, de faire des samedis matin, ou de venir travailler en off, si les autres faisaient pareil. Je pense qu'il faudrait calculer pour qu'il y ait un même mode d'exercice, en temps. » (Médecin K)

2.4.4.2 Avoir le même nombre de congés

Il est quasi systématiquement précisé qu'un nombre équitable de jours de congés est nécessaire. Parmi les cabinets interrogés, il n'y en avait pas qui ne respectaient pas cette règle, au moins approximativement.

Cela peut être vécu comme une contrainte ou une perte de liberté mais également comme une possibilité offerte de prendre des congés plus sereinement.

« Donc, ça sous-entend d'avoir les mêmes congés. » (Médecin D)

2.4.4.3 Encadrer par des statuts

Quelques-uns voient le cadre comme une condition nécessaire avec, comme contre-exemples, des associations sans cadre structuré qui ont échoué. Le cadre et les statuts permettent d'agir comme garde-fou.

À l'inverse plusieurs participants n'ont pas mentionné cette idée, en particulier quand ils fonctionnaient de façon très libre sans y voir d'inconvénients. Il s'agissait souvent d'associations plus anciennes.

« J'avais connu aussi des gens qui étaient dans la banlieue parisienne et qui, eux, avaient décidé, sans aucun statut, de tout mettre dans le pot commun. Ils mettaient les frais de tous, y compris l'URSSAF et y compris les salaires touchés quand ils étaient vacataires à l'hôpital. » (Médecin E)

« Oui, ça demande un cadre. » (Médecin F)

2.4.4.4 De la souplesse

Il est dit qu'il faut un minimum de cadre, des statuts, pour limiter les injustices, mais qu'il faut également de la souplesse et de la négociation pour ne pas trop restreindre les libertés. Le bon compromis se situerait dans un juste équilibre entre les deux.

« C'est-à-dire que je pense que, quand on veut faire un partage d'honoraires, il faut quand même avoir une souplesse dans le fonctionnement. » (Médecin H)

« Donc c'est vrai que c'est un système à la fois très souple et rigide. » (Médecin J)

*« Et c'est vrai que c'est plus la rigidité du cadre.
Ça aurait pu être moins rigide mais, de fait, quand on fait le partage d'honoraires, pour que ça marche, il faut quand même que ça soit un peu rigide. Et l'extrême rigidité, le manque de souplesse...
C'est très difficile de trouver le juste milieu, je pense. » (Médecin H)*

2.4.4.5 Limiter le nombre d'associés

Il est noté qu'un nombre trop important d'associés est un facteur de risque de mésentente, de conflits, de divergences de souhaits. De plus, c'est davantage compliqué sur le plan organisationnel, pour se réunir par exemple. Le bon nombre proposé est souvent 2 ou 3.

« Je pense qu'il ne faut être trop nombreux non plus. Je pense qu'à deux

c'est plus facile qu'à trois. (...) Je veux dire : plus il y a de monde, plus il y a de risque de conflits. » (Médecin J)

« Nous on l'a fait à deux personnes, ce qui est relativement simple parce que, du coup, l'échange était facile, il peut se faire par téléphone (il y a des choses qui se font par téléphone, il y a des choses qui se font par la rencontre).

Au fur et à mesure qu'il y a beaucoup plus de gens, c'est aussi plus complexe. » (Médecin E)

2.5 FACTEURS D'ECHEC

Certaines limites au partage d'honoraires ont été évoquées lors des entretiens, avec des facteurs cités comme pouvant entraîner, ou ayant entraîné, l'échec du système et l'arrêt du partage. Ces facteurs étaient à la fois humains, organisationnels et situationnels.

Certains de ces facteurs font écho aux conditions nécessaires citées ci-dessus, notamment quand elles ne sont pas respectées.

2.5.1 Une organisation inadaptée

FACTEURS D'ECHEC

Organisation inadaptée

- **Fonctionnement inégalitaire**
- **Trop rigide**
- **Partage pas unanime**
- **Manque de rigueur administrative**

2.5.1.1 Un fonctionnement inégalitaire

Les fonctionnements décrits comme insatisfaisants, où le partage était source de problèmes, étaient toujours des fonctionnements où l'égalité (de temps, d'investissement, etc.) n'était pas respectée.

« Libre : pas d'organisation égalitaire. D'où les problèmes. » (Médecin K)

« Il y en a un qui ne regarde pas son temps de travail, qui est capable de faire 50 actes par jour, et puis les autres qui ne sont pas du tout dans cette optique-là. Qui, en plus ont des activités en dehors du cabinet, que ce soit au niveau formation, syndicale, les réseaux ETP et compagnie. Enfin bon, qui ouvrent un peu leurs pratiques à d'autres choses.

Et c'est vrai que là, il y a du conflit potentiel, là. » (Médecin E)

2.5.1.2 Un fonctionnement trop rigide

Une rigidité trop importante, sans possibilité de s'adapter et de négocier, ou mal adaptée (sur le nombre d'actes plutôt que sur le temps de travail, par exemple) peut entraîner un désir de sortir du partage.

« Les filles aussi, à Colombes, elles ont eu du mal avec les hommes, mais elles étaient encore tellement rigides que c'était compliqué. Il n'y a jamais un mec qui est resté longtemps avec elles. » (Médecin H)

« - Non, moi je crois que j'ai été échaudée, que c'est un mode de fonctionnement que je n'adopterai plus.

- Pour cette raison de rigidité ?

- Exactement. » (Médecin K)

2.5.1.3 Le partage n'est pas unanime

Dans les situations où un ou plusieurs collaborateurs ne participaient pas, ou plus, au partage, la situation décrite était celle d'une moins bonne coordination, avec une perte de travail collectif et de partage de patientèle, qui mettait en péril le fonctionnement collectif global.

« Après, dans notre histoire, on est passé de trois à quatre, (...) Et après du coup, on est repassé de quatre à 3+1. Après, celle qui était venue s'installer en troisième a préféré se désolidariser de la masse commune. Nous, on est restés en masse commune à trois, plus l'autre avec qui on partageait les frais.

Et puis, à la fin on s'est dit « Ça n'a pas tellement de sens de rester... » On ne s'est pas fâchés pour arrêter la masse commune en fait, mais on trouvait que ça avait beaucoup moins de sens d'être 3+1, plutôt que quatre. » (Médecin D)

« Voilà, ça a changé la relation, c'est-à-dire qu'elle s'est mise à prendre toutes les urgences, puisque maintenant ça rentrait dans sa poche (...)

Du coup, elle a fait deux types de travail : ses thérapies à 3/4 d'heure et puis après, des choses rapides. Donc on n'était plus tout à fait sur le même fonctionnement. » (Médecin D)

2.5.1.4 Le manque de rigueur

Le manque d'encadrement par des statuts dédiés et le manque de rigueur administrative ont pu mener des systèmes "artisansaux" à l'échec après l'intervention des comptables, par exemple.

Une meilleure connaissance des cadres juridiques dédiés pourrait aider à solutionner le problème.

« SDF, une Société De Fait. Ça marchait très bien. En fait, les impôts ne nous ont jamais emmerdés, il n'y a pas eu de problèmes. Mais c'est vrai que maintenant, depuis 3 ans, on a un expert-comptable, l'expert-comptable il dit « Ouh là là... »

Donc ça c'est un peu fini en queue de boudin quand même. » (Médecin H)

2.5.2 Les changements de situation

FACTEURS D'ÉCHEC

Changement de situation

- **Arrivée de collaborateurs réfractaires**
- **Départ des fondateurs**
- **Perte de sens**
- **Changement de besoins**
- **Changement de pratiques**

2.5.2.1 L'arrivée de collaborateurs réfractaires

Un facteur d'échec souvent mentionné est l'arrivée de nouveaux collaborateurs qui ne souhaitent pas pratiquer le partage.

« Il y en a deux autres qui sont arrivés d'abord. Ça a fait bouger les choses, parce que les jeunes étaient complètement... enfin, étaient un peu réfractaires à ça. On leur avait tellement dit que c'était... Elles voulaient avoir plus de liberté. Enfin bref, de leur point de vue. Ça s'est arrêté avec les nouveaux. » (Médecin H)

2.5.2.2 Le départ des fondateurs

En regard de l'arrivée de collaborateurs réfractaires, le départ de membre fondateurs, souvent leaders dans ce choix de fonctionnement (départ à la retraite, décès...) fragilise le système.

« En fait, ça s'est trouvé en même temps que l'autre (qui avait une tumeur au cerveau) est décédé et que l'autre collègue, deux ou trois ans après, a pris sa retraite. » (Médecin H)

« Mais de toute façon, honnêtement, cette SCP dès qu'il y en a une qui part à la retraite, je dissous. Je ne reste pas sur ce mode de fonctionnement. » (Médecin K)

2.5.2.3 La perte de sens

« Oui, c'est parce que c'était une organisation qui devenait compliqué. Enfin, pas tant que ça, mais bon, on se disait que ça n'avait plus de sens. » (Médecin D)

« Tout le monde était dans la même optique et puis, je dirais qu'à la limite, je suis plus dans la même optique avec mes jeunes collègues avec qui je ne fais plus le partage, qu'avec mon ancienne collègue, avec qui je fais toujours le partage, maintenant. Donc, c'est pour ça que ça n'a plus de sens. » (Médecin H)

2.5.2.4 Un changement de besoins

Le partage nécessite de s'entendre sur un revenu commun, si un des membres a des besoins financiers qui changent, cela peut remettre en cause sa participation au partage car ce fonctionnement ne lui permet pas (sans aménagements) de moduler ses revenus de façon unilatérale.

« Par exemple, ma situation familiale change, donc j'ai des besoins supplémentaires. Et si j'ai des besoins supplémentaires, le fait d'être en masse commune, que ce soit SCP ou autre, ça fait que je ne peux pas vraiment augmenter [mes revenus]. Donc, du coup, je ne suis pas satisfait.

Donc soit ça se passe bien, on décide tout le monde ensemble que ça cesse, soit ça crée des conflits qui font que ça va cesser de toute façon. Voilà un peu le risque. » (Médecin E)

2.5.2.5 Un changement de pratiques

Puisqu'il est nécessaire d'harmoniser les pratiques et les patientèles, si un collaborateur souhaite changer d'orientation ou travailler plus ou moins, cela rend le partage plus difficile.

*« C'est ce qu'il s'est passé avec l'autre collègue, quand elle a décidé qu'elle faisait plus de psycho, elle est sortie de la masse commune. »
(Médecin D)*

« C'est-à-dire qu'entre temps, celui qui voulait être pédiatre est allé s'installer ailleurs parce que, réellement, il voulait travailler plus, ne voir que des enfants, etc. Au bout d'un moment, on lui a dit « Écoute, ce n'est pas possible, tu ne peux pas refuser de voir nos patients âgés, on ne peut pas te donner tous les enfants. » » (Médecin F)

2.5.3 L'entente et les individus

FACTEURS D'ÉCHEC

Entente et individus

- **Conflit de personnalité**
- **Passager clandestin**
- **Différence d'âge**
- **Inadéquation des desideratas financiers**
- **Individualisme**
- **Lutte de pouvoir**
 - **Machisme**
- **Refus de la patientèle de voir tous les médecins**

2.5.3.1 Un conflit de personnalité

C'est le facteur d'échec majeur de façon quasi unanime.

Les autres difficultés peuvent quasiment toujours donner lieu à un compromis s'il y a une bonne entente, mais ce qui compromet vraiment le partage, voire même l'association toute entière, ce sont les conflits de personnalité.

Le partage demandant une autogestion, celle-ci n'est possible que s'il y a dialogue et respect mutuel, et est mise en péril dès que des conflits apparaissent ou des personnalités s'opposent.

« Et voilà, donc il y a eu beaucoup de tensions entre nous, elle a commencé à ne pas trop supporter notre connivence et à un peu chercher la bagarre.

Voilà, c'est quand même une forte personnalité, un peu difficile et, du coup, notre groupe a finalement explosé.

Mais, non, c'est vrai, c'est un peu lié à des questions de personne, parce que celle qui nous a vraiment fait exploser le truc, elle a vraiment cherché un peu la bagarre. » (Médecin F)

« Non, parce que c'est une question de personnalité aussi... Non, il n'y a pas eu de gros problème. On n'a jamais eu de gros problème, parce que... Moi, je connaissais mes associés, de réputation, je connaissais des gens qui les connaissaient, je ne voulais pas m'installer avec n'importe qui non plus, et je ne voulais pas de caractériel ni rien. Et puis, il ne s'est jamais rien passé. » (Médecin I)

2.5.3.2 Un passager clandestin

S'il y en a un ou plusieurs qui profitent de l'activité des autres pour travailler moins et gagner autant, cela implique un fonctionnement inégalitaire et peut créer des tensions, voire mener à l'échec.

