



HAL
open science

Que pensent les médecins généralistes de leurs modes de rémunération ? Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés

François-Xavier Moraux

► To cite this version:

François-Xavier Moraux. Que pensent les médecins généralistes de leurs modes de rémunération ? Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02561960

HAL Id: dumas-02561960

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02561960>

Submitted on 4 May 2020

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

François-Xavier Moraux

Né le 22/05/1989 à Rennes

**Que pensent les
médecins généralistes
de leur mode de
rémunération ? Une
étude qualitative en
entretiens de groupes
focalisés.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 juin 2019**

devant le jury composé de :

Éric Bellissant

*PU-PH / Doyen de la faculté de médecine de
Rennes / Président du jury*

Alain Leguerrier

*PU-PH / Président de l'Ordre des Médecins
d'Ille-et-Vilaine / Assesseur*

Éric Méner

*PA / Directeur du Département de Médecine
Générale de Rennes / Assesseur*

Julien Poimboeuf

*CCU / Docteur en médecine générale à
Rennes / Directeur de thèse*

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

François-Xavier Moraux

Né le 22/05/1989 à Rennes

**Que pensent les
médecins généralistes
de leur mode de
rémunération ? Une
étude qualitative en
entretiens de groupes
focalisés.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 juin 2019**

devant le jury composé de :

Éric Bellissant

*PU-PH / Doyen de la faculté de médecine de
Rennes / Président du jury*

Alain Leguerrier

*PU-PH / Président de l'Ordre des Médecins
d'Ille-et-Vilaine / Assesseur*

Éric Méner

*PA / Directeur du Département de Médecine
Générale de Rennes / Assesseur*

Julien Poimboeuf

*CCU / Docteur en médecine générale à
Rennes / Directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie

DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation

TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Raphaël Romain	MCU-PH	Urologie

MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Éric Bellissant, Doyen de la faculté de Médecine de Rennes,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie de recevoir l'expression de ma très haute considération.

A Monsieur le Professeur Alain Leguerrier, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins d'Ille-et-Vilaine,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Éric Méner, Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes,

Je vous remercie de vous être rendu disponible pour juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Julien Poimboeuf, Chef de Clinique Associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes,

Julien, je te remercie de t'être lancé sans hésitation dans cette aventure avec moi. Travailler sous ta direction a été un réel plaisir. Ta disponibilité, tes conseils et ta rigueur m'ont été précieux durant ces dernières années de ma formation.

A mes parents, à mon frère et à ma sœur,

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait, pour votre soutien tout au long de ma vie. Vous êtes tout pour moi. Je vous aime.

A ma chérie, Lisa,

Je ne m'imagine pas passer le reste de ma vie sans toi à mes côtés. Je t'aime.

A ma famille,

A mes amis.

Table des matières

Remerciements	8
Table des matières	9
1. Introduction	11
1.1. Définition et conséquences des différents modes de rémunération des médecins généralistes	11
1.1.1. Le paiement à l'acte	11
1.1.2. La capitation	11
1.1.3. Le salariat	12
1.1.4. Les rémunérations combinées	12
1.2. Évolution de la rémunération des médecins généralistes en France	12
1.3. Les souhaits des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération	13
2. Matériel et méthode	13
2.1. Choix de l'étude	13
2.2. Élaboration du guide d'entretien	14
2.3. Population	14
2.4. Recrutement	14
2.5. Entretiens de groupes focalisés (EGF)	14
2.6. Analyse des données	15
3. Résultats	15
3.1. Caractéristiques des entretiens de groupes focalisés	15
3.2. Le paiement à l'acte	16
3.2.1. Le ressenti des médecins généralistes	16
3.2.2. Souhaits d'amélioration	16
3.3. Le salariat	18
3.3.1. Le ressenti des médecins généralistes	18
3.3.1.1. La protection sociale du salariat	18
3.3.1.2. La rémunération fixe	18
3.3.1.3. Les craintes du salariat	18
3.3.2. Souhaits d'amélioration	19
3.4. Les forfaits	19
3.4.1. Le ressenti des médecins généralistes	19
3.4.2. Souhaits d'amélioration	20
3.5. La RO SP	20
3.5.1. Le ressenti des médecins généralistes	20
3.5.2. Souhaits d'amélioration	20
3.6. La capitation	20
3.7. Des concessions à faire	20
3.7.1. La concession la plus plébiscitée : la participation obligatoire à la permanence des soins	20

3.7.2. Des concessions plus personnelles.....	21
4. Discussion.....	21
4.1. Analyse des principaux résultats	21
4.1.1. Vers une rémunération combinée... ..	21
4.1.2. ... Et une cohabitation des différents modes de rémunération ?.....	23
4.2. Forces et faiblesses de l'étude	23
5. Conclusion	24
6. Bibliographie.....	25
Glossaire	28
Annexe 1 ⁽¹³⁾	29
Annexe 2 : Grille d'entretien du focus group 1	30
Annexe 3 : Grille d'entretien du focus group 2, modifiée à la suite du focus group 1.....	32
Annexe 4 : Grille d'entretien du focus group 3, modifiée à la suite des focus groups 1 et 2	34
Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement.....	36
Annexe 6 : Caractéristiques des participants des focus groups	37

1. Introduction

La rémunération des médecins généralistes est un paramètre important en économie de la santé. Suffisamment attractive, elle permet de maintenir l'intérêt pour la profession⁽¹⁾. Orientée, elle valorise certains actes médicaux et certaines politiques de santé : la prévention, le respect d'objectifs de santé publique, l'optimisation des dépenses de santé... En 2017, en France, la consommation de soins de médecins généralistes de ville s'élevait à 8,9 milliards d'euros et représentait 4,5 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)⁽²⁾.

1.1. Définition et conséquences des différents modes de rémunération des médecins généralistes

Les modes de rémunération des médecins varient beaucoup d'un pays à l'autre. Il en existe trois principaux. Leurs effets positifs et négatifs sur l'activité des médecins ont été décrits dans de nombreuses études et sont maintenant bien connus⁽³⁾.

1.1.1. Le paiement à l'acte

Le médecin perçoit des honoraires en fonction du prix des actes réalisés et de leur quantité. Le principal avantage du paiement à l'acte est d'augmenter la productivité des médecins⁽⁴⁾. Il incite à réaliser plus d'actes dont des actes plus spécialisés, mais aussi à élargir les horaires de travail⁽³⁾. On observe aussi une diminution du recours aux spécialistes⁽⁵⁾.

Le paiement à l'acte a deux inconvénients majeurs. Le premier est qu'il favorise le phénomène de demande induite⁽⁶⁾. Le médecin peut augmenter son activité afin de conserver ou majorer ses revenus, par exemple en faisant revenir les patients en consultation plus que nécessaire. Cela entraîne une surproduction de soins qui pèse sur le budget du système de santé⁽³⁾. Son deuxième inconvénient est qu'il délaisse certains actes chronophages et peu rémunérateurs, qui ont une importance primordiale en termes de santé publique : l'éducation thérapeutique et la prévention des patients⁽⁷⁾.

1.1.2. La capitation

Le médecin perçoit une rémunération dépendante du nombre de patients rattachés à son nom, indépendamment du nombre d'actes réalisés. La capitation vise l'efficacité : le praticien fait en sorte de ne voir le patient que lorsque cela lui semble nécessaire. Il n'y a pas d'effet de demande induite. L'éducation thérapeutique et la prévention sont favorisées⁽⁷⁾. Elle permet aussi une amélioration de l'offre de soin, en favorisant l'augmentation du nombre de patients pris en charge par un même médecin. Le tout permet un contrôle des dépenses de santé^{(8) (9)}.