« Et je puis je savais bien qu'elle bossait moins et qu'elle était un peu ailleurs.

Donc, elle a voulu continuer. Bon, je ne sais pas si c'était par intérêt personnel ou pas, on s'entend bien par ailleurs, mais c'est vrai que j'aurai bien arrêté parce que je trouve qu'il faut que ça ait un sens. » (Médecin H)

« J'ai un copain qui a fait ça. Il y en a un qui ne bossait jamais et qui se faisait payer. (rires)

Voilà, quand il y en a un qui triche, qui ne joue pas le jeu. » (Médecin F)

2.5.3.3 La différence d'âge

Plusieurs ont mentionné la différence d'âge comme un facteur limitant, soit par différence de motivation générationnelle (les jeunes générations étant perçues comme plus individualistes et moins enclines au partage), soit par différences d'attentes, au niveau financier (enfant, crédits...) ou au niveau de la charge et du temps de travail (désir de lever le pied au moment de la retraite...), ou encore à cause de la différence de volume de patientèle.

« Je pense que le principal obstacle était la différence d'âge. » (Médecin C)

« Je veux dire, je n'ai pas les mêmes besoins à 37 ans qu'à 67 ans. » (Médecin K)

« On considérait que les patientèles augmentaient jusqu'à un certain âge puis commençaient à baisser jusqu'au moment de la retraite. C'est ce qu'on avait en tête mais qui, en fait, n'est pas obligatoirement vrai.

Ce qui fait que, à un moment, moi j'allais travailler moins et lui être au sommet de sa carrière. Il pourrait très mal supporter de travailler plus que moi et de me reverser la part correspondante. » (Médecin C)

« Mais j'avais peur que ce ne soit pas dans l'idée de quelqu'un de plus jeune. (...) Avec mon premier associé, on avait beaucoup d'idées, y compris politiques, très proches, de solidarité, de partage. On était peut-être un peu soixante-huitards, ce qui bien sûr n'était plus le cas des gens nés après 1970 ! » (Médecin C)

2.5.3.4 Des desideratas financiers différents

« Mais alors, lui, à un moment ça a posé problème parce qu'il s'est mis à dire « Moi je travaille plus que vous, je veux gagner plus d'argent. Ça ne me suffit pas ce que je gagne. Si je travaille plus, je peux gagner plus, il n'y a pas de raison. Mes copains avec qui j'ai fait mes études, finalement ils gagnent plus que ça. » » (Médecin F)

2.5.3.5 L'individualisme

Pour plusieurs participants, Le principe du partage ne peut pas fonctionner avec un collaborateur qui est individualiste, qui n'est pas dans la recherche d'un fonctionnement collectif, qui "la joue perso".

« Du coup, c'est plutôt moi qui n'ai pas incité mon nouvel associé à faire ce système-là.

En plus, lui était plus classique, plus individualiste, ce qui n'a pas empêché qu'on s'entende très bien et qu'on travaille en équipe, mais il était de mentalité plus individualiste. » (Médecin C)

2.5.3.6 Des luttes de pouvoir

Tout comme avec les conflits de personnalité, le principe d'autogestion est mis en péril quand des luttes de pouvoir apparaissent au sein du groupe. Le système étant basé sur l'égalité, si les uns veulent dominer les autres (par le genre ou l'âge, par exemple) le partage est voué à l'échec.

« Après, je suis devenu responsable du centre d'IVG, tout en continuant à travailler exactement pareil au cabinet.

Et je dirais que, là, il y a eu des problèmes de pouvoir, c'est-à-dire qu'il y en a un qui n'a pas du tout supporté que je... Avant, pour eux j'étais (surtout pour un) la petite jeune qui s'installait. Puis je suis devenue plus du tout la petite jeune puisque j'ai vieilli et, en fait, avant on prenait toujours les décisions en collectif, ça a toujours été un fonctionnement collectif.

Et c'est vrai qu'il y a eu un moment où les petites jeunes s'émancipent un peu. » (Médecin H)

« C'est difficile, au bout d'un certain temps. C'est-à-dire les relations de pouvoir entre les gens... » (Médecin H)

Ainsi une participante a admis que le "machisme" d'un collaborateur avait participé à l'échec du système.

« Là, c'était vraiment une histoire de genre "mec/nana". Enfin, avec mon collègue c'est ça qui s'est passé. Il y a eu un souci à ce niveau-là parce que j'ai pris du pouvoir à ce moment-là (pouvoir qu'on m'a donné en plus, dont je ne voulais pas spécialement), et moi quand on me donne une tâche, je la fais à fond. Et il y en a un, ça l'a dérangé quoi... » (Médecin H)

2.5.3.7 Le refus de la patientèle de voir plusieurs médecins

Le partage d'honoraires implique un partage de patientèle et, dans un cas, c'est ce qui a entraîné l'échec car la patientèle du médecin le plus âgé ne souhaitait pas voir le collaborateur nouvellement arrivé, donc le partage n'a pas pu fonctionner.

Cela signifie que pour que le partage fonctionne, il faut que à la fois les médecins et les patients aient confiance et acceptent le fonctionnement collectif.

« Ça n'a pas marché, c'était compliqué. C'était compliqué, pourquoi ? Parce que les personnes de la patientèle du médecin qui bossait à mi-temps (c'était une grosse patientèle) ne voulait pas voir le jeune qui était là, qui faisait l'autre mi-temps. » (Médecin I)

2.5.4 La crainte de ne pas être attractif

FACTEURS D'ÉCHEC

Peur de ne pas être attractif

- **Mauvaise presse**
- **Jeunes réfractaires**
- **Difficulté à trouver des collaborateurs qui acceptent**

2.5.4.1 La mauvaise presse du partage

La méconnaissance du système pouvant entraîner une mauvaise presse, cela peut être un facteur d'échec, par manque d'attractivité. Certains collaborateurs potentiels avaient été encouragés, parfois par les enseignants, à se méfier et à refuser ce genre de systèmes.

« On m'avait toujours prévenue de ne pas. On m'avait toujours dit « Mais attention c'est pire qu'un mariage, tu partages les sous mais pas l'amour. Et tu verras qu'au fil des années ça changera. » (...) On m'a prévenu, au fil de mes stages. » (Médecin K)

« - Mais, entre le fait qu'on leur a dit des horreurs sur le partage d'honoraire, qu'il fallait s'en méfier, etc.

- Quand vous dites "on", c'est qui ?

- Ce sont les enseignants. » (Médecin H)

2.5.4.2 Des jeunes réfractaires au partage

L'idée (fausse ou non) est véhiculée par certains internes ou jeunes remplaçants que les représentants des jeunes générations seraient contre ce mode de fonctionnement, ce qui a pu mener certains participants à souhaiter arrêter le partage par crainte de ne pas retrouver d'associés.

« - Vous avez des retours, de vos internes sur leurs avis concernant le partage ?

- Contre. Absolument contre.

- Tous ?

- Tous ! Sans exception. » (Médecin K)

« Voilà. Et donc le fils de mon associé étant en médecine, qui est à peu près au même stade que vous puisqu'il doit passer sa thèse, nous a dit « Vous ne trouverez personne avec ce système-là. Les jeunes ne veulent pas d'un système SCP ou partage d'honoraires, ils veulent absolument la liberté et votre système SCP vous êtes très bien, vous partagez tout, les charges et les recettes, mais le problème c'est que vous êtes contraints de travailler autant pour qu'il y ait un équilibre strict, donc ça ne fonctionnera pas avec d'autres personnes qui voudront pouvoir partir en vacances quand elles le souhaitent, si elles le désirent, etc. »

Donc ça nous a fait réfléchir (...) et nous avons donc basculé vers une SCM. » (Médecin I)

2.5.4.3 Des difficultés à trouver des collaborateurs

Parfois, le partage a été présenté comme un atout pour recruter, surtout à une époque où la concurrence était importante. A contrario, il a aussi été présenté comme un facteur freinateur pour attirer les jeunes générations aujourd'hui, étant donné qu'il s'agit d'un mode de fonctionnement peu connu et pouvant générer des craintes.

« Je suis bien consciente que j'aurai du mal à trouver un associé du fait de ce type d'association. Ils me l'ont tous dit « Ah oui ! Mais si tu n'étais pas en SCP ça serait différent. » Par rapport à la suite, c'est très freinateur pour moi, c'est évident. » (Médecin K)

2.6 CONTEXTE

Une dernière question invitait les participants à se prononcer sur la place du partage d'honoraire dans le contexte du système de soins, et dans l'avenir.

Nous avons regroupé ces notions en trois thèmes : les constats formulés, les limites des systèmes actuels et les perspectives d'avenir.

2.6.1 Les constats

CONTEXTE

Constats

- Recherche de plus de collectif dans l'avenir
- Les rémunérations vont évoluer

2.6.1.1 La recherche de plus de collectif

Les participants font globalement le constat que le système de soins primaires actuellement est dans un contexte de rapprochement des professionnels et dans une recherche de plus en plus de collectif avec, par exemple, une augmentation du nombre de MSP.

« Parce que les structures vont grossir, sont en train de grossir. Il y a un apport d'autres professionnels de santé dans les mêmes lieux, maintenant, puisque c'est une tendance quand même générale. » (Médecin E)

« Comme les jeunes ont l'air de vouloir (Enfin... les jeunes, en effet, un peu progressistes) faire des structures collectives. » (Médecin F)

« Je pense que les gens n'ont plus envie d'être seuls. Maintenant, la santé ça se fait vraiment en multipluridisciplinaire. » (Médecin H)

« Mais, je crois que c'est vraiment ça l'avenir. On ne travaille pas tout seul, maintenant il y a des réseaux. » (Médecin H)

2.6.1.2 Les rémunérations vont évoluer

« Moi, je pense toujours qu'on est dans un passage là, et qu'il aura d'autres solutions de rémunération qui vont sortir. » (Médecin E)

« Je ne sais pas comment la rémunération du médecin peut évoluer. Je me pose beaucoup de questions. » (Médecin E)

2.6.2 Les limites des systèmes actuels

CONTEXTE

Limites des systèmes actuels

- **Limites à la généralisation du partage**
 - **Pas généralisable à tous**
 - **Système méconnu**
 - **Jeunes dépolitisés**
 - **Partage pis-aller insuffisant**

- *Partage non culturel*

- *Limites de la capitation*
- *Refus de la ROSP*

2.6.2.1 Les limites à la généralisation du partage

Le partage d'honoraires n'est pas perçu comme une solution généralisable dans l'avenir, car il présente des limites qui freinent son expansion.

2.6.2.1.1 Système qui n'est pas généralisable à tous

Comme vu plus haut, c'est un système qui demande des convictions, une entente et des capacités d'autogestion particulières, donc il n'est pas possible de l'imposer ou de le généraliser à tous. Cela doit rester un choix.

« Je ne sais pas si... Je pense que ça doit être un choix vraiment travaillé et préparé. (...) Donc moi, je n'ai pas l'impression que n'importe qui peut être en partage d'honoraires avec n'importe qui. » (Médecin D)

« Ça peut aussi donner envie de moins travailler. C'est pour ça que je trouve que ça ne peut pas se faire avec n'importe qui.

C'est un peu le problème de la fonction publique. Moi qui travaille à l'hôpital, avec mes vacances d'échographie, bon... Je suis toujours une bosseuse vu mon comportement, mais j'en vois bien qui n'en font pas une ramée ! Ça ne me gêne pas, mais je ne serais pas associée avec eux. » (Médecin D)

2.6.2.1.2 Système méconnu

Le fait que ce soit un système méconnu participe bien sûr à sa "confidentialité", il pourrait peut-être correspondre à certains médecins mais qui n'en ont probablement jamais entendu parler.

« Bizarrement ce n'est pas en vogue. Je ne sais pas comment ça se fait qu'on n'en parle pas plus que ça. » (Médecin G)

« Après, je ne sais pas aujourd'hui, par exemple, combien il y avait de SCP il y a 10 ans, combien il y en a aujourd'hui. Est-ce que ce sont des choses qui ont tendance à stagner, à diminuer... ? On n'en entend pas beaucoup parler. » (Médecin E)

2.6.2.1.3 Les jeunes sont dépolitisés

Pour ceux pour qui le partage était un choix politique, la "dépolitisation" supposée des jeunes générations freinerait l'expansion du partage.

« Et c'est vrai que le problème c'est qu'on est dans une société où les jeunes sont dépolitisés. Ils n'ont même pas la réflexion... Enfin, ce n'est même pas dans leur culture de penser les choses comme ça. » (Médecin G)

2.6.2.1.4 Le partage est un pis-aller insuffisant

Pour ceux pour qui le partage était surtout un moyen de s'extraire du paiement à l'acte, il était insuffisant car il ne déliait pas complètement de l'acte. Ils étaient donc à la recherche de solutions différentes pour l'avenir.

« Donc le partage d'honoraires, ce n'est pas la seule solution. Il faut réfléchir à tous les modes de rémunération des médecins, alternatifs, pour sortir de ça. Et sortir de l'enrichissement par le paiement à l'acte, c'est insensé ! » (Médecin F)

« Et le partage d'honoraires ne suffira à faire ça. » (Médecin F)

« Ça va un petit plus dans le sens de la vision que j'ai, moi, des soins, mais ce n'est pas encore tout parfait car l'acte est quand même présent. » (Médecin A)

2.6.2.1.5 Le partage n'est pas culturel

« Je pense que c'est quelque chose de très culturel [le paiement à l'acte], c'est associé dans la tête des gens que « un patient = une somme d'argent. » » (Médecin G)

2.6.2.2 Les limites à la capitation

Un système à la capitation délierait complètement de l'acte mais certains pensent qu'il risquerait d'engendrer également des risques de triche.

« Moi, si je pouvais ça aurait été la capitation, c'est-à-dire au nombre de patients que je suis. Maintenant, avec mes collègues, ça serait impossible. Parce que, même avec ces collègues-là, il y a une espèce de... de vol de patient, qui refont signer le truc de Médecin Traitant. Mais,

même avec mes collègues du cabinet, ça me met en colère !

Beaucoup avec le Centre de santé local. Dès qu'ils vont au Centre de santé, hop, on leur change de médecin traitant, donc ça a des effets pervers aussi.

Si c'était basé sur le nombre de gens dont on est médecin traitant, eh bien les gens tricheraient tant qu'ils peuvent, ils se piqueraient des patients.

Enfin bref, ça serait nul, ça ferait d'autres tensions. » (Médecin F)

2.6.2.3 Le refus de la ROSP

Le développement des rémunérations forfaitaires est parfois envisagé comme une perspective d'avenir, mais une participante était contre la ROSP et l'avait refusée.

« Alors, j'ai refusé le paiement à la performance, par conviction.

Je suis la seule du groupe. Je trouve ça débile, délirant. Même si je suis pour être payée au forfait, je trouve ce truc, où on décide de critères et qu'on doit faire une pression sur les patients pour qu'ils correspondent aux critères... C'est insupportable.

Et qu'en plus, ça va dans le mauvais sens parce que le jour où les assurances complémentaires vont prendre plus de place que la Sécu, c'est eux qui vont nous dicter notre façon de faire.

Enfin bon, voilà, ça ne va pas du tout. » (Médecin F)

2.6.3 Les perspectives d'avenir

CONTEXTE

Perspectives d'avenir

- *Évolution vers le salariat*
- *Aller vers un système mixte*

2.6.3.1 Aller vers le salariat

« Je ne sais pas, l'évolution est très difficile à envisager. Apparemment d'après ce qu'on nous dit ou qu'on voit l'évolution se fait plutôt vers les Maisons médicales, (...)

Dans ce cas-là moi j'envisagerais plus ça comme un salariat. C'est-à-dire les médecins viennent travailler à la Maison médicale comme on va travailler à l'hôpital, on doit faire 8 h ou 9h et des gardes, et on touche un salaire.

C'est une forme de partage d'honoraires puisque la maison médicale touche les rentrées d'argent et ensuite répartit entre les acteurs. Mais ça serait une forme de partage d'honoraires par le salariat et, obligatoirement à ce moment-là, ce serait fonction du temps passé, puisqu'on n'imagine pas un salaire qui n'est pas fonction du nombre d'heures qu'on travaille. » (Médecin C)

« Moi je trouve qu'on devrait... que les Maisons de santé, ou tout le monde, devrait être salarié. Devraient être prévus d'autres personnels que les médecins, et puis on gagne tous pareil : les médecins hospitaliers, les médecins de Centres de santé, les médecins de cabinets en ville... Et puis on n'en parle plus. » (Médecin F)

« Je pense que, quelque part, peut-être l'avenir qui serait le plus facile, serait carrément le salariat. Je pense que ça, on en parle de plus en plus, de faire des Maisons où les médecins seraient salariés et tout ça... » (Médecin G)

« Je pense quand même que notre génération a une grande volonté de ne pas être libérale, en fait. Je pense que le salariat nous intéresse beaucoup plus. » (Médecin G)

2.6.3.2 Aller vers un système mixte

Certains ont l'idée d'un système de rémunération mixte, forfaitaire, à la capitation et à l'acte pour les soins aigus.

« Je ne sais pas si c'est vraiment le partage d'honoraires qui a un avenir. Moi, pour avoir expérimenté le système au forfait, je pense que c'est plutôt vers des systèmes mixtes qu'on pourrait aller, avec une partie forfaitaire justement (...)

Enfin, un système à la capitation où, selon le nombre de patients inscrits dans la Maison de santé, on a une certaine somme qu'on se répartit entre professionnels, et après peut être à l'acte pour les petits actes aigus, par exemple...

Certaines choses pourraient être rémunérées au forfait et d'autres à l'acte. » (Médecin B)

3. DESCRIPTION DES MODALITES PRATIQUES DU PARTAGE (ANALYSE DE LA 2EME PARTIE DU QUESTIONNAIRE)

Dans la deuxième partie du questionnaire, nous nous sommes intéressés à certains aspects plus factuels, pour décrire la population interrogée d'une part, et décrire les modalités pratiques du partage d'honoraires sur l'échantillon étudié, qui était un de nos objectifs secondaires, d'autre part.

Certaines de ces informations nous apportent aussi des éclairages et des pistes de réflexion lorsqu'elles sont mises en perspectives avec les réponses obtenues à l'entretien.

3.1 LES MODALITES PRATIQUES SUR L'ECHANTILLON ETUDIE

3.1.1 La structuration juridique

Sur 11 cabinets, 5 étaient en SCP, 4 en SDF et 2 en SCM puisqu'ils avaient arrêté le partage. Sur ces 2, un était anciennement en SCP et l'autre en SDF.

On remarque donc que la moitié des cabinets n'a pas de structuration juridique dédiée pour organiser le partage.

3.1.2 Le nombre d'associés

Le nombre d'associés dans la structure allait de 2 à 5, avec une moyenne à 3,4. Le nombre d'associés participant au partage allait de 2 à 4, moyenne à 2,7.

Pour 9, tous participaient au partage. Pour 2, le partage ne concernait qu'une partie des associés.

3.1.3 Les modes de rémunération partagés

On résume les données concernant les modalités de partage dans le tableau suivant :

	Genre	Âge	Année d'install.	Durée d'install.	Dépt	Mode de recrutement	MSP ou cabinet	Date début partage (si différente installation)	Autre expérience ?	Partage actif ?	Durée du partage	Structure juridique actuelle	Autre structure juridique	Nombre d'associés	Nombre d'associés dans le partage (si différent)
Médecin A	H	42	2006	12 ans	33	Bouche à oreille	MSP		Oui, forfait et acte	Oui	12 ans	SCP	SDF	3	
Médecin B	F	42	2005	13 ans	33	Bouche à oreille	MSP		Oui, forfait et acte	Oui	13 ans	SCP	SDF	3	
Médecin C	H	65	1982	36 ans	59	Twitter	Cabinet		Oui acte	Non, fin au bout de 15 ans	15 ans	SCP	SCM	2	
Médecin D	F	61	1985	33 ans	91	SMG	Cabinet		Oui	Non, fin en 2002	17 ans	SDF	SCM	2 puis 3 puis 4 puis 3	Tous puis 3/4
Médecin E	H	66	1980	20 ans	85	SMG	Cabinet	1998	Oui	Non, fin en 2011	13 ans	SDF	Individuel	2	
Médecin F	F	59	1989	29 ans	92	SMG	MSP		Oui	Non	?	SCM	SDF	3 puis 4	
Médecin G	F	31	2016	2 ans	44	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, remplas	Oui	2 ans	SDF	Non	4	
Médecin H	F	60	1992	26 ans	92	SMG	Cabinet		Oui, remplas	Oui partiellement	26 ans	SDF	SCM (SDF dans la SCM)	5	2
Médecin I	H	51	1996	22 ans	40	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, classique depuis 2017	Non, fin en 2017	21 ans	SDF puis SCM	SCM	3 puis 2 (4 temporaire ment)	
Médecin J	H	55	2000	18 ans	33	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, salariat	Oui	18 ans	SDF	Non	2	
Médecin K	F	37	2010	8 ans	32	Bouche à oreille	Cabinet		Non	Oui	8 ans	SCP	Non	3	

On constate que :

Tous partageaient les actes (11/11)

6 partageaient la RO SP, 1 non, 4 n'étaient pas concernés (3 car la RO SP n'existaient pas au moment du partage, 1 car ils l'avaient refusée).

8 partageaient les forfaits MT, 1 non, 2 n'étaient pas concernés (n'existaient pas au moment du partage).

6 partageaient les revenus d'enseignement, à condition que ce soit compris dans le temps de travail, 1 non, 4 n'étaient pas concernés.

4 partageaient les revenus d'expertise, 2 non, 5 n'étaient pas concernés.

4 partageaient les revenus de maîtrise de stage, 3 non, 1 les avait partagés puis plus, 3 n'étaient pas concernés.

3 partageaient les gardes, 1 les avait partagées puis avait arrêté, 7 non.

3 partageaient les revenus salariés ou de vacation, 3 non, 1 les avait partagés puis avait arrêté, 4 n'étaient pas concernés.

Au total :

- 3 partagent tout sauf les gardes et la maîtrise de stage
- 2 partagent tout sauf les gardes et les vacances.
- 3 font un partage total de toute forme de rémunération.
- 1 faisait un partage total de toute forme de rémunération puis ne partage plus que les actes. Il s'agit du cabinet qui ne fait plus qu'un partage à 2/5.
- 2 ne partagent que les actes.

On visualise cette répartition dans le tableau schématique suivant :

Gardes	O	O	O	O/N	N	N	N	N	N	N	N
Maîtrise de stage	O	O	O	O/N	O	nc	N	N	N	nc	nc
Forfaits / ROSP	O	O	O	O	O	nc	nc	O	O	O	N
Actes	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

3.1.4 La répartition du partage

La répartition était égalitaire pour 10, fonction du temps de présence au cabinet pour 1.

3.1.5 La répartition du travail

3.1.5.1 Horaires

Les horaires devaient être strictement égalitaires pour 4, approximativement égalitaire (par ½ journées variables) pour 4 et complètement libres pour 3.

3.1.5.2 Nombre de consultations

Il n'y avait pas de nombre de consultations imposés, plutôt un temps de présence au cabinet. Pour 1 participant, au début de son installation le mode de fonctionnement imposait un nombre d'actes strictement égaux mais cela a été abandonné car cela n'avait pas de sens et créait des tensions.

3.1.5.3 Congés

Tous avaient une répartition égalitaire des congés

3.1.6 Dépenses

Pour 6, il n'y avait aucune dépense non partagée. Pour 1 les dépenses individuelles concernaient les voitures et le téléphone et pour 4 les cotisations et assurances personnelles.

Cependant la question n'était pas assez précise et les réponses obtenues sont floues : certains ne mentionnaient pas les cotisations personnelles ou la voiture parce que cela leur paraissait évident, d'autre parce qu'ils en partageaient la dépense par exemple.

Nous avons donc choisi de ne pas exploiter plus avant ces données, et de ne pas les faire apparaître dans le tableau récapitulatif car elles ne sont pas pertinentes.

3.2 REMARQUES

3.2.1 Concernant l'arrêt du partage

Les motifs invoqués pour justifier l'arrêt du partage étaient :

- Le décès d'un collaborateur, l'arrivée d'un nouveau collaborateur réfractaire.
- Le départ de certains collaborateurs, la désolidarisation des collaborateurs restants, la perte de sens si tous les associés ne participent pas au partage.
- Le dévissage de plaque.
- Les conflits internes.
- La crainte de ne pas être attractif pour un nouveau collaborateur.

Dans la plupart des cas, les participants étaient satisfaits du système et l'arrêt était plutôt contextuel. Les cas où les participants étaient insatisfaits et désiraient mettre fin au partage étaient les cas de conflits interne.