Cependant, l'incitation à l'augmentation de la taille de la patientèle induit une concurrence entre les médecins⁽⁴⁾. Ils peuvent être tentés de satisfaire aux demandes des patients même si elles ne sont pas justifiées, afin de les « fidéliser ». On observe aussi une sélection des patients les moins à risques⁽¹⁰⁾, et un recours plus fréquent aux autres spécialités et aux services des hôpitaux^{(11) (5)}.

1.1.3. Le salariat

Le médecin reçoit une rémunération correspondant à un temps de travail donné, indépendamment du nombre d'actes. Par conséquent, il permet la réalisation de missions chronophages et mal rémunérées par le paiement à l'acte, telles que la prévention, l'éducation thérapeutique, mais aussi la coordination des soins ou l'enseignement⁽¹²⁾. Il n'y a pas de phénomène de demande induite. Le salaire des médecins étant fixe et prévisible, les dépenses de santé sont contrôlables⁽⁴⁾.

Les principaux effets négatifs décrits sont la diminution de la productivité et l'absence de « réponse à la demande » par manque d'incitation à l'effort⁽⁴⁾.

1.1.4. Les rémunérations combinées

Afin d'augmenter l'efficacité des systèmes de santé, différents modes de « rémunérations combinées » ont été développés à travers le monde⁽¹³⁾ (Annexe 1) : les moyens de paiement sont mixés en proportions variables pour minimiser leurs inconvénients, tout en conservant leurs avantages⁽¹⁴⁾. Le développement de ces rémunérations combinées est plébiscité par l'OCDE et l'OMS depuis la fin des années 90⁽¹⁵⁾. Ainsi, au Royaume-Uni, 61% de la rémunération du médecin généraliste repose sur la capitation, le reste étant un mixte de paiement à la performance (15%), de paiement à l'acte (12%) et de forfaits⁽¹³⁾. En Allemagne, en Grèce, en Belgique, le paiement à l'acte est majoritaire mais de plus en plus associé à des nouveaux modes de rémunération (ajout d'une part de capitation, de paiement à la performance, de forfaits). Les rémunérations évoluent aussi dans les pays qui salarient leurs médecins. En Espagne par exemple, le salaire des médecins généralistes est ajusté par une part de capitation et de paiement à la performance dans certaines régions.

1.2. Évolution de la rémunération des médecins généralistes en France

En France, la médecine générale est historiquement liée au système libéral. La « charte de la médecine libérale », adoptée par la Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France le 30 novembre 1927, défend l'idée du « *droit à des honoraires pour tout malade soigné et le paiement direct par le malade sur le principe de la libre entente sur les tarifs* »⁽¹⁶⁾.

La naissance du système de sécurité social français à partir des ordonnances du 4 et 19 octobre 1945 a introduit la notion de remboursement des soins du patient par un tiers. Le plafonnement des honoraires était devenu une nécessité. Un premier accord a été signé en 1969 : le prix de la consultation était alors de 13 francs, soit un peu moins de 2€⁽¹⁷⁾. Les tarifs ont été ensuite négociés lors de conventions médicales, la première ayant eu lieu en 1971. La médecine libérale a perdu un de ses principes fondateurs : la liberté pour les médecins de fixer leurs honoraires.

Les conventions suivantes ont permis l'augmentation régulière du prix de la consultation (de 20€ en 2002, jusqu'à 25€ en 2017). La création du secteur 2 (convention de 1980) a permis un retour à une liberté tarifaire, sous forme de « dépassements d'honoraires ». Ses conditions d'accès ont été restreintes en 1990. Son recours reste très minoritaire chez les médecins généralistes⁽¹⁾.

La convention médicale de mars 1998 a créé le premier forfait : l'option « médecin référent »⁽¹⁸⁾. Les principaux buts étaient de favoriser le suivi médical en « fidélisant » un patient à son médecin, d'améliorer la qualité et la coordination des soins, de promouvoir la prévention et les actions de santé publique, mais aussi d'optimiser les dépenses de santé. Le médecin percevait une rémunération forfaitaire de 150 francs (un peu moins de 23€) par patient signataire et par an. Il s'engageait en contrepartie sur certains points : respect des tarifs conventionnels, pratique du tiers payant, tenue du dossier médical, participation à la permanence des soins. Les gardes et astreintes ont été rémunérées à partir de 2002. La convention médicale de 2005 a instauré la rémunération médecin traitant (« RMT »), fixée à 40€ pour tous les patients en ALD. En 2009, le « Contrat d'Amélioration de la Pratique Individuelle » (CAPI) remplacé par la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) lors de la convention médicale de Juillet 2011, a introduit une rémunération à la performance. Cette convention a aussi créé le Forfait Médecin Traitant (FMT, 5€ pour tous les patients non ALD de plus de 16 ans), la Majoration Personnes Agées (MPA, 5€ en plus par consultation pour les patients de plus de 80 ans). La dernière convention médicale de 2016, en plus d'une revalorisation de la consultation, a poursuivi cette évolution forfaitaire : elle a consolidé et majoré la ROSP. Elle a distingué et favorisé les « forfaits structures » dans le but de moderniser les pratiques médicales. Elle a renforcé le rôle du médecin traitant en créant le nouveau Forfait Patientèle Médecin Traitant (ou FPMT) incluant les enfants de moins de 6 ans⁽¹⁹⁾.

La part forfaitaire de la rémunération des médecins généralistes a augmenté progressivement : quasi inexistante en 2000, elle passe à 1,7% en 2004, puis à 6,1% en 2006 avec la création de ces nouveaux forfaits, et était de 13% en 2017⁽²⁰⁾. L'ensemble de ces revalorisations a abouti à une majoration moyenne de 16 000€ du chiffre d'affaires pour les médecins généralistes⁽¹⁹⁾. Bien que sa part ait diminué, le paiement à l'acte reste le socle de la rémunération du médecin généraliste en France.

1.3. Les souhaits des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération

Une étude quantitative réalisée entre 2007 et 2009 a montré qu'il n'existait « *aucun consensus* » entre les médecins sur un mode de rémunération unique⁽²¹⁾. 42% des médecins interrogés souhaitaient un changement de leur mode de rémunération, réclamant une part fixe (salaire ou forfait) majoritaire. 39% ne souhaitaient pas changer de mode de rémunération. Une enquête nationale réalisée en 2010-2011 auprès des internes de médecine générale a aussi mis en évidence cette hétérogénéité⁽²²⁾ : 56% souhaitent que leur mode de rémunération évolue vers un paiement combiné.

L'objectif de notre étude était de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur leur mode de rémunération. Que pensent-ils de leur mode de rémunération ? Comment souhaitent-ils le voir évoluer ?

2. Matériel et méthode

2.1. Choix de l'étude

Nous avons réalisé un entretien exploratoire auprès d'une personne ressource : le Docteur Ruelle, médecin généraliste à Pantin. Il a réalisé une revue de littérature répertoriant les effets des différents

modes de rémunération sur l'activité des médecins généralistes⁽³⁾. Nous avons choisi la technique des entretiens de groupes focalisés (EGF). Pour la réalisation de cette étude, nous avons suivi la méthodologie définie par la liste de contrôle COREQ⁽²³⁾.

2.2. Élaboration du guide d'entretien

Les entretiens se sont déroulés selon un guide réalisé en amont. Il était composé de questions ouvertes, dont la succession suivait une trame dite « en entonnoir ». La première question explorait un sujet très vaste, puis les questions suivantes se resserraient autour de la question de recherche au fur et à mesure des échanges.

Le guide d'entretien a été testé avant le début des EGF. Il a évolué entre chaque séance grâce aux apports des groupes précédents et des analyses de fin entre l'animatrice et l'observateur (annexes 2, 3 et 4).

2.3. Population

Nous avons souhaité faire réagir des médecins d'expériences professionnelles différentes afin de favoriser les échanges au sein des groupes et d'éviter un biais de déclaration. Nous avons décidé de réaliser 3 groupes : un groupe d'internes répondants aux critères d'inclusion (EGF 1), un groupe de médecins remplaçants (EGF 2), un groupe de médecins installés ou ayant connu une expérience de l'installation (EGF 3).

Les critères d'inclusion étaient :

- Être interne en médecine générale et avoir réalisé son stage praticien de niveau 1 et avoir réalisé son stage SASPAS ou être en cours de réalisation, et ne pas être thésé.
- Ou être médecin généraliste thésé, remplaçant ou installé
- Exercer en Ille-et-Vilaine
- Être volontaire et accepter les conditions des EGF
- Absence de conflit d'intérêt entre les participants

2.4. Recrutement

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat, après démarchage. Ils ont été contactés par courriel ou par téléphone. Cette période de recrutement s'est déroulée de juin à novembre 2018.

2.5. Entretiens de groupes focalisés (EGF)

Les groupes de discussion se sont déroulés dans deux endroits : dans un domicile privé pour le premier, à la faculté de médecine de Rennes pour les deux suivants.

Une même animatrice expérimentée a mené les trois EGF. Elle a énoncé en début de séance les règles. Elle a rappelé le caractère anonyme des données, l'importance de la participation de chacun, l'absence de bonnes ou de mauvaises idées mais seulement des avis dont la pluralité ferait la richesse de l'étude.

Chaque séance a été enregistrée numériquement par dictaphone et par vidéo. Les participants ont signé une feuille de consentement (annexe 5). À tout moment ils pouvaient décider de quitter l'entretien. Un même observateur a été présent pour tous les entretiens. Son rôle était de noter les principales idées ressortant des discussions et les réactions non verbales des participants. Il n'a pas pris part au débat.

A la fin de chaque EGF, l'animatrice et l'observateur ont fait une brève analyse des échanges afin d'améliorer la grille d'entretien pour les séances suivantes.

Les participants aux EGF n'ont reçu aucune indemnisation financière compensatrice. Cependant, les entretiens se déroulant le soir pour des questions d'organisation, un repas leur a été offert.

2.6. Analyse des données

Chaque EGF a été retranscrit verbatim sur logiciel Word. Les données ont été anonymisées. Nous avons procédé ensuite à une analyse axiale du verbatim du premier entretien. Chaque partie de la retranscription était classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhiculait. Une partie de texte pouvait contenir une ou plusieurs idées, et ainsi être classée dans différentes catégories. Ces catégories ont été regroupées en thèmes plus généraux. Nous avons obtenu un arbre de concepts qui a servi de base pour l'analyse des entretiens suivants. Il s'est enrichi des nouvelles idées qui ont émergé des autres discussions.

Les EGF 1 et 2 ont bénéficié d'une deuxième analyse indépendante, réalisée par des personnes sans aucun lien d'intérêt avec le thème, mais ayant une expérience des EGF. Les arbres de concepts ont été comparés et retravaillés pour arriver à un consensus entre les codeurs sur l'analyse des résultats. Une analyse descriptive des thèmes a ensuite été réalisée sur ces données.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des entretiens de groupes focalisés

Nous avons réalisé trois entretiens de groupes focalisés (EGF) dont les caractéristiques des participants ont été résumées dans un tableau (annexe 6). Il y a eu 22 participants. Les EGF 1 (médecins non thésés) et 3 (médecins installés) étaient constitués de 7 personnes. L'EGF 2 (médecins remplaçants) comptait 8 personnes. La moyenne d'âge était de 30,45 ans (minimum 27 ans, maximum 50 ans), ce qui est plus jeune que la moyenne nationale (57,1 ans)⁽²⁰⁾. Il y avait 12 hommes pour 10 femmes, tous exerçant en milieu urbain⁽²⁴⁾. Il y avait un médecin exerçant en tant que salarié dans un centre de santé. Deux médecins avaient une activité mixte libérale et salarié : un en centre de planification familiale, l'autre en poste partagé ville-hôpital.

Concernant les groupes focalisés, la durée totale d'enregistrement était de 7 heures 07minutes et 53 secondes.

Les discussions ont permis de mettre en avant le ressenti des médecins concernant leur mode de rémunération. Bien que « *malheureusement, chaque modèle a ses avantages et ses inconvénients* »

(Dr 15), ils ont proposé des améliorations. Ils ont réfléchi aux concessions qu'ils pourraient faire pour favoriser ces améliorations.

3.2. Le paiement à l'acte

3.2.1. Le ressenti des médecins généralistes

Pour décrire leur expérience du paiement à l'acte, Les participant ont utilisé un vocabulaire d'entrepreneur (Dr 3 : « *t'es entre guillemets chef un peu de ton entreprise quoi [...] qui a très bien envie de vendre...* ». Le temps était « *optimisé* » (Dr 6) et « *rentabilisé* » (Dr 15). Un des participants a comparé le médecin rémunéré à l'acte à un « *business man* » (Dr 19) pour expliquer pourquoi, selon lui, ce mode de rémunération n'était pas adapté à la profession.

Certains regrettaient une déshumanisation de la consultation. Le patient était vu comme « une rentrée d'argent » (Dr 15 : « *Ça me fait peur de me dire, être en mode un patient c'est 25€* »).

Ce rapport direct à l'argent dans le mode de rémunération à l'acte expliquait son principal point négatif : la demande induite. Elle était bien identifiée par les médecins (Dr 5 : « *c'est-à-dire qu'en fait, allez, on en rajoute un peu pour faire gonfler le chiffre d'affaires* »). Elle était justifiée par l'idée de « quota » à remplir pour que le niveau de rémunération du médecin soit en adéquation avec ses besoins personnels (Dr 7 : « *On se dit qu'il faut qu'on fasse tant de consultations par jour pour pouvoir vivre* »). Les risques et répercussions de ce mode de fonctionnement, comme le désintérêt du médecin pour l'éducation thérapeutique des patients, ont été dénoncés (Dr 15 : « *Et puis d'autres médecins [...] disaient à la secrétaire « moi là je veux me faire un petit peu plus d'argent donc là vas-y tu me mets tout ce qui appelle ». Alors oui okey, il prend les rhinopharyngites, ou le petit rhume depuis 24 heures qui n'a rien à faire là-dedans. Donc je trouve qu'en terme d'éducation de patientèle, c'est compliqué.* »)

Cette relation médecin-patient-argent a semblé gêner plusieurs participants dans leur pratique de la médecine générale (Dr 22 : « *parfois j'ai l'impression que ce que j'ai fait ne mérite pas une consult'* »). C'est pourquoi le paiement à l'acte, a été décrit par une partie de nos participants comme un système néfaste (Dr 6 : « *Sur le long terme c'est un peu vicieux je pense* »).

Cependant, l'effet positif sur la productivité du médecin a été reconnu, avec la possibilité d'une autorégulation de son activité (Dr 10 : « *Moi je trouve que ça me motive un petit peu. Quand t'es en forme, tu peux vraiment bien travailler [...]. Le paiement à l'acte permet un petit peu de moduler* »).