3.2.2 Concernant le nombre d'associés participant au partage

Pour 9, tous les associés participaient au partage. Pour 2, le partage ne concernait qu'une partie des associés, toujours après le départ de collaborateurs fondateurs de la structure, remplacés par des nouveaux collaborateurs réfractaires au partage.

On remarque que les cabinets où tous ne participent pas au partage rapportent plus de désolidarisation ou de désir d'arrêt dans le groupe.

3.2.3 Concernant le périmètre du partage

On constate que les cabinets qui font un partage total sont les plus anciens, alors que ceux qui ne partagent pas les gardes ou les vacances sont les plus récents.

Les motivations rapportées par ceux pratiquant un partage total étaient plutôt idéologiques alors que celles des cabinets pratiquant un partage plus restreint étaient plus autour de la recherche de collectif.

3.2.4 Concernant la répartition du travail

Ceux qui ont rapporté le plus de tensions ou d'inégalités ressenties sont ceux qui étaient complètement libres au niveau de la répartition du temps de travail, ou approximatifs. Il s'agit aussi souvent des fonctionnements les plus "historiques".

A contrario les systèmes trop rigides n'avaient pas perduré.

Ceux qui étaient vécus comme les plus satisfaisants étaient ceux qui bénéficiaient d'un cadre mais d'une bonne qualité de dialogue pour assouplir ce cadre au besoin.

DISCUSSION

1. DISCUSSION DE LA METHODE

1.1 FORCES DE NOTRE ETUDE

1.1.1 Validité interne

Comme nous l'avons dit plus haut, il s'agit, à notre connaissance, du premier travail s'intéressant au partage d'honoraires en médecine générale.

La méthode choisie était adaptée à la question de recherche, et nous a permis de recueillir un matériau dense, riche de données nous permettant de répondre à notre objectif principal.

La population choisie correspondait à la population cible. Elle était variée (à défaut d'être représentative, ce qui n'était pas recherché dans notre cas), ses caractéristiques étaient proches de celles de la population des médecins généralistes français en ce qui concerne les données démographiques. Le biais de sélection, s'il existe néanmoins, a été limité au mieux par une recherche de variation maximale de l'échantillon.

Lors des entretiens, l'enquêtrice a essayé de rester neutre au maximum, sans émettre de jugement, de reformuler les réponses des participants et de poser des questions ouvertes. L'enquêtrice était de la même profession que les personnes interrogées, ce qui a pu faciliter le discours.

Enfin, nous avons pu réaliser une triangulation des données grâce à un double codage des verbatims. Le résultat de ce double codage et son dictionnaire des codes sont fournis en annexe. On peut constater que les résultats obtenus sont superposables à ceux obtenus par l'enquêtrice, avec des nœuds tout à fait similaires. Les principales différences sont surtout dues à des façons différentes de regrouper les nœuds entre eux (séparer ou réunir les avantages et les inconvénients, par exemple).

Cela renforce la validité interne de l'analyse, en augmentant sa crédibilité et en limitant le biais d'interprétation.

1.1.2 Validité externe

Tant que possible, les entretiens ont été réalisés dans un endroit calme, avec le moins d'interruptions possible, lors d'un rendez-vous pris à l'avance à un moment où le médecin était disponible et disposait de temps. Nous avons ainsi évité les entretiens

entre deux consultations afin de ne pas être pris par le temps et de donner le temps au discours d'être libre et spontané.

La reproductibilité de l'analyse a été recherchée en respectant une méthodologie stricte et détaillée plus haut.

Un entretien test a été réalisé pour éprouver le questionnaire et les méthodes d'entretien.

La retranscription des verbatims a été effectuée sans attendre et la plus fidèle possible au discours.

La saturation des données a pu être obtenue.

1.2 FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE

1.2.1 Biais de recueil

Un facteur limitant important en méthode qualitative est l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens. Dans notre cas, l'enquêtrice était naïve en termes de recherche qualitative et de conduite d'entretiens, nous nous exposons à une suggestibilité des réponses de sa part ou à une moins bonne qualité d'entretien par manque d'expérience.

Les entretiens ont dû être conduits par téléphone pour des raisons de contraintes matérielles, ce qui prive notre matériau de tout le langage non verbal, en dehors des pauses, des silences, des rires, des intonations.

1.2.2 Biais de sélection

La sélection d'une partie des participants via un syndicat a pu induire un biais, notamment sur les orientations politiques des participants, et leurs motivations.

Nous avons essayé de ne pas inclure plusieurs médecins du même cabinet, mais l'inclusion de l'entretien-test a conduit à ce que deux entretiens soient issus de médecins de la même association, ce qui a pu donner des réponses artificiellement similaires.

De même, ces deux médecins étaient connus de l'enquêtrice, ce qui a pu éventuellement freiner le discours.

Le recrutement était varié mais l'échantillon était de taille réduite (11 entretiens) par rapport à ce qu'on peut trouver dans d'autres études. La saturation des données a été atteinte avec ce nombre, mais nous aurions sûrement mieux vérifié cette saturation si nous avions conduit quelques entretiens supplémentaires. Cependant, les entretiens étant longs et entraînant de très nombreuses heures de travail de retranscription, de codage, d'analyse, cela ne nous a pas été possible pour des contraintes de temps.

1.2.3 Biais internes

Les biais internes, liés aux caractères personnels de l'enquêteur et des participants, existent et sont difficilement contrôlables. Le fait que l'enquêtrice exerce la même profession que les interviewés a pu faciliter le dialogue, mais le genre et l'âge de l'enquêtrice par exemple ont pu également modifier certains discours.

Par ailleurs, son intérêt pour le sujet et ses propres opinions ont pu influencer certaines réponses malgré les précautions prises pour l'éviter.

1.2.4 Biais externes

Certains entretiens ont parfois été interrompus, par des soucis techniques (téléphone qui coupe) ou extérieurs (secrétaire, interruption de la famille, etc.).

1.2.5 Biais d'interprétation

Il est possible que, dans les entretiens, certaines idées imprécises aient été sujettes à une interprétation erronée.

Nous avons également pu induire un biais de confirmation : mieux détecter les idées allant dans le sens de nos convictions.

La circularité était également possible. La circularité est le phénomène qui se produit si l'on aborde un matériau avec des cadres théoriques prédéfinis, alors la tentation est de ne voir dans le matériau que ce qui confirme ces cadres théoriques : nous avons pu trouver dans les verbatims ce que nous nous attendions à y trouver, d'autant plus que nous n'étions pas naïfs du sujet (le codeur principal remplaçait de longue date dans un cabinet en partage d'honoraires et le deuxième codeur pratiquait le partage d'honoraires). Cependant, nous nous étions gardés d'émettre des hypothèses a priori, et nous avons trouvé bon nombre d'idées à contrepied de ce que nous avions imaginé, ce qui montre que ce biais a en partie été limité.

Ce même risque de circularité a pu limiter également la comparaison constante entre les données observées et l'analyse, tout au long du travail. Ainsi, si nous avons adapté le discours et réeffectué le codage des verbatims tout au long de l'analyse, nous n'avons pas pour autant modifié fondamentalement les grandes lignes de notre grille d'entretien ni nos idées de départ, à l'exception de quelques notions (comme celle concernant les revenus forfaitaires par exemple).

Une triangulation par double codage a pu être menée, mais le double codage a été réalisé par le directeur de thèse, ce qui a pu induire un biais. La proximité entre les deux analyses renforce la validité interne de l'étude, mais peut aussi s'expliquer par la proximité d'opinions entre les deux codeurs. A notre échelle, il n'était malheureusement

pas possible de faire réaliser une analyse par une personne complètement neutre, ni une troisième personne, ce qui aurait été idéal.

En raison de contraintes matérielles et de temps, nous n'avons pas pu organiser de "feed back" des résultats, ou rétroaction, qui consiste à soumettre les résultats aux participants pour vérifier leur validité interne.

Nous n'avons pas pu confronter nos résultats à d'autres données de la littérature car, comme mentionné plus haut, nous n'avons pas trouvé d'études sur le sujet du partage d'honoraires.

Le champ de recherche était très vaste et inédit, ce qui a suscité des questionnements et des objectifs nombreux. Cela a conduit à obtenir un très grand nombre de données, avec des entretiens longs et une quantité importante de verbatims à analyser, représentant un très grand nombre d'heures de travail.

Une des limites principales des études qualitatives est leur caractère très chronophage et la quantité importante de ressources en temps et en moyens qu'elles mobilisent, en particulier pour un examinateur seul et inexpérimenté.

Cela a impliqué deux conséquences pour notre travail : il manque de concision, et chacun des nombreux thèmes abordés mériteraient d'être désormais approfondis.

2. DISCUSSION DES RESULTATS : SYNTHÈSE ET COMMENTAIRES

L'objectif principal de notre étude était de décrire les déterminants rapportés par les médecins pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires.

Les résultats obtenus nous permettent de répondre ci-dessous à cet objectif.

2.1 EXPLORER LES MOTIVATIONS

Les motivations rapportées sont variées. Elles s'articulent essentiellement autour de trois axes : le rejet du paiement à l'acte, un choix permettant de porter des valeurs de collectif et de partage, et le soutien à l'installation, financier comme par rapport à la concurrence.

La motivation principale est la recherche d'une rémunération alternative par des médecins insatisfaits du système de rémunération actuel basé sur le paiement à l'acte.

Il était reproché au paiement à l'acte de ne pas refléter la mission globale de médecin généraliste, d'être inflationniste, d'encourager la surconsommation médicale, de ne pas rémunérer toute une partie du travail de médecin traitant qui a lieu en dehors du temps de consultation, d'encourager la quantité au lieu de la qualité des soins, d'être compliqué à coder.

Le partage permettait de s'en détacher, et de se rapprocher d'autres modes de rémunération comme le salariat, le forfait ou la capitation. Il permettait aussi de se détacher du rapport à l'argent pour se recentrer sur le soin. L'échange monétaire et la pression du temps n'est plus au cœur de la relation de soin grâce au "lissage" collectif.

De plus, la plupart des participants avait à cœur de remettre au centre de leur pratique l'aspect "prise en charge globale" des fonctions de médecin traitant, de redonner toute leur place aux missions de prévention, de coordination, de non curatif, etc. qui sont des missions mal prises en compte par le paiement à l'acte.

Juste après, venaient des motivations plus philosophiques, le partage d'honoraires étant vu comme un choix permettant de porter des valeurs de collectif et de partage, qui pouvait correspondre aussi à un engagement politique ou militant.

Le partage était vu comme un outil permettant de favoriser le véritable travail collectif, le constat étant fait que, même dans des structures comme les Maisons de santé pluridisciplinaires, quand les comptabilités sont séparées, la collaboration est moins bonne et on peut observer des pratiques individuelles apposées plutôt que des pratiques collectives.

Enfin, certains y voyaient un avantage financier en apportant un soutien au moment de l'installation, et un moyen de se libérer de la concurrence entre associés.

Cette notion concerne surtout les médecins en deuxième partie de carrière, qui devaient s'installer à une époque où la démographie médicale imposait un contexte de concurrence importante entre confrères avec souvent des débuts de carrière difficiles sur le plan financier.

Pour d'autres, ils n'avaient pas vraiment choisi le système mais l'avaient adopté car il était utilisé dans la structure où ils souhaitaient s'installer.

Dans ces cas-là, il s'agissait plus d'une conséquence que d'un choix véritablement personnel, la motivation initiale était moins forte, et on constate que ce sont les participants qui vivent le moins bien les contraintes du partage d'honoraires dans notre échantillon.

2.2 EXPLORER LES AVANTAGES

L'avantage principalement rapporté était celui de faciliter le fonctionnement en équipe. Le partage permet de financer la structure commune (locaux, secrétariat, matériel...) et les temps collectifs.

En entraînant la mise en commun de la patientèle, il favorise l'échange, le partage du temps de travail, l'organisation de la permanence des soins.

Il favorise la cohésion de groupe car il oblige à s'accorder sur les prises de décisions, aide à insuffler une dynamique d'équipe, encourage le partage des connaissances et l'harmonisation des pratiques.

Plusieurs participants avaient des difficultés à déterminer la part du partage dans le fonctionnement collectif et ne savaient pas dire si c'était le partage ou l'association en groupe qui apportaient ces avantages.

Le deuxième point majeur était les avantages financiers. Le partage présente des avantages qui ressemblent à ceux du salariat : pouvoir anticiper les revenus mensuels, amortir les baisses d'activité, rémunérer les vacances, bénéficier de soutien en cas de congé maladie ou maternité. Il est sécurisant en début d'activité et pousse à une plus grande vigilance sur la facturation. Il peut présenter un argument pour attirer de nouveaux collaborateurs.

À l'heure où plusieurs études montrent que les jeunes générations sont plus frileuses à une installation en libéral et lui préfèrent la sécurité du salariat, il pourrait répondre à ces aspirations et permettre de s'installer en libéral plus facilement.

Cependant il était précisé que le partage ne libère pas complètement du paiement à l'acte car l'acte reste le moyen de rémunération principal, même partagé.

Globalement, les participants se disaient satisfaits d'un système qui encourage des valeurs positives d'entraide, de cohésion ; et satisfaits de pouvoir se détacher du paiement à l'acte et de la relation financière avec le patient pour se recentrer sur le soin. Ils trouvaient que le partage leur permettait de privilégier la qualité des soins sur la quantité, en étant un système désinflationniste qui redonnait sa place à la mission globale de médecin traitant, de prévention, de coordination, de non curatif.

Le partage favorisait une pratique médicale correspondant plus à leurs aspirations, la baisse de pression sur le nombre d'actes leur permettait de libérer du temps pour ces missions et de les remettre au cœur de la pratique. Le partage de patientèle qui découle de la mise en commun des honoraires libérait également du temps pour développer une activité professionnelle extérieure au cabinet.

Au niveau des relations entre associés, le fait de partager les recettes enlevait toute concurrence entre les médecins, ce qui favorisait la confiance, la bonne entente et permettait de mettre en place un système de solidarité rassurant et valorisant.

Enfin, le plaisir à travailler qui découlait de tous les points ci-dessus apportait bien-être et sérénité au quotidien. Les absences étaient mieux vécues et cela permettait aux médecins interrogés de prendre plus sereinement du temps pour eux ou leur vie personnelle.

2.3 EXPLORER LES INCONVENIENTS

Les deux inconvénients principaux étaient la perte de liberté et la rigidité d'organisation.

Un fonctionnement collectif impose de devoir renoncer à certaines libertés individuelles pour se plier aux contraintes du groupe. Ainsi, il est nécessaire de s'organiser ensemble pour la gestion du planning et des absences, il est plus difficile d'augmenter unilatéralement ses revenus si on le souhaite, ou de diminuer son activité. Il est nécessaire d'uniformiser le temps de travail et dans une moindre mesure l'orientation de sa pratique ce qui, effectivement, confère moins de liberté que dans un fonctionnement libéral individuel.

Plusieurs participants mettaient en perspective cette perte de liberté avec les avantages ci-dessus et précisaient qu'il s'agissait de libertés moins significatives que les avantages retirés, ou dont ils ne voulaient pas tellement.

Le partage impose également une rigidité d'organisation car il demande pour être juste d'avoir une équité de temps de travail et un même nombre de congés. Il ne permet pas la même souplesse de planning que dans un fonctionnement individuel et moins d'adaptabilité aux contraintes familiales.

Il était précisé souvent que ces contraintes sont les mêmes que dans toute association et ne sont pas vraiment la conséquence directe du partage, mais de l'obligation de permanence des soins.

Par ailleurs, c'était nuancé par le fait que des compromis sont toujours possibles s'il existe un bon dialogue dans l'association.

Concernant les relations entre associés, le partage peut être source de tensions s'il existe un "passager clandestin", c'est-à-dire un associé qui profite du partage pour travailler

moins que les autres. Dans ce cas, cela peut générer un climat de suspicion et donner l'impression de travailler pour l'autre.

Le fait que les décisions et la charge de la patientèle soient partagées pouvait être une contrainte en cas de désaccord.

La question de l'argent étant un sujet qui reste relativement tabou, on remarque qu'il était difficile pour les participants de parler librement avec leurs associés en cas de conflit.

La plupart des participants précisait que les tensions, quand elles existaient, étaient plus le fait de personnalités incompatibles que du principe du partage.

Certains étaient rebutés par la complexité structurelle du partage, avec un cadre légal mal connu et des difficultés à intégrer les nouveaux modes de rémunération comme les rémunérations forfaitaires au partage.

Enfin, des difficultés d'acceptation du conjoint et un facteur limitant dans le choix des associés étaient cités comme inconvénients.

On a pu constater que plus les motivations initiales étaient fortes et plutôt idéologiques que contextuelles ou financières, plus les inconvénients étaient nuancés ou apparaissaient comme des conséquences acceptables. Au contraire, pour les médecins qui étaient arrivés au partage "un peu par hasard", ils étaient vécus comme plus contraignants.

2.4 EXPLORER LES CONDITIONS NECESSAIRES ET LES LIMITES

Les médecins interrogés précisait quasi unanimement que le partage ne peut pas se faire avec n'importe qui, ni n'importe comment. Pour fonctionner, il demande certaines conditions.

Des conditions humaines d'abord : il faut bien s'entendre, savoir dialoguer ensemble, communiquer clairement, bien se connaître et être capable de se faire confiance.

Pour certains, partager une idéologie était nécessaire au partage de revenus, voire au

fait de travailler ensemble tout court. Cela demande d'être dans la même vision du soin, la même éthique professionnelle, parfois la même sensibilité sociologique ou politique, voire porter un certain militantisme, en regard des motivations contestataires évoquées plus haut.

Ainsi, le profil de l'associé avec qui il est possible de partager les honoraires était le suivant : avoir envie de fonctionner collectivement et être prêt à s'investir pour faire fonctionner le système, avoir des pratiques homogènes avec les autres, des prétentions financières similaires et être relativement détaché de l'argent.

L'organisation et les modalités pratiques avaient aussi une importance : il est préférable de respecter une équité de temps de travail, avoir le même nombre de congés, encadrer le fonctionnement par des statuts, tout en trouvant un juste milieu entre rigidité et souplesse. Certains pensaient qu'un trop grand nombre d'associés augmentait les risques de mésentente.

On remarque que, dans le panel interrogé, il n'y avait pas un système type mais de nombreuses façons de fonctionner très différentes, que ce soit au niveau de la répartition du temps de travail ou du périmètre du partage. Cependant, les systèmes qui ne respectaient pas les conditions ci-dessus, soit humaines avec des personnalités conflictuelles ou individualistes, soit pratiques avec une répartition inégalitaire du travail, étaient ceux qui avaient échoué ou se révélaient insatisfaisants.

Plusieurs limites, facteurs d'échec potentiels ou avérés, ont été soulignées.

En premier lieu, des conflits internes, liés à des conflits de personnalité, des luttes de pouvoir, l'existence d'un associé qui "triche" et en profite pour travailler moins. Des différences trop importantes d'âge (pouvant entraîner des attentes différentes financières ou en temps de travail, et des philosophies différentes selon les générations), ou encore de désidératas financiers mettent également en péril le partage.

Ils mentionnaient aussi un fonctionnement inégalitaire, trop rigide, qui ne fait plus sens au niveau du collectif (par exemple avec des associés désolidarisés du partage) ou peu rigoureux sur le plan légal.

Ensuite, un changement de situation, avec le départ des leaders, l'arrivée de collaborateurs réfractaires, un changement de besoins ou de pratiques.

Enfin, la “mauvaise presse” du partage auprès des futurs associés potentiels, notamment les jeunes générations, pouvait entraîner la crainte de ne pas être attractif et donc l’arrêt du partage.

En fait il s'agit surtout d'un système méconnu, qui génère des craintes et des a priori par méconnaissance de ses implications réelles.

2.5 LE PARTAGE D’HONORAIRES DANS LE CONTEXTE DU SYSTEME DE SOINS

Tout d’abord, les participants faisaient le constat que dans le contexte actuel, les jeunes générations sont à la recherche de plus de collectif, comme en témoignent le développement croissant des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Par ailleurs, les modes de rémunérations semblent devoir évoluer pour s’adapter aux mutations du système de soins.

Ces constats correspondent aux données que nous avons trouvées dans la littérature.

Les systèmes alternatifs actuels présentent selon les médecins interrogés des limites, comme par exemple le risque de “triche” avec un système à la capitation.

Ils soulignent en particulier des limites à l’extension du partage d’honoraires : ce n’est pas généralisable à tous, c’est un système méconnu et peu culturel, demandant une motivation forte peu susceptible de se retrouver dans une génération “dépolitisée”. De plus, il ne libère pas complètement de l’acte.

Les perspectives d’avenir imaginées par les participants étaient plutôt autour du salariat ou d’un système mixte.

2.6 MODALITES PRATIQUES SUR L’ECHANTILLON ETUDIE

La structuration juridique était pour moitié en SCP, pour moitié en SDF.

On peut se demander pourquoi : méconnaissance des cadres juridiques ? Désintérêt pour la question ? Maintien d’un statut historique ? Ou crainte d’un cadre rigide ou compliqué ?

Le périmètre du partage allait du partage des actes seulement à un partage total de toutes formes de rémunération (actes, rémunérations forfaitaires, revenus d'enseignement, revenus d'expertise, gardes, vacations...). La majorité partageait les revenus "du cabinet" (actes, forfaits, maîtrise de stage...) et non les revenus "personnels" (gardes et vacations extérieures). L'interprétation des revenus qu'il convenait de partager ou non restait personnelle et subjective, et dépendait d'un cabinet à l'autre.

La répartition était égalitaire pour 10 cabinets sur 11. On peut se demander pourquoi, alors que plusieurs ont mentionné l'obligation d'homogénéiser le temps de travail comme une contrainte, un système de prorata était peu envisagé comme une solution.

La répartition du temps de travail était égalitaire (de façon plus ou moins stricte) pour 8 cabinets sur 11 et complètement libre pour 3 cabinets.

C'était ceux qui rapportaient le plus de conflits et de sentiment d'injustice. On peut en conclure qu'il est nécessaire d'encadrer le fonctionnement par des "garde-fous" qui permettent de garantir l'équité afin d'assurer la pérennité du système, ce qui est au prix d'une plus grande rigidité.

3. PERSPECTIVES

3.1 LA PLACE DU PARTAGE D'HONORAIRES DANS LES FONCTIONNEMENT COLLECTIFS

Une question a retenu notre attention : pourquoi le partage d'honoraires favorise-t-il le fonctionnement collectif ? L'ensemble des participants semblait s'accorder sur ce point, sans parvenir à positionner le partage d'honoraires dans les perspectives d'avenir.

En synthétisant tous ces résultats, il nous a semblé qu'une notion n'avait jamais été clairement identifiée par les interviewés mais, pourtant, sous-entendue par nombre des déterminants cités.

Les forces principales du partage qui se dégagent de cette étude sont le fait de délier du paiement à l'acte, l'absence de concurrence entre médecins et le travail d'équipe.

Les paiements au forfait et à la capitation délient certes de l'acte, mais ils n'empêchent pas la concurrence (comme cela a été souligné par une participante) et ne favorisent pas le travail d'équipe, ils peuvent s'exercer seuls.

En revanche, certaines équipes adoptent un fonctionnement collectif satisfaisant mais ne se libèrent pas de l'acte en restant sur un système de rémunération à l'acte individuel.

Le salariat a été la perspective la plus communément envisagée car, en effet, il libère de l'acte, libère de la concurrence et demande une structure collective pour exister.

Cependant un élément différencie fondamentalement le salariat du partage d'honoraires.

Il s'agit du principe **d'autogestion**.

Le système du partage d'honoraires oblige à s'entendre et à travailler en équipe.

Ce n'est pas nécessairement le cas du salariat où on peut tout à fait voir des systèmes perdurer avec de mauvaises ambiances ou des conflits (comme on peut parfois le voir dans les structures hospitalières, par exemple).

Avec le partages d'honoraires, cela semble impossible. Comme on l'a vu, les causes d'échec sont quasi systématiquement des conflits. C'est donc un système qui pousse à s'entendre, communiquer, se faire confiance, car tous y ont intérêt.

Le partage d'honoraires reste "artisanal", à échelle locale, il est libre et autogéré.

Cela signifie que c'est la responsabilité de ses participants de l'adapter à leurs besoins, mais aussi de se débrouiller pour le faire fonctionner.

En ce sens, il présente une souplesse et une adaptabilité qui tient du libéral et que ne possède pas le salariat.

Mais aussi une responsabilité qui lui est propre, qui nécessite de maintenir une cohésion d'équipe, une véritable gestion collective et une confiance commune pour que cela fonctionne.

C'est en ce sens que le partage d'honoraires (quel que soit finalement le mode de perception de ces honoraires, à l'acte, au forfait ou à la capitation) semble être un choix approprié pour ceux qui cherchent à favoriser le fonctionnement collectif.

3.2 IMPLICATIONS PRATIQUES DE NOTRE TRAVAIL

L'objectif premier de notre travail était de permettre une meilleure connaissance de cette pratique qui est méconnue, et qui n'avait pas encore fait l'objet de contributions.