3.2.2. Souhaits d'amélioration

La nomenclature du système de paiement à l'acte a été jugée rigide (Dr 19 : « *[...] ce G maintenant qui est tellement fixe, quand tu fais ta compta ça en devient pénible* ») et mal adaptée. Trouver le code correspondant à l'acte n'allait pas forcément de soi (Dr 20 : « *Tiens bah cherche la plaie du sourcil. C'est pas facile à trouver* »). La dénomination de certains actes n'était pas optimale (Dr 20 : « *T'as pas d'hémochromatose. C'est « trouble du métabolisme du fer »* »). Pour l'améliorer, ils demandaient une

nomenclature plus « intuitive » (Dr 22). Les participants ont déploré que certains actes ne soient rattachés à aucun code (Dr 19 : « *Et t'as beau chercher dans la nomenclature, il n'y a rien qui corresponde à ça* »). Certains actes ciblés pourraient voir leurs critères élargis pour mieux correspondre à la réalité des consultations.

Des médecins ont demandé une revalorisation du tarif de la consultation de base. Ils l'ont justifiée du fait du nombre d'années d'études, et en comparaison à celui des autres pays (Dr 16 : « *les gens ils ont accès à un médecin généraliste qui a voilà qui a un métier qui a quand même BAC+9, et 25€ je veux dire... Vous avez des étrangers qui viennent de temps en temps ? [Acquiescement des participants]. Nan mais 25, vous avez vu comment ils hallucinent ?* »). D'autres participants ont estimé que certains actes pourraient en revanche voire leurs tarifs revus à la baisse (Dr 9 : « *pour les rhino, les gastro* »). Une solution proposée était la création de consultations « courtes » et « longues » (Dr 9), permettant ainsi de valoriser celles plus chronophages (Dr 19 : « *C'est dommage, je suis payé le même prix pour un truc qui m'a demandé un effort, d'aller chercher dans mes cours et tout ça, de faire de la bibliographie, et puis à côté de ça tu fais un truc basique, 25€* »). Les participants ont évoqué l'idée d'une cotation pour valoriser l'éducation thérapeutique. Elle permettrait de diminuer la demande induite, et éviterait de faire « *venir plus souvent* » (Dr 20) le patient pour être mieux payé.

Ils ont relevé un autre problème qu'ils estimaient en lien avec leur rémunération : les impayés. Variables selon les médecins, ils étaient négligeables pour certains mais entraînaient un sentiment d'injustice chez d'autres (Dr 16 : « *j'ai du mal à accepter l'idée qu'il y a un travail qui a été fait, [...] et que j'ai jamais été payé* »). Pour les participants, ils provenaient principalement des caisses des régimes spéciaux et des complémentaires santé. C'est pourquoi certains proposaient que les médecins soient payés directement par un organisme publique unique, sur le modèle du tiers-payant intégral (Dr 21 : « *Non mais moi j'ai aucun problème avec ça, mais par contre il faut qu'il n'y ait que un payeur. [...] Et un interlocuteur et voilà. Parce que sinon, effectivement, nous on sera pas payé.* »)

Outre le fait de diminuer les impayés, les participants pensaient que cette solution aurait d'autres avantages : elle mettrait un terme à la relation médecin-patient-argent, elle lèverait un « *frein à l'accès aux soins* » (Dr 5), et elle « *serait un gain de temps* » (Dr 6) médical pour les professionnels de santé.

L'idée que le médecin soit payé directement par un organisme public renforçait le sentiment chez certains d'être des « *salariés déguisés* » (Dr 16). Cela entraînait un sentiment d'injustice vis-à-vis de leur statut de médecins libéraux (Dr 16 : « *Soit c'est notre employeur et on est salarié, et on a les avantages du salariat. Soit c'est pas notre employeur, on est libéral et on a les avantages du libéral* »).

Même si le paiement à l'acte restait intéressant pour une partie des médecins, d'autres souhaitaient sortir de ce mode de paiement (Dr 5 : « *Mais est-ce que c'est le bon modèle aussi ? Être payé à l'acte... Je suis pas sûr...* »).

3.3. Le salariat

3.3.1. Le ressenti des médecins généralistes

Les participants reconnaissent deux atouts principaux au salariat : la protection sociale et la rémunération fixe qui lui sont associées.

3.3.1.1. La protection sociale du salariat

La protection sociale du médecin salarié semblait plus intéressante que celle du médecin libéral. Les services délivrés en libéral étaient jugés « *inutiles* » (Dr 5 : « *T'es pas couvert en cas d'accident de travail par exemple, heu d'arrêt de travail* »)

Les intervenants ont estimé que la protection sociale du salariat entraînait une meilleure sécurité financière. Cela pouvait peser dans le choix du mode d'exercice (Dr 12 : « *Cela n'empêche que j'ai eu un énorme problème de santé [...]. Je n'ai rien gagné parce que je ne pouvais pas travailler. [...] Mais je sais que si ça arrive à quelqu'un qui est salarié, ce problème ne se pose pas. [...] je me plains juste de l'inconfort et de l'insécurité que ça peut être comme travail* ».)

Pour cet autre participant, la recherche d'une meilleure protection sociale expliquait en partie certains maux de la profession (Dr 15 : « *je pense que c'est en partie à cause de ça que il y a beaucoup de médecins qui ne s'installent pas en général et que t'en as plein qui partent en salariat. Et que je suis persuadé que si les choses changeaient à ce niveau-là, bah les femmes resteraient en libéral parce qu'elles auraient un vrai congé maternité, les gens qui ont des maladies chroniques resteraient en libéral aussi parce que bah ils seraient pas exclus de leur prévoyance.* »)

3.3.1.2. La rémunération fixe

Pour nos participants, la rémunération fixe du salariat avait deux avantages. Elle entraînait une sécurité financière (Dr 13 : « *Là c'est quand même un peu toujours la surprise, de ce que tu vas gagner quoi* »). Le sentiment de préjudice face aux impayés était diminué (Dr 16 : « *C'est invisible et indolore* »). Cela permettait au médecin de s'affranchir de la relation économique (Dr 15 : « *c'est vraiment ce qui me plaît quoi. Me dire « moi je me mets pas de pression dans la journée », j'alloue le temps qu'il faut à chaque patient* »).

3.3.1.3. Les craintes du salariat

L'une des principales craintes du salariat, à savoir la diminution de la productivité, était redoutée (Dr 10 : « *tu peux être un petit peu plus amené à dire « bon la pause-café, on en fait une [petit sourire]* »). Les a priori qui existaient à ce sujet ont été nuancés par les médecins qui avaient une expérience du salariat (Dr 6 : « *Ils voient énormément de monde mais parce que il y a énormément de demandes.* » [...]) *Enfin tu vois ils font plus que trente-cinq heures* »

Ces mêmes médecins regrettaient la lenteur de fonctionnement de ces structures, non retrouvée en libéral (Dr 15 : « *il faut 3 mois pour avoir des BU parce qu'il faut faire un formulaire, faut l'envoyer, faut*

le machin, faut truc.). Cela gênait l'efficacité du système (Dr 22 : « *Mais par contre je sais très bien qu'on perd de l'argent, que l'hôpital perd de l'argent* »).

3.3.2. Souhaits d'amélioration

Les participants estimaient que les offres de postes de médecins salariés actuellement proposées étaient peu « *intéressantes* » (Dr 6). Une idée de salaire a émergé des différents groupes de discussion, et il est intéressant de noter la différence entre l'EGF 1 (Dr 2 : « *3000 pour trente-cinq heures, fin c'est quand même pas mal tu vois...* ») et l'EGF 3 (Dr 20 : « *Mettons allez, salariat, protection, 5000€ par mois...* »).