Nous avons constaté au fil de nos rencontres que certains généralistes qui avaient envie de fonctionner en partage, en particulier les plus jeunes ou ceux n'appartenant pas à une communauté où le partage est répandu, se trouvaient parfois démunis au moment d'inventer et de mettre en place un système de toutes pièces, et manquaient d'éléments concrets auxquels se référer, ou de témoignages d'expériences de confrères pouvant servir d'exemples.

Ce travail devrait permettre d'apporter des réponses à certains questionnements de médecins qui pourraient être intéressés mais manquent de données et d'informations.

Ils pourront avec cette étude avoir une idée de ses avantages, ses inconvénients, ses modalités idéales de mise en pratique, ses limites ; du moins d'après l'opinion de notre échantillon.

Malgré les biais de notre étude et la taille restreinte de l'échantillon, l'obtention de la saturation des données et la triangulation nous permettent de penser que ces données restent relativement généralisables.

Elles donnent par ailleurs accès à quelques témoignages et un aperçu des différentes modalités de mise en pratique du partage, à approfondir.

De plus, ce travail pourrait également faire connaître l'existence du partage à des médecins auxquels il pourrait convenir (insatisfaits du système de rémunération actuel, hésitant à s'installer en libéral ou à la recherche d'un fonctionnement collectif par exemple), mais qui n'en avaient jamais entendu parler.

Dans notre système de soins en pleine mutation, on observe une montée en puissance des fonctionnements collectifs ou encore un désintérêt pour l'installation en libéral des jeunes généralistes qui peuvent être à la recherche d'une rémunération alternative.

Dans ce contexte, une meilleure connaissance du partage d'honoraires peut constituer un élément de réponse car il est susceptible de faire écho à ces questionnements et, pourquoi pas, d'intéresser des médecins qui hésitaient à choisir la médecine libérale mais qui n'en avait jamais entendu parler.

Cela a été le cas d'une des participantes à notre étude, qui nous a confié avoir été sur le point de renoncer à une installation en libéral avant d'entendre parler du système de partage d'honoraires via un confrère, par hasard.

Dans ce sens, notre travail peut trouver un intérêt en permettant une meilleure connaissance du sujet.

Cette étude permet également de répondre à quelques limites du partage : la méconnaissance donc, mais peut-être aussi la mauvaise image du partage d'honoraires, basée probablement sur des a priori, des opinions subjectives et une méconnaissance (toujours), mais non basée sur des faits ou des études. Proposer une étude permettant d'approcher les déterminants du partage de manière objective fourni ici un élément de réflexion.

3.3 PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Notre étude étant la première à notre connaissance à s'intéresser au partage d'honoraires en médecine générale, nous espérons qu'elle pourra servir de base de réflexion pour des travaux ultérieurs permettant d'approfondir le sujet.

En effet, elle soulève plusieurs interrogations méritant un approfondissement.

Premièrement, des travaux quantitatifs ou descriptifs explorant des données plus factuelles autour du partage, comme par exemple ses modalités de mise en pratique, pourraient être bénéfiques, notamment pour ceux qui recherchent des informations pratiques avant de se lancer.

Une comparaison avec ce qui se fait dans d'autres pays, ou dans d'autres spécialités, pourrait être intéressante. Nous savons que le partage d'honoraires est plus répandu dans certaines spécialités, comme la radiologie par exemple. On peut émettre l'hypothèse que cela tient à des avantages différents, ou encore à des caractéristiques propres aux soins primaires comme le côté imprévisible d'une consultation ou le manque de reproductibilité d'un acte à l'autre ou d'un médecin à l'autre. Cela mériterait d'être approfondi.

Des limites au partage ont été soulevées par notre travail, des études permettant d'explorer des pistes de réponses à ces limites pourraient présenter un intérêt : Comment assouplir la rigidité d'organisation ? Le prorata de temps est-il envisageable ? La plupart des situations conflictuelles faisaient état d'une communication de mauvaise qualité, à quoi cela tient-il ? Comment améliorer la communication dans les systèmes collectifs (en partage ou non d'ailleurs) ?

Nous avons constaté que les cadres juridiques existants pour permettre cette pratique étaient peu ou mal exploités, on peut se demander à quoi cela tient et que faire pour améliorer cet état de fait. Peut-être qu'une étude permettant de mieux connaître ces cadres et les expliciter apporterait une réponse.

Ce travail a mis en lumière nombre de reproches faits au paiement à l'acte, quelques travaux qui s'intéressent à la question existent déjà mais cela nous a semblé être une question transgénérationnelle qui reste d'actualité.

Par ailleurs, la place du partage d'honoraires parmi les autres systèmes de rémunération pose question, que ce soit en termes de proportion, d'évolution à travers les époques, ou de perspectives d'avenir.

Enfin, l'intérêt principal du partage d'honoraires aujourd'hui nous a semblé se situer autour de sa place dans les fonctionnements collectifs. Nous avons abordé des pistes de réflexion sur le sujet qui mériteraient d'être explorées, à l'heure où les fonctionnements collectifs prennent de l'ampleur.

Par exemple, des travaux questionnant l'impact du partage d'honoraires (peut-être même des modes de rémunération de façon plus générale) dans une dynamique d'équipe, nous semblent intéressants.

CONCLUSION

Historiquement, le mode de rémunération principal des médecins généralistes libéraux français est le paiement à l'acte individuel.

Certains médecins choisissent, en travaillant en groupe, de mettre en commun leurs honoraires et de partager leurs revenus. Il s'agit d'une pratique existante et encadrée par des statuts juridiques spécifiques (SCP, SEL) mais qui reste peu répandue et méconnue.

Dans un contexte sociétal où les soins primaires sont en pleine mutation, soumis à des pressions démographiques et socio-économiques, les questions portant sur les modes de rémunération présentent un intérêt certain. Elles peuvent faire écho avec l'attractivité de la spécialité, le mode d'exercice ou encore la pratique médicale au quotidien.

Plusieurs travaux autour du vécu des médecins généralistes des modes de rémunérations classiques, du paiement à l'acte, des rémunérations forfaitaires, montrent que certains de ces médecins sont insatisfaits du système de paiement à l'acte et recherchent des solutions alternatives.

Pourtant, aucune étude n'avait encore, à notre connaissance, évalué le partage d'honoraires.

Nous nous sommes donc demandés quels étaient les déterminants du partage d'honoraires en France en médecine générale.

Nous avons tenté d'en décrire les motivations, les avantages, les inconvénients et les limites à l'aide d'une étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins français pratiquant ou ayant pratiqué le partage d'honoraires.

Nous souhaitons ainsi mieux faire connaître cette pratique, en décrire quelques modalités et établir des pistes de réflexion pour approfondir le sujet.

Nous avons observé que les motivations à choisir le partage d'honoraires rapportées par notre échantillon sont en premier lieu une recherche de solution alternative au paiement à l'acte, massivement rejeté, jugé comme inadéquat avec les objectifs des soins primaires.

Il peut s'agir également de motivations plus philosophiques, voire un choix politique ou militant, portant des valeurs de partage et de solidarité, et le désir de privilégier une pratique collective.

Il permet également de se délier de la concurrence et d'assurer un soutien financier à l'installation, surtout pour des médecins s'étant installés à une époque de forte pression démographique.

Les participants à notre étude plébiscitent le partage d'honoraires pour sa capacité à favoriser le travail en équipe. Il insufflé une cohésion de groupe en libérant du temps pour la coordination, en obligeant à s'entendre et à communiquer, et enfin en induisant un partage plus global de patientèle, de pratiques et de connaissances.

Notre travail met en exergue que la pratique du partage d'honoraires présente probablement des spécificités singulières qui, plus que dans toute autre type d'organisation, pousse les associés au travail d'équipe. En ce sens, il est certainement une option à envisager pour ceux qui font le choix du collectif.

Financièrement, il assure une sécurité en permettant de rémunérer les congés, d'amortir les aléas du libéral et d'anticiper les revenus.

Il encourage des valeurs positives dans le groupe et dans la relation de soins, permet de se détacher de la concurrence médicale, de la relation pécuniaire avec le patient et de la pression de l'acte pour libérer du temps à consacrer aux missions globales de médecin traitant, et pour privilégier au quotidien la qualité des soins sur la quantité.

En revanche, ces avantages sont au prix d'une perte de libertés individuelles, propres au fonctionnement libéral, tant sur le planning, les absences, la modularité des revenus que l'organisation de son temps de travail.

Le fonctionnement collectif en partage d'honoraires confère une rigidité d'organisation et une obligation à s'harmoniser pouvant être source de tensions en cas de désaccords ou d'inégalité.

Ces contraintes sont d'autant mieux acceptées que les motivations sont fortes.

Le partage demande une bonne entente dans le groupe, une grande confiance et une même vision des soins comme de l'éthique.

Les pratiques et les prétentions financières doivent être similaires, et le fonctionnement doit garantir une équité de temps de travail, au prix d'un certain cadre qui doit savoir s'assouplir pour s'adapter aux besoins des participants.

En ce sens, il se différencie des autres systèmes permettant de se libérer du paiement à l'acte (comme le salariat), en permettant une autogestion qui, en plus de laisser une grande liberté, est un véritable outil du collectif.

Les conflits de personnalité, un fonctionnement inégalitaire et un changement majeur dans la dynamique d'équipe sont cités comme étant les principaux éléments capables de faire vaciller le système.

Les participants rejoignent les données de la littérature en remarquant que les fonctionnements collectifs prennent de l'ampleur. Cependant ils n'envisagent pas vraiment le partage comme une perspective d'avenir car, en raison des motivations profondes qui doivent le soutenir pour en accepter les contraintes, il ne semble pas généralisable à tous. De plus, c'est un système méconnu qui pâti d'une image défavorable.

Notre travail trouve ici tout son sens puisqu'il est, à notre connaissance, le premier travail permettant de faire mieux connaître cette pratique.

Ainsi, il peut aider à lever des a priori en permettant de se faire une opinion basée sur des données objectives.

Il s'agit d'une thèse de médecine générale soumise aux contraintes de temps et de moyens que peut mobiliser un examinateur unique, il comporte donc des biais, mais il peut servir de base pour de nouveaux travaux de recherche permettant d'approfondir le sujet.

Il pourra servir de sources de données pour des médecins curieux du partage d'honoraires et désireux d'en savoir plus.

Nous restons convaincus que la connaissance et l'information restent les meilleurs piliers d'un choix éclairé, c'est pourquoi nous souhaitons donner de la visibilité au partage d'honoraires, qui est une des nombreuses possibilités offertes aux médecins généralistes d'exercer leur profession.

Nous espérons avec cette étude lutter contre la méconnaissance, source d'idées préconçues parfois erronées, mais aussi motiver des travaux d'approfondissement.

Par exemple, il serait intéressant d'explorer des pistes pour limiter les contraintes du partage, ou d'étudier sa place dans les fonctionnements collectifs, ce qui permettrait de diversifier davantage les perspectives d'avenir, et de rendre plus abordable un système qui recèle de nombreux atouts et gagne à être connu.

Les données factuelles concernant les modalités de mise pratique du partage sont peu détaillées dans notre étude, car elles n'en faisaient pas l'objet, mais mériteraient d'être explorées à l'aide d'une étude quantitative ou descriptive sur un échantillon plus vaste.

Nous retenons principalement que le partage d'honoraires semble traduire une véritable volonté du collectif, en permettant à un groupe de médecins d'aller au-delà

de la simple cohabitation bienveillante : mettre en commun leurs revenus pour pouvoir mettre en commun leur temps, leurs idées, leurs connaissances, leurs moyens. Ainsi ils s'efforcent de remettre le partage au cœur de leur fonctionnement pour en faire une force et une valeur qui transcende la simple question monétaire pour porter un mode d'exercice, un choix de fonctionnement ensemble.

Il permet de remettre des valeurs de solidarité et de soutien à l'autre, fondements d'une bonne partie de notre métier, au sein même de la collaboration professionnelle. En se détachant d'un système de rémunération parfois vécu comme aliénant, et historiquement très individualiste, il pourrait s'apparenter à une forme d'anarchie solidaire, à l'échelle artisanale d'un collectif de volontés.

Les médecins généralistes ont, malgré un cadre législatif et réglementaire parfois contraignant, la chance d'exercer un métier qui leur laisse la possibilité de modeler et construire leurs outils de travail, d'inventer des solutions pour le faire correspondre à ce qu'ils en attendent, collectivement ou individuellement.