Pour une partie des participants, cette rémunération fixe nécessitait une part variable afin d'y apporter une « *souplesse* » d'exercice (Dr 5 : « *parce que s'il y a une épidémie, faut pouvoir répondre et... « Ah non, j'ai fini mes trente-cinq heures, donc je ne viens pas »... C'est pas possible* »). Cette part variable, incitative, pouvait être sous forme d'« *heures supplémentaires* » (Dr 4), ou de prime (Dr 21 : « *Comme les commerciaux, t'as un fixe et la commission* »). Comme pour un « *cadre* » (Dr 16) d'entreprise, les clauses du contrat du médecin salarié devraient être « *négociables* » (Dr 5).

L'employeur invoqué a été un organisme public (Dr 2 : « *Moi je pense qu'on devrait être payé par la sécu.[...] Et ça éviterait peut-être les dérives [acquiescement de 3], aussi, des médecins qui prennent des patients toutes les cinq minutes...* »). Paradoxalement, il existait une crainte vis-à-vis de ces mêmes autorités publiques (Dr 14 : « *j'ai pas envie que ça modifie mes pratiques. [...] ils pourraient nous changer notre salaire, ou nous retarder notre salaire si on fait pas ce qu'ils veulent faire* »). Dans aucun entretien la possibilité d'un employeur privé n'a été évoquée.

3.4. Les forfaits

3.4.1. Le ressenti des médecins généralistes

La rémunération par forfaits a semblé globalement appréciée des médecins installés. Elle a permis une « *revalorisation* » (Dr 21) de leur rémunération, sans « *impact* » (Dr 15) pour le patient. Certains médecins ont reconnu que les forfaits ont permis de diminuer la demande induite (Dr 20 : « *Il y avait une course à l'acte qui était plus importante avant* »).

Les forfaits étant réservés aux médecins installés, cette rémunération paraissait plus floue pour les remplaçants et les internes (Dr 12 : « *Mais en tant que remplaçant, j'ai même du mal à voir ce que ça représente sur une année* »).

Les craintes évoquées par les participants vis-à-vis de la rémunération par forfait ont été la perte d'indépendance, le risque de sélection des patients (Dr 19 : « *c'est-à-dire que beaucoup de médecins vont être très très intéressés pour prendre des gens poly pathologiques de plus de 80 ans en maison de retraite, [...] mais... Pour prendre les gens actifs de 20 à 60 ans tu vas avoir aucun bénéfice* »), et la

diminution de l'activité des médecins avec l'impact que cela entraînerait sur la réponse à la demande de soins.

3.4.2.Souhaits d'amélioration

La principale idée proposée pour améliorer la rémunération forfaitaire était la création d'un forfait « gestion du Dossier Médical Partagé » (Dr 21 : « *pour le remplir etc* »).

3.5. La ROSP

3.5.1.Le ressenti des médecins généralistes

Les avis des intervenants étaient plus mitigés concernant la ROSP. Ce mode de rémunération a soulevé beaucoup d'interrogations : « *la plupart des critères sont déclaratifs [haussement de sourcils et d'épaules]. Donc heu... [acquiescement de 7]. Tu dis que t'es bon.* » (Dr 5). Les principaux reproches sont la pertinence de certains critères (Dr 17 : « *L'hémoglobine glyquée elle n'est pas dépendante de nous à 100%* »), leur manque d'adaptabilité (Dr 15 : « *En fonction de la population que tu as, les transports, les antibiotiques, tu peux en prescrire beaucoup, et pas vraiment choisir* »), et l'impact sur l'indépendance des prescriptions (Dr 14 : « *Moi ça m'inquiète. Que ça change mes pratiques.* »).

3.5.2.Souhaits d'amélioration

Certains médecins demandent une révision des critères de la ROSP, avec des objectifs plus « médicaux » (Dr 20 : « *c'est là-dessus qu'il faut se battre.* »)

3.6. La capitation

Les participants ne connaissaient pas suffisamment le mode de rémunération par capitation pour en débattre. Il n'a été que très peu évoqué.

3.7. Des concessions à faire

Dr 15 : « *C'est sûr qu'après il n'y a pas de solution idéale je pense, puis surtout on pourra pas avoir le beurre et l'argent du beurre, il y aura forcément des concessions à faire [acquiescement des participants]* ».

Les médecins ont évoqué diverses concessions pour bénéficier d'un mode de rémunération qui leur conviendrait. Certains se sont dit « *prêt à perdre quand même un peu de liberté* » (Dr 15), alors que d'autres (Dr 21) « *ne lâche rien !* ».

3.7.1.La concession la plus plébiscitée : la participation obligatoire à la permanence des soins

C'est la concession qui a semblé la plus évidente pour les intervenants (Dr 12 : « *Mais je trouve ça très étonnant de finir à 18h, mettre le verrou et de se dire « entre 18h et 20h ils se débrouillent* »). Ils souhaitaient même qu'elle soit obligatoire (Dr 16 : « *A ouai moi je suis d'accord, moi je pense que ça devrait l'être* ») afin de faciliter son organisation et qu'elle soit mieux acceptée (Dr 20 : « *Si tout le monde*

*faisait plus de gardes, on en ferait un peu moins... »). Pour faciliter cette organisation, certains ont proposé que les médecins remplaçants soient « *intégrés dans les plannings* » (Dr 9) afin qu'ils participent comme « *titulaires* » au système de garde.*

Cependant, la permanence des soins en nuits profondes a été jugée peu utile pour les médecins généralistes (Dr 20 : « *Après minuit, il n'y a pas d'appels. Ou c'est des appels urgents, donc ils vont aux urgences.* »)

3.7.2.Des concessions plus personnelles

Chaque concession était personnelle, ce qui renforçait l'idée d'un contrat « à la carte », adaptable selon les besoins d'un territoire et les exigences du professionnel de santé

Il y avait des concessions sur le plan organisationnel : imposer un « *nombre de patients minimum* » (Dr 12) à voir au quotidien, « *prendre de nouveaux patients* » (Dr 22) en tant que médecin référent, faire des visites à domicile (Dr 13 : « *ça fait partie du métier* »), augmenter sa mobilité (Dr 8 : « *Je suis prête à bouger. Et si en plus c'est dans des conditions qui me conviennent...* »), participer à des RCP (Dr 16 : « *Ça dépend ce que tu en fais...* »), faire des concessions matérielles (Dr 14 : « *de logiciel* »), ou administratives (Dr 20 : « *Bah tiens, remplir le DMP, ça comme concession ?* »). Certains médecins proposaient de faire des activités complémentaires : participer à des gardes dans des structures d'urgences, à la régulation du 15 (Dr 21 : « *Ah ouai, pour avoir une rémunération idéale, ça me dérangerait pas moi.* »), faire des « *actions de prévention* » (Dr 19), accueillir des étudiants en médecine (Dr 16 : « *Et alors là, c'est envoyer les internes au casse-pipe* »). Des participants ont évoqué une formation continue et une recertification obligatoire (Dr 16 : « *Parce que je crois que c'est 30% des patients [sic] qui se forment, un truc comme ça.* »). Ils sont aussi prêts à faire des concessions sur leur rémunération en contrepartie d'autres avantages : diminuer leur rémunération (Dr 22 : « *Ça dépend de combien. En dessous de 4000 non.* »), mettre « *fin [aux] dépassements d'honoraires* » (Dr 16), ou conserver le tarif de la consultation de base (Dr 12 : « *mais en ayant une protection sociale équivalente à celle du salariat* »).

4. Discussion

4.1. Analyse des principaux résultats

La modification du mode de rémunération des médecins généralistes est un sujet d'actualité. Le gouvernement a débuté en mars 2018 des concertations avec les acteurs de la santé afin de moderniser le système de santé français⁽²⁵⁾. Le chantier n°2 de ce programme est clairement défini : « repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation »⁽²⁶⁾.