C'est une force et nous espérons que ce travail pourra être, parmi d'autres, un outil utile à certains médecins pour inventer ensemble, dans cet espace de liberté, leur façon d'exercer les soins primaires dans un système qui leur correspondra et les épanouira.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grignon M, Paris V, Polton P. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Paris; 2002, Novembre.
2. Gérard D. Différentes modalités d'exercice et de rémunération des médecins traitants face à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé: enquête de pratique auprès de médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine. Université Paris 6 ;2014.
3. Garnier M. Paiement à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux systèmes. Thèse. Université de Lille ;2014.
4. Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse de médecine. Franche Comté ;2013.
5. Mur-Bacquer H. Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : organisation et représentation. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2016.
6. Perrotin S. Modes et niveaux de rémunération souhaités par les internes de médecine générale Rhône-Alpins : enquête auprès de 428 étudiants. Thèse de médecine. Université Claude Bernard, Lyon ; 2014.
8. UNAFORMEC Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? Bibliomed. 2003, Février.
7. Remaux B. Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013. Thèse de médecine. Université de Nantes ; 2014.
9. Frappé P. Initiation à la recherche: Association française des jeunes chercheurs en médecine générale ; 2011.
10. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Collection 128 ; Sociologie. Paris: Armand Colin; 2007.

11. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Le Libellio d'Aegis. 2011; 7: p. 47-58.
12. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. Mémoire. Université Lyon nord ; 2004.
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 19(84): p. 84-142.
14. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue médicale de l'assurance maladie. 2001; 32(2): p. 117-121.
15. Ayache M. Dumez H. Le codage dans la recherche qualitative: une nouvelle perspective? Le Libellio d'Aegis. 2011: p. 33-46.
16. Oude-Engelberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;(105): p. 4-11.
18. Girard-Wasileski B. La rémunération sur objectifs de santé publique: les représentations des médecins généralistes. Thèse de médecine, Université de Lille 2 ; 2015.
17. Kani Konate M. Centre d'Appui à la recherche et à la formation (CAREF). [En ligne]. <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/index.php> .
19. Paille P. La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante: douze devis méthodologiques exemplaires. Recherches Qualitatives, Avancées en méthodologies qualitatives. 2007; 27: p. 133-151.
20. Département de Médecine Générale. Université Paris 7. Initiation à la recherche qualitative. [En Ligne].
21. Créer Entreprise. [En ligne]. www.creerentreprise.com .
22. Légifrance. [En ligne]. www.légifrance.gouv.fr .

ANNEXES

Pour rappel, les retranscriptions des entretiens sont fournies dans une annexe séparée afin de préserver l'anonymat des médecins interrogés.

1. ANNEXE 1 – GUIDE D'ENTRETIEN

1.1 PRESENTATION DU TRAVAIL ET DU DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN :

« Bonjour, merci de m'accorder cet entretien.

(Présentation) Je m'appelle Maud Nunes, je suis médecin généraliste remplaçante, je réalise une thèse sur le partage d'honoraires en médecine générale

(But du travail) dont le but est de permettre une meilleure connaissance de cette pratique, d'en explorer les avantages, les inconvénients et d'en décrire les modalités pratiques

Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien qui sera anonyme. »

Entretien en deux parties, une première partie qualitative, grille d'entretien avec questions ouvertes et questions de relance (en italique) pour explorer les déterminants ; une deuxième partie quantitative avec questions fermées pour décrire échantillon et décrire modalités de mise en œuvre du partage dans l'échantillon étudié.

1.2 QUALITATIF

Exploration des déterminants : motivations, avantages, inconvénients, limites.

1. Question brise-glace : *Une première question pour mieux vous connaître : pouvez-vous vous présenter rapidement ?*

2. *Pratiquez-vous encore le partage d'honoraires ?*
3. *Comment êtes-vous arrivé au partage d'honoraires ?*
Quelles étaient vos motivations pour choisir ce mode de fonctionnement ?
4. *Parlez-moi du partage d'honoraires OU Que pouvez-vous me dire du partage d'honoraires ?*
Pouvez-vous m'en expliquer les avantages ?
Comment vivez / viviez-vous ses inconvénients ?
De quelle manière le partage d'honoraires influence / influençait-il la relation avec vos associés ?
Comment le partage d'honoraire influence/ influençait-il votre pratique professionnelle ?
De quelle manière le partage d'honoraires influence/ influençait-il votre vie personnelle ?
5. *Qu'est ce qui pourrait rendre le partage d'honoraires impossible ? OU, si arrêt du partage, Qu'est-ce qui vous a poussé à arrêter le partage d'honoraires ?*
6. *Selon vous, quelle place pour le partage d'honoraires dans l'évolution du métier de médecin généraliste ?*
Si vous avez connu un autre mode de fonctionnement, qu'est-ce que ça change ?

1.3 QUANTITATIF

Description de la population étudiée, description des modalités du partage d'honoraires.

« Je vais maintenant vous poser quelques questions plus factuelles pour décrire la façon dont est pratiqué le partage d'honoraires. »

1. Sexe
2. Âge
3. Date d'installation
4. Département

5. MSP ou cabinet
6. Date de début de partage
7. Avez-vous déjà fonctionné autrement ?
8. Partage encore en cours ?
9. Structuration juridique ?
10. Quelles ont été vos autres structurations juridiques éventuelles ?
11. Combien de médecins généralistes y a-t-il dans la structure ? Sont-ils tous associés ?
12. Combien d'associés participent au partage d'honoraires ?
13. Quels sont les modes de rémunération concernés par le partage (actes, ROSP, forfaits ALD et MT, enseignement, expertise, maîtrise de stage, gardes : honoraires/astreintes, vacations, régulations 15) ?
14. Dans ce qui est partagé, la répartition est-elle égalitaire ?
15. Comment répartissez-vous le temps de travail au niveau des horaires ? Au niveau du nombre de consultations ? Au niveau des congés ?
16. Y a-t-il des dépenses non partagées ?

1.4 QUESTION FINALE

Invitation de l'interviewé à s'exprimer librement.

« Est-ce qu'il y a d'autres points que vous aimeriez aborder ? »

« Merci de m'avoir accordé cet entretien. Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de l'enquête quand elle sera terminée. »

2. ANNEXE 2 – DICTIONNAIRE DES CODES

2.1 CODEUR PRINCIPAL

1. Avantages

a. Avantages financiers

- Avantages du salariat
- Amortir les baisses d'activité
- Anticiper les revenus mensuels
- Soutien congé maternité et maladie
- Vacances rémunérées
- Être plus vigilant sur la facturation
- Sécurisant en début d'activité
- Tranquillité financière

b. Avantages moraux

- Avantage philosophique
- Délivrer du paiement à l'acte comme valeur
- Détache du nombre de patients vus ou d'actes
- Encourage des valeurs positives
- Libère de la relation financière
- Redonne de la valeur à la mission globale
- Système désinflationniste

c. Epanouissement personnel

- Bien-être au travail
- Préserver du temps pour soi
- S'absenter l'esprit tranquille
- Sentiment de liberté
- Sérénité au travail
- Sérénité dans la vie quotidienne

d. Fonctionnement en équipe

- Attrayant pour recruter
- Autogestion
 - Système coopératif et indépendant
- Finance le fonctionnement de groupe
- Finance la structure commune
- Finance les temps collectifs
- Libère du temps
- Favorise l'interchangeabilité
- Ne pas prendre de remplaçants
- Permanence des soins
- Permet le partage du temps de travail
- Soude l'équipe
- Décisions en commun
- Donne une dynamique de travail en groupe

- Favorise la cohésion
 - Favorise le partage des connaissances
 - Favorise le travail en équipe
 - Harmoniser les pratiques
 - Patientèle commune
 - Vitrine du fonctionnement pour le patient
- e. Nuance des avantages**
- Avantages liés au travail en équipe plus qu'au partage
 - Ne délie pas complètement de l'acte
 - N'influence pas la pratique professionnelle
- f. Pratique médicale individuelle**
- Donne du confort
 - Financer aussi le non curatif
 - Permettre une activité professionnelle extérieure
 - Prendre le temps nécessaire en consultation
 - Recentre sur le soin
- g. Relations entre associés**
- Enlève la suspicion liée au partage de frais
 - Enlever toute concurrence
 - Favorise la confiance
 - Favorise l'égalité
 - Favorise l'entente
 - Laisser de la place à l'autre
 - Système de solidarité

2. Conditions nécessaires

a. Humaines

- Bien se connaître
- Bien s'entendre
- Capacités de dialogue
- Beaucoup de négociation
- Communiquer clairement
- Confiance
- Fonctionnement tolérant
- Partage des valeurs
 - Prendre en compte le psychosocial
 - Refus des laboratoires

b. Idéologie commune

- Même sensibilité sociologique politique
- Militantisme
- Partage de projet de soin
- Partager la même éthique de travail

c. Organisationnelles

- Avoir les mêmes congés
- Encadrer par des statuts
- Équité de temps de travail
- Nombre restreint d'associés

- Souplesse
- d. Profil**
 - Avoir envie que ça marche
 - Financier
 - Être assez détaché de l'argent
 - Mêmes prétentions financières
 - Recettes similaires
 - Même secteur
 - Peu de différence de chiffre d'affaire
 - Homogénéité de pratiques
 - Homogénéité de durée de consultation
 - Homogénéité de type de patientèle
 - Savoir revenir sur ses libertés individuelles
 - Se donner à fond

3. Contexte

a. Constats

- Recherche de plus de collectif dans l'avenir
- Rémunération va évoluer

b. Limites des systèmes actuels

- Limites de la capitation
- Limites du partage
 - Jeunes dépolitisés
 - Partage non culturel
 - Partage pis-aller insuffisant
 - Pas généralisable à tous
 - Système méconnu
- Refus de la ROSP

c. Perspectives d'avenir

- Aller vers un système mixte
- Évolution vers le salariat

4. Contraintes Inconvénients

a. Complexité structurelle

- Complique le cadre légal
- Difficile de partager les forfaits

b. Difficultés d'acceptation du conjoint

c. Limite le choix des futurs associés

d. Nuances des contraintes

- Compromis toujours possible
- Contraintes similaires à association classique
- Inconvénients peu signifiants
- Liberté de pratique possible
- Nombre de patients pas obligatoirement identique
- Prorata possible
- Tensions plus liées à la personnalité qu'au partage

e. Perte de liberté

- Devoir s'entendre pour les absences

- Interdépendance
- Ne pas pouvoir augmenter ses revenus
- Plus difficile de diminuer son activité
- Sur la pratique médicale
 - Uniformiser le temps de travail
 - Uniformiser l'orientation de la pratique
- f. Relations entre associés**
 - Devoir partager la charge de la patientèle
 - Devoir s'accorder sur les décisions
 - Etre le maillon faible
 - Possible passager clandestin
 - Pousser à la suspicion
 - Tensions entre collègues
 - Travailler pour l'autre
- g. Rigidité d'organisation**
 - Avoir même nombre de vacances
 - Contraintes d'horaires
 - Limite le choix des remplaçants
 - Refus de prendre des remplaçants
 - Moins d'adaptabilité aux contraintes familiales

5. Facteurs d'échec

- a. Changement de situation**
 - Arrivée de collaborateurs réfractaires
 - Changement de besoins
 - Changement de pratiques
 - Départ des fondateurs
 - Perte de sens
- b. Entente et individu**
 - Conflit de personnalité
 - Différence d'âge
 - Inadéquation des desiderata financiers
 - Individualisme
 - Lutte de pouvoir
 - Machisme
 - Passager clandestin
 - Refus de la patientèle de voir tous les médecins
- c. Organisation inadaptée**
 - Fonctionnement inégalitaire
 - Manque de rigueur administrative
 - Partage pas unanime
 - Trop rigide
- d. Peur de ne pas être attractif**
 - Difficulté à trouver des collaborateurs qui acceptent
 - Jeunes réfractaires
 - Mauvaise presse

6. Motivations

a. Contestataires

- Recherche d'une rémunération alternative
 - Prise en compte de la mission globale
 - Se délier de l'acte
 - a. L'acte encourage la surconsommation médicale
 - b. L'acte est discriminatoire pour les moins favorisés
 - c. L'acte est un système inflationniste
 - d. L'acte ne favorise pas le temps de travail
 - e. L'acte ne reflète pas la mission de généraliste
 - f. L'acte ne rémunère le temps de travail hors consultation
 - g. L'acte n'est pas rentable
 - h. Le codage à l'acte est compliqué
 - Se rapprocher de la capitation
 - Se rapprocher du forfait
 - Se rapprocher du salariat
- Se détacher du libéral
- Se détacher du rapport à l'argent
- Travailler pour faire fonctionner une structure

b. Financières et contextuelles

- Argument pour s'installer
- Assurer un revenu minimal à l'installation
- Compenser l'indemnité de présentation à la clientèle
- Favorisait l'association en groupe
- Choix imposé par le choix de la structure

c. Idéologiques

- Choix du collectif
- Choix militant et syndical
- Choix philosophique
- Choix politique
- Choix promu par des médecins engagés qui ont servi de modèles
- Evidence