4.1.1.Vers une rémunération combinée...

Le mode de rémunération à l'activité a subi de nombreuses critiques au cours de notre étude. Ces résultats vont dans le sens de la littérature⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²⁷⁾. Nos résultats montrent qu'il existe un intérêt des

médecins à ne pas voir leurs revenus uniquement basés sur le paiement à l'acte. Ils souhaitent que leur mode de rémunération évolue vers une part majoritaire indépendant de la quantité d'actes réalisés.

En janvier 2019, le gouvernement a présenté les résultats des concertations menées depuis mars 2018⁽²⁸⁾. Le projet « Ma Santé 2022 » prévoit des changements profonds, notamment en termes de rémunération des professionnels de santé. Selon M. Aubert : « *La tarification à l'acte ou à l'activité (doit être) combinée avec d'autres modes de rémunération plus forfaitaire pour garantir à la fois productivité, réactivité, pertinence et suivi préventif des malades chroniques. [...] Cette évolution est logique car il s'agit moins de payer des actes que de suivre, au long cours, des patients* »⁽²⁹⁾. Le gouvernement semble donc vouloir suivre les recommandations internationales en instaurant un paiement combiné.

La part de paiement à l'acte va diminuer, mais restera toujours majoritaire « *pour permettre la réactivité du système et favoriser le temps médical consacré aux patients* »⁽²⁸⁾. Pour l'améliorer, tous les acteurs reconnaissent la nécessité de mettre à jour les différentes nomenclatures médicales (CCAM, GHS, NGAP, NABM). Concernant la question de la revalorisation du montant des actes, le rapport précise qu'il s'agit plutôt de « *répartir ceux-ci différemment afin de mieux financer les actes innovants et les actes les plus utiles aux patients* »⁽²⁸⁾.

Des forfaits compléteront le paiement à l'acte. Ils seront réservés à certaines pathologies chroniques, notamment le diabète. D'autres pathologies devraient être prise en charge ultérieurement.

Le rapport préconise aussi de revoir le système de paiement à la performance⁽³⁰⁾. La part de cette rémunération augmenterait, et serait distinguée en deux branches : un « paiement à la qualité » favorisant la prévention, et un « paiement à la pertinence », « *pour assurer [...] la rémunération des professionnels au regard de leur juste prescription* »⁽³⁰⁾. Les modalités d'application qui interrogeaient les participants de notre étude ne sont pas précisées. Des travaux ont déjà évalué l'efficacité mitigée du paiement à la performance et ont proposé des améliorations^{(31) (32) (33)}.

Enfin, le rapport préconise aussi qu'une partie de la rémunération des médecins favorise « *la structuration et l'appui au travail d'équipe* »⁽²⁸⁾. Il s'agit d'aides financières pour renforcer la modernisation des cabinets (outils numériques, gestions du DMP, télémedecines), pour mener des actions en faveur de l'amélioration de la qualité des pratiques (groupes qualités, RCP...) ou pour valoriser des services rendus à la population (permanence de soins, plages de soins non programmées...). Ainsi, certaines concessions qu'étaient prêts à faire nos participants seront finalement prises en compte financièrement.

Les médecins remplaçants qui ont participé à notre étude ont mis en avant le fait qu'ils ne bénéficiaient pas de la part forfaitaire dans leurs rétrocessions. Ils ne sont rémunérés qu'à l'acte. Le projet de loi « Ma Santé 2022 » ne détaille pas les conditions de rémunération des médecins remplaçants. Comment ces nouvelles modalités de rémunération les impacteront ils ?

4.1.2.... Et une cohabitation des différents modes de rémunération ?

Le Gouvernement a annoncé le recrutement et le financement de 400 médecins généralistes salariés, réservés pour les territoires fragiles⁽³⁴⁾. L'objectif principal est de pallier au manque de médecins dans les zones dites « sous-denses ». Comme le démontrent les échanges au cours de notre étude, tous les médecins ne sont pas prêts à aller dans les « déserts médicaux ». Il serait intéressant d'évaluer ultérieurement l'attrait de ces postes de médecins salariés. Seront-ils tous pourvus ?

Le projet « Ma Santé 2022 » pourrait apporter un nouvel élan à la création de ce type de poste. En effet, cette loi va aussi changer profondément le mode de financement des structures de santé. Celles-ci sont actuellement financées majoritairement par la tarification à l'activité (à hauteur de 63%). L'objectif affiché par le Gouvernement est de diminuer cette part à 50%, d'augmenter la part forfaitaire de 2% à 15%, créer un paiement à la séquence de soins (4%) et à la qualité (2%)⁽²⁸⁾. La Fédération Nationale des Centres de Santé encourage ce changement de mode de financement⁽³⁵⁾ : il permet de valoriser financièrement les prises en charges complexes, la prévention, l'éducation thérapeutique, et de diminuer les actes inutiles. Dans les pays de l'OCDE où les structures de santé sont ainsi financées (Suède, Portugal, mais aussi Royaume-Uni, Pays-Bas), les médecins sont majoritairement payés soit par capitation, soit par un salaire⁽¹³⁾. Nous pouvons donc nous demander si ces nouveaux modes de financement de structures de santé favoriseront la création de postes de médecins généralistes salariés.

La création de postes de médecins salariés pourrait bénéficier d'autres conditions que la restriction aux zones de faible densité médicale. Les participants de notre étude ont mis en évidence plusieurs propositions, notamment la participation obligatoire à la permanence des soins. La poursuite d'entretiens permettrait probablement de recueillir d'autres points de négociation. Il serait alors possible d'établir un contrat « à la carte » au médecin salarié, et de trouver un compromis entre ses attentes et celles du financeur.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

La particularité de ce travail de thèse est d'avoir traité le sujet de la rémunération des médecins généralistes de leur point de vue. Durant nos recherches, nous n'avons pas retrouvé d'études qualitatives qui traitent spécifiquement de ce qu'ils pensent de leur mode de rémunération. A ce titre, nous apportons des informations complémentaires à l'étude quantitative parue en 2011⁽²¹⁾.

Durant toute la durée de l'étude, nous avons respecté la rigueur méthodologique que requiert ce type de recherche qualitative en EGF⁽³⁶⁾. Le recours à une personne ressource lors d'un entretien exploratoire et l'utilisation de la liste de contrôle COREQ⁽²³⁾ nous ont permis de concevoir notre étude sur des bases solides. Le nombre de participants par séance et la durée des discussions respectent les recommandations. Aucune information sur le sujet précis de la thèse n'a été donnée avant le début des entretiens, afin de minimiser le biais de recrutement. L'animatrice était un médecin généraliste, ce qui a permis de favoriser la liberté de parole et de limiter les biais d'information. L'enregistrement vidéo des séances a permis une restitution fidèle des réactions non verbales des participants lors de la

retranscription verbatim. Le double encodage de deux focus groups par deux intervenants extérieurs et indépendants de l'enquête a permis de prendre le recul nécessaire pour l'analyse des données. Le tout permet de garantir la reproductibilité des résultats.

Des faiblesses existent. Du fait des contraintes d'organisation importantes qu'impliquent les EGF, nous nous sommes limités à trois séances. Ce nombre n'est probablement pas suffisant pour atteindre la saturation des données. L'échantillon interrogé n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes. Là aussi, le faible nombre d'entretiens est un facteur expliquant ce biais. Nous pouvons aussi suspecter un biais de recrutement. En effet, recrutée par démarchage, la majorité des participants était issue de connaissances des chercheurs. Enfin, nous ne pouvons éliminer un biais d'interprétation. En effet, l'analyse des résultats d'une étude qualitative est par définition subjective car influencée par le chercheur. La poursuite des EGF semble donc nécessaire.