2.2 DEUXIEME CODEUR

1. Motivations

a. Revendications du rôle global du MG

- Harmoniser les pratiques entre médecins

b. Dimensions idéologiques

- Dimensions éthiques
- Dimensions philosophiques
- Dimensions politiques
- Kibboutz, kolkhoze & autogestion

- Dimensions 'syndicales'
- c. Rejet du statut libéral**
- d. Insatisfaction du paiement à l'acte**
 - Rejet du paiement à l'acte
 - Se délier de l'acte
 - Ce n'est pas mon argent à moi
 - Rémunération horaire vs à l'acte
 - Ne pas avoir à compter
- e. Rémunérations alternatives évoquées**
 - Capitation
 - P4P
 - Paiement au forfait
 - Salariat
- f. Avoir un revenu garanti à l'installation**
- g. 'Un peu par hasard'**

2. Conditions nécessaires

- a. Profils similaires ou compatibles**
 - Activité ou recettes pas trop divergentes
 - Nécessité d'aspirations personnelles compatibles
 - Pas trop grande différence d'âge
 - Pratiques harmonieuses ou compatibles
- b. Bonnes relations humaines**
 - Bien se connaître
 - Bien s'entendre
 - Confiance mutuelle
 - Tolérance mutuelle
- c. Esprit d'équipe**
 - Fonctionnement égalitaire
 - Projet professionnel commun
 - Renoncer à l'individualisme
 - Se donner à fond pour l'équipe
- d. Valeurs communes**
- e. 'Pas n'importe qui'**
 - Détachement des aspects financiers
- f. Etre d'accord sur des aspects pratiques**
 - Durée des consultations
 - Objectifs financiers
 - Répartition du temps de travail
 - Temps de travail équivalent
- g. Dialoguer**
 - Capacités au dialogue
 - Discuter, se mettre d'accord
 - Nécessité d'en rediscuter régulièrement
- h. Souplesse**
- i. Pas trop nombreux**
- j. 'Ce n'est pas simple'**
- k. Rapport à l'argent**

- Avec le patient
- Entre médecins

3. Avantages et inconvénients

a. Avantages

- Avantages communs à toute association
- Equipe, confiance
 - Absence de concurrence entre médecins
 - Avoir un projet
 - Emulation
 - Favorise le travail d'équipe
 - Absence de jugement
 - Favorise la confiance
 - Favorise la coordination du fonctionnement
 - Favorise la coordination, continuité, des soins
 - Favorise la permanence de soin
 - Favorise l'échange et l'entente
 - Favorise l'égalité, l'équité
 - S'absenter en toute confiance
 - Sentiment de faire partie d'une équipe
- Faire front commun vis-à-vis des patients
- Patientèle partagée
 - Refus d'être propriétaire de sa patientèle
- Lissage de l'impact financier des durées de consultation
- Rémunération globale, prise en compte des autres missions et tâches du MG
 - Délie de la relation financière vis-à-vis du patient
 - Les tâches administratives pèsent moins
- Aspects pratiques
 - 'Congés payés'
 - Partager les tâches
 - Revenu plus stable et garanti
 - Si un est en retard, l'autre éponge plus facilement
- Solidarité
 - Solidarité financière, prévoyance interne, tontine
 - Solidarité morale
- Facteur limitant au risque de surcharge
- Nouvel associé
 - Facteur décisif pour l'installation
 - Le nouvel associé est sûr de son revenu
 - Plus facile à trouver
- Plaisir de travailler, bonne ambiance, sérénité
 - Ambiance positive
 - Plaisir de travailler
 - Relation plus saine
 - Sérénité, tranquillité d'esprit
 - Mieux dans son travail, mieux dans sa vie personnelle

b. Conséquence qui peut être positives ou négatives

- Interdépendance financière
- Etre rigoureux dans la facturation
- Système désinflationniste

c. Contraintes et inconvénients

- Contraintes communes à toute association
- Perte de liberté, Rigidité
 - Contrainte d'homogénéité des pratiques
 - Difficile d'adapter son revenu aux variations de ses besoins
 - Planning
 - Organisation de la semaine
 - Vacances et absences
 - Rigidité du fonctionnement du cabinet
 - Rythme de travail
- Un médecin paye pour un autre, constat factuel
- Risque de 'passager clandestin', dimension morale
- Suspensions
- Risque de scruter l'activité des autres
- Reproches familiaux
- Source de tensions
 - Complexification des structures légales et financières
 - Facteur déresponsabilisant sur la facturation
 - Interdépendance morale
 - Sentiment d'être le maillon faible

d. Le prix à payer

4. Influence sur la pratique médicale

a. Influence sur la pratique

- Discussion des dossiers
- Regards croisés
- Durée des consultations
- Davantage de liberté pour moduler la durée des consultations
- Liberté limitée
- Permanence de soins

b. Pas d'influence sur la pratique

5. Echec, cessation du partage

a. Facteurs d'échec

- Changement dans l'équipe
 - Arrivée d'un nouvel associé
 - Changement de statut
 - Départ d'un associé
 - Un des membres quitte le partage, tt le monde cesse
- Crainte de ne pas trouver de nouvel associé
- Divergences
 - Différence de recettes
 - Celui qui gagne le moins ne le supporte pas

- Divergence des besoins financiers
 - Divergence des pratiques
 - Divergence d'état d'esprit
 - Secteur 1 et secteur 2
 - Phénomène du 'passager clandestin'
 - Modifications unilatérales
 - Manque de souplesse
 - Désir de reprendre une liberté
 - Mésentente (autre qu'en lien avec le partage)
 - Relations de pouvoir
 - 'Perte de sens'
 - Influences extérieures
- b. Eviter l'échec, compromis et arrangements**
- c. Préparer la rupture**

6. Eléments factuels

a. Eléments pratiques

- Gestion des collaborateurs
- Gestion des remplaçants
 - Remplacements mutuels
- Organisation du cabinet
- Périmètre du partage
- Permanence des soins, horaires

b. Historique

- Expérience étrangère
- Ne partage plus
- Toujours fait comme ça

3. ANNEXE 3 – DONNEES DE L'ECHANTILLON

	Genre	Âge	Année d'install.	Durée d'install.	Dépt	Mode de recrutement	MSP ou cabinet	Date début partage (si différente installation)	Autre expérience ?	Partage actif ?	Durée du partage	Structure juridique actuelle	Autre structure juridique	Nombre d'associés	Nombre d'associés dans le partage (si différent)
Médecin A	H	42	2006	12 ans	33	Bouche à oreille	MSP		Oui, forfait et acte	Oui	12 ans	SCP	SDF	3	
Médecin B	F	42	2005	13 ans	33	Bouche à oreille	MSP		Oui, forfait et acte	Oui	13 ans	SCP	SDF	3	
Médecin C	H	65	1982	36 ans	59	Twitter	Cabinet		Oui acte	Non, fin au bout de 15 ans	15 ans	SCP	SCM	2	
Médecin D	F	61	1985	33 ans	91	SMG	Cabinet		Oui	Non, fin en 2002	17 ans	SDF	SCM	2 puis 3 puis 4 puis 3	Tous puis 3/4
Médecin E	H	66	1980	20 ans	85	SMG	Cabinet	1998	Oui	Non, fin en 2011	13 ans	SDF	Individuel	2	
Médecin F	F	59	1989	29 ans	92	SMG	MSP		Oui	Non	?	SCM	SDF	3 puis 4	
Médecin G	F	31	2016	2 ans	44	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, remplass	Oui	2 ans	SDF	Non	4	
Médecin H	F	60	1992	26 ans	92	SMG	Cabinet		Oui, remplass	Oui partiellement	26 ans	SDF	SCM (SDF dans la SCM)	5	2
Médecin I	H	51	1996	22 ans	40	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, classique depuis 2017	Non, fin en 2017	21 ans	SDF puis SCM	SCM	3 puis 2 (4 temporaire ment)	
Médecin J	H	55	2000	18 ans	33	Bouche à oreille	Cabinet		Oui, salariat	Oui	18 ans	SDF	Non	2	
Médecin K	F	37	2010	8 ans	32	Bouche à oreille	Cabinet		Non	Oui	8 ans	SCP	Non	3	

RESUME

INTRODUCTION : Le mode de rémunération principal des médecins généralistes libéraux français est le paiement à l'acte individuel. Le partage d'honoraires au sein d'une association est une pratique méconnue et peu répandue.

Les mutations actuelles des soins primaires, poussent à s'interroger sur les modes de rémunération et leur impact sur la pratique.

Le sujet étant inédit, nous avons voulu explorer les déterminants du partage d'honoraires en France en médecine générale.

OBJECTIF : L'objectif principal était de décrire ces déterminants selon les médecins interrogés.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les motivations, avantages, inconvénients et limites du partage ainsi que les modalités pratiques sur l'échantillon étudié.

METHODE : Étude qualitative menée par entretiens téléphoniques semi dirigés individuels, sur un échantillon varié de 11 généralistes français pratiquant ou ayant pratiqué le partage. Analyse à l'aide du logiciel NVivo, selon les principes de l'analyse phénoménologique.

RESULTATS : La motivation principale est une recherche d'alternatives au paiement individuel à l'acte, massivement rejeté. D'autres motivations sont plus philosophiques, voire militantes, privilégiant une pratique collective. Le partage permet de se délier de la concurrence et d'apporter un soutien à l'installation. L'avantage principal est de favoriser le travail en équipe. Il assure une sécurité financière, encourage des valeurs positives et l'exercice des missions globales du médecin traitant. L'inconvénient majeur est la diminution des libertés individuelles et la rigidité d'organisation, parfois source de tensions. Il demande une bonne entente, une grande confiance et une équité de travail. Un cadre est nécessaire mais il doit savoir s'assouplir.

Les participants estiment que ce système n'est pas généralisable à tous car il demande des motivations profondes.

Le périmètre du partage allait de l'acte seul à un partage total, avec une répartition quasiment toujours fonction du temps de travail.

CONCLUSION : Ce travail permet de mieux connaître le partage d'honoraires, qui peut être une solution pour privilégier le travail d'équipe ou se délier du paiement à l'acte. C'est un outil du collectif qui porte des valeurs de solidarité, dont les limites peuvent être assouplies grâce à l'autogestion.

MOTS-CLES : Médecine générale ; Honoraires médicaux ; Régimes de rémunération à l'acte ; Exercice médical de groupe ; Modèles d'organisation ; Systèmes de soins ; Partage d'honoraires

ABSTRACT

BACKGROUND: Self-employed French General Practitioner's usual source of income is fee-for-service on an individual basis. Professional associations practicing fee sharing are scarce and little known.

Primary cares evolution raises questions about remuneration methods and their impacts on medical practices.

As this subject has never been treated before, we aimed to explore determining factors for fee sharing among French GPs.

OBJECTIVES: Primary objective was to explore determining factors as described by interviewed GPs.

Secondary objectives included description of motivations, advantages, disadvantages and limits of fee sharing as well as practical uses among studied sample.

METHOD: Qualitative research design using content analysis was used. Eleven French GPs currently or formerly practicing fee sharing participated in semistructured telephone interviews. Analysis was conducted through NVivo software following phenomenological analysis principles.

RESULTS: Main motivation is a quest for an alternative to individual fee-for-service which is massively rejected. Other motivations seem to be of a more philosophical or activist nature, aiming for a group activity. Fee sharing draws away from competition and supports installation for a new member. Main advantage is to promote teamwork. It guarantees financial security, stimulates positive values and foster the overall GPs mission. Main disadvantage is reduction in individual freedoms and rigidity in organization which might be a source of tensions. It requires good relationship, great confidence and fairness in sharing out of tasks. A framework seems to be necessary but has also to be flexible.

Participants reckon that this plan can't be generalized to every GPs as it requires deep motivations.

Scope of sharing was from limited to full with a distribution depending usually on work time.

CONCLUSION: This research gives better knowledge of fee sharing, which could be part of a solution for fostering teamwork or drawing away from fee-for-service plans. It is a collective tool able to promote solidarity values. Self-governance allows to soften its limits.

KEY WORDS: General Practice; Medical Fees; Fee-for-Service Plans; Group Practice; Organizational Models; Delivery of Health Care; Fee Sharing