5. Conclusion

Notre travail de thèse consistait à explorer le ressenti des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération.

L'un des principaux résultats de notre étude montre une convergence entre ce que pensent les médecins généralistes et les données de la littérature : le paiement à l'acte ne peut plus être le seul et unique mode de rémunération des praticiens. Les annonces faites en début d'année 2019 par le gouvernement vont dans ce sens. La création d'un paiement combiné suit les recommandations internationales. Il serait intéressant d'étudier ultérieurement le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette rémunération combinée. Il faudra aussi étudier les effets de ce paiement combiné sur la prévention, l'éducation thérapeutique, et la demande induite.

Un autre résultat de notre étude confirme l'intérêt de certains médecins généralistes pour avoir une rémunération plus fixe. Du fait de la protection sociale intéressante qui lui est associée, le salariat semble être le principal recours vers lequel ils s'orientent. Le gouvernement français vient d'annoncer la création de 400 postes de médecins généralistes salariés pour des zones en sous-densité médicale. Réserver ces postes pour ces zones pourrait permettre, dans une moindre mesure, d'attirer certains médecins. Par ailleurs, les nouvelles modalités de financement des structures de santé prévues par le projet « Ma Santé 2022 » devraient améliorer leur équilibre financier. Cela pourrait favoriser la création de postes de médecins généralistes salariés, et ainsi répondre à une de leurs demandes.



FACULTE DE MEDECINE

SCOLARITE SANTE
BUREAU 3EME CYCLE

NOM et Prénom : MORAUX François-Xavier

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Que pensent les médecins généralistes de leur mode de rémunération ? Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés.


Rennes, le 13/05/2019



J. POIMBOEUF
Le Directeur de thèse

Rennes, le *15/05/2019*

Le Président de jury




Professeur E. BELLISSANT
DOYEN
Faculté de Médecine de Rennes

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le **23 MAI 2019**

Le Président de l'Université de Rennes1



D. ALIS

6. Bibliographie

1. Samson A-L. Comportements d'offre de soins et revenus des médecins généralistes : l'influence de la régulation de la médecine ambulatoire. *Journal d'économie médicale*. 2011;Volume 29(5):247-69.
2. Gonzalez L, Roussel R, Héam J-C, Mikou M. Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé [Internet]. 2018^e éd. DREES; 2018 [cité 21 févr 2019]. 224 p. (Panoramas de la DREES - Santé). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>
3. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. General practitioners remuneration methods : what consequences? *Exercer - La revue francophone de la médecine générale*. 2015;26(119):52-61.
4. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. *Economie & prévision*. 1 nov 2009;(188):131-9.
5. Liddy C, Singh J, Kelly R, Dahrouge S, Taljaard M, Younger J. What is the impact of primary care model type on specialist referral rates? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 3 févr 2014;15:22.
6. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Economics*. 2003;12(9):741-54.
7. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. *Revue économique*. 2004;Vol. 55(5):901-22.
8. Gerdtham UG, Jönsson B, MacFarlan M, Oxley H. The determinants of health expenditure in the OECD countries : a pooled data analysis. *Dev Health Econ Public Policy*. 1998;6:113-34.
9. Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar A. The Effect of Capitated Financing on Mental Health Services for Children and Youth : The Colorado Experience. *American Journal of Public Health*. 18 janv 2001;90(12):1861-5.
10. Sorbero ME, Dick AW, Zwanziger J, Mukamel D, Weyl N. The Effect of Capitation on Switching Primary Care Physicians. *Health Serv Res*. févr 2003;38(1 Pt 1):191-209.
11. Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Economics*. 2000;9(3):199-210.
12. Sarma S, Devlin RA, Belhadji B, Thind A. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy*. déc 2010;98(2-3):203-17.
13. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. *Les Tribunes de la sante*. 29 oct 2013;n° 40(3):45-52.
14. Brosig-Koch J, Hennig-Schmidt H, Kairies-Schwarz N, Wiesen D. The Effects of Introducing Mixed Payment Systems for Physicians : Experimental Evidence. *Health Economics*. 2017;26(2):243-62.
15. OCDE - Organisation de Coopération et de Développement Economique. The OECD Health Project, Books - Towards High-Performing Health Systems : Policy Studies [Internet]. OCDE publications; 2004 [cité 25 mars 2018]. 332 p. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/passerelle.univ-rennes1.fr/social-issues-migration-health/towards-high-performing-health-systems_9789264015609-en
16. Palier B. La réforme des systèmes de santé - Chapitre premier - Le développement des systèmes de santé [Internet]. Presses Universitaires de France; 2017 [cité 19 mai 2019]. 128 p. (Que sais-

- je?). Disponible sur: <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/la-reforme-des-systemes-de-sante--9782130787068-page-7.htm>
17. Histoire - Les grandes dates de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) [Internet]. <http://www.csmf.org>. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/histoire>
 18. Suhard V. Historique des conventions médicales - Synthèse documentaire [Internet]. IRDES - Institut de Recherche et de Documentation en économie de la santé; 2018 [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
 19. Tout, vous saurez tout sur les forfaits [Internet]. Syndicat MGFrance. 2018 [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1839-tout-vous-saurez-tout-sur-les-forfaits>
 20. MOURGUES J-M. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2018 [Internet]. CNOM; 2018 [cité 21 févr 2019] p. 165. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
 21. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? General practitioners : what do they think of their remuneration? Revue française des affaires sociales. 16 déc 2011;(2):123-55.
 22. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2010 2011 [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
 23. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.
 24. INSEE. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. 2016 [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
 25. Santé M des S et de la. Stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/>
 26. Chantier n°2 : Repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante/article/chantier-no2-repenser-les-modes-de-remuneration-de-financement-et-de-regulation>
 27. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 24 avr 2009;(5):144-58.
 28. Aubert J-M. Réforme des modes de financement et de régulation : Vers un modèle de paiement combiné [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2019 janv [cité 22 avr 2019] p. 48. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-reforme-des-modes-de-financement-et-de-regulation>
 29. Aubert J-M. Modes de financement et de régulation [Internet]. DREES; 2018 oct [cité 22 avr 2019] p. 16. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/modes-de-financement-et-de-regulation>
 30. Aubert - 2019 - Réforme des modes de financement et de régulation .pdf.

31. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *NEJM*. 23 juill 2009;(361):368-78.
32. Da Silva N. Motivation et performance des médecins. Un examen de la littérature empirique. In: Richez-Battesti N, Gianfaldoni F, Gianfaldoni P, éditeurs. *Travail, Organisations et Politiques Publiques : "Quelle « Soutenabilité » à l'Heure de la Mondialisation ? Actes des XXXIIème journées de l'Association d'Economie Sociale* [Internet]. Presses Universitaires de Louvain; 2012 [cité 30 avr 2019]. p. 577-695. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01480872>
33. Roland M, Dudley RA. How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care. *Health Services Research*. 2015;50(S2):2090-115.
34. Renforcer la présence médicale dans les zones en tension [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/renforcer-la-presence-medicale-dans-les-zones-en-tension>
35. Institut Jean François REY : Paiement au forfait ? Enfin ! [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. 2019 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/institut-jean-francois-rey-paiement-au-forfait-enfin>
36. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J*. mars 2008;49(3):256-60; quiz 261.

Glossaire

EGF : Entretien de Groupe Focalisé

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

DMP : Dossier Médical Partagé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

GHS : Groupe Homogène de Séjour

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

Annexe 1⁽¹³⁾

Tableau 1. Modes prédominants de rémunération des institutions dispensant des soins primaires et des médecins qui y travaillent dans vingt-trois pays de l'OCDE (source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE 2012).

Type d'institution prédominante pour les soins primaires	Liste des pays	Paiement des institutions					Paiement des médecins				
		Budget global	Capitation	À l'acte	À la performance	Autre	Salaire	Capitation	À l'acte	Autre (dont perform.)	
Médecins en pratique individuelle	Allemagne* Autriche* Belgique* Corée* France* Grèce* Rép. tchèque* Suisse*							X	X	X	X
Centres publics	Espagne Finlande Islande Portugal Suède	X X X	X X X		X X		X X X X	X			X
Cabinets de groupe privés avec médecins et autres professionnels	Australie Danemark Irlande Norvège N.-Zélande Pays-Bas* Royaume-Uni Pologne*		X X X X X X	X X	X X X		X	X X X X	X X X	X X	X X
Cabinets de groupe avec médecins seuls	Canada Italie		X X	X		X		X	X X		X

*Pays avec système d'assurance maladie (par opposition aux systèmes nationaux de santé).

Annexe 2 : Grille d'entretien du focus group 1

Guide d'entretien de focus group : Que pensent les médecins généralistes de leur mode de rémunération ?

Introduction :

« Je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous sommes tous très reconnaissants du temps que vous nous accordez. Nous sommes très heureux d'être ici avec vous pour échanger sur notre profession.

Nous allons discuter aujourd'hui de ce que vous pensez de l'état actuel de la pratique de la médecine générale. Nous avons choisi la méthode de focus group, car cette technique basée sur la dynamique de groupe permet d'échanger, de recueillir au mieux vos perceptions et aspirations, de faire émerger différents points de vue et d'apporter des solutions qui sont difficilement imaginables seules. Pour ce thème, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des avis, différents ou convergents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Le but est que tout le monde puisse s'exprimer librement.

Pour des questions pratiques et méthodologiques, nous devons enregistrer ces entretiens ; ainsi, nous ne négligerons aucune de vos idées. Ne vous inquiétez pas, les retranscriptions de ces discussions seront anonymisées, puis détruites à la fin de l'étude. Personne d'autre que vous ne saura qui a dit quoi durant ces focus groups. Soyez assurés de la confidentialité de ces entretiens. Pour faciliter la discussion, je vous demande de lever la main avant de parler, de parler assez fort, et une seule personne à la fois. »

Les sujets à explorer durant les focus groups sont :

- Présentation des organisateurs et des participants :
 - o Identité : Nom, prénoms, âge, sexe.
 - o Parcours professionnel : Université de formation, parcours initial jusqu'à ce jour
 - Explorer si certains participants ont pu essayer différents modes de rémunération durant leur carrière
 - o Type d'activité expérimenté jusqu'à présent : salariat principalement, mais expérience du remplacement ? >> recrutement d'internes de 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} semestre
 - Explorer l'expérience des internes concernant les modes de rémunération
- Que pensent les MG de la / leur pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste font-ils à ce jour ?
 - o Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui à trait au mode de rémunération des médecins généralistes
- Faire le point sur les connaissances des internes concernant les différents modes de rémunération de la médecine générale :
 - o Paiement à l'acte, salariat, capitation, mais aussi mixte, paiement à la performance, forfait...
 - o Permet aux participants d'échanger et de mettre à niveau leurs connaissances sur le sujet... et d'imaginer ensuite différentes rémunérations mixtes par exemple
- Comment les internes envisagent-ils leur futur mode de rémunération ?
 - o Idée précise ou non de leur future mode de rémunération ? Souhait de pouvoir essayer différents modes de rémunération ?
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunérations sur le plan personnel
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunération sur le plan sociétale (demande induite, diminution de la productivité...)
 - o Influence de leur mode de rémunération sur leur pratique :
 - Leur productivité
 - Leur temps de consultations
 - Leur revenu
 - La réalisation de certains actes (sutures) / consultations (prévention)
- Explorer les souhaits des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération :
 - o Souhait d'exercer dans un mode de rémunération qui n'est pas proposé en France
 - o Souhait de changer de mode de rémunération (vers l'un ou l'autre)
 - o Possibilité de choisir facilement un mode rémunération, avoir le choix à tout moment de leur carrière ; lesquels, pourquoi
- Les internes seraient-ils prêts à faire certaines concessions en échange de la possibilité d'exercer selon le mode de rémunération souhaité ?
 - o Distances domicile-lieu de consultation, lieu d'installation, vacances
 - o Participation obligatoire au service de garde
 - o Autres...

Accueil des participants, introduction du focus group	
<ul style="list-style-type: none"> - Introduction - Présentation du modérateur, de l'observateur - Explication du focus group 	
Questions de base	Exploration / Relance
Présentation	
1. Tout d'abord, nous allons commencer par nous présenter. Je commence, et ensuite nous ferons un tour de table. (Quels sont vos nom, prénom, âge ?) Racontez-nous, en quelques phrases, votre formation et votre parcours professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> - Identité - Formation - Types d'activités : libéral, salariat, mixte... et à quel moment Activité non médicale annexe (hypnose, acupuncture, homéopathie...)
Question générale d'ouverture	
2. Que pensez-vous de la / votre pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste faites-vous à ce jour ?	- Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui à trait au mode de rémunération des médecins généralistes
Evaluations des connaissances des internes sur les modes de rémunération de la MG	
3. Quels sont les autres modes de rémunérations des médecins généralistes que vous connaissez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Paiement à l'acte, salariat, capitation, - Rémunération mixte Si oubli / manque d'un mode de rémunération connu, compléter
Réflexion sur les modes de rémunérations, les souhaits, aspirations et possibilités	
4. Quel serait, selon vous, votre mode de rémunération idéal ? Pourquoi ? (Ou) Dans quel(s) mode(s) de rémunération souhaiteriez-vous exercer la médecine générale plus tard ? Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> - Mode unique de rémunération - Si rémunération mixte, lesquels et en quelles proportions ? (ex : 50% salarié, 50% P2A) Explorer les avantages et inconvénients des modes de rémunération que les internes rapportent.
5. Souhaiteriez-vous avoir le choix, à n'importe quel moment de votre carrière, entre tel ou tel mode de rémunération ? (Ou) Souhaiteriez-vous pouvoir adapter votre mode de rémunération, en fonction des évolutions de votre vie (professionnelle/personnelle) ? (Ou) Seriez-vous favorable à avoir le choix entre différents modes de rémunération à tout moment de votre carrière ? Lesquels ? Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il une demande de la part des internes d'avoir le choix parmi différents modes de rémunération ? - Lesquels seraient privilégiés ? - Pourquoi ?
6. Seriez-vous prêts à faire des concessions sur votre pratique contre la possibilité d'exercer selon votre mode de rémunération souhaité ? Par exemple, certaines personnes ont envisagé la possibilité de consulter dans des communes plus éloignées dans le cadre du salariat ? D'autres personnes sont prêtes à avoir une perte de revenu contre certains avantages, ou au contraire un gain de salaire contre quelques inconvénients. Lesquelles ?	- Explorer l'influence que pourrait avoir un mode de rémunération choix

Annexe 3 : Grille d'entretien du focus group 2, modifiée à la suite du focus group 1

Guide d'entretien de focus group : Que pensent les médecins généralistes de leur mode de rémunération ?

Introduction :

« Je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous sommes tous très reconnaissants du temps que vous nous accordez. Nous sommes très heureux d'être ici avec vous pour échanger sur notre profession.

Nous allons discuter aujourd'hui de ce que vous pensez de l'état actuel de la pratique de la médecine générale. Nous avons choisi la méthode de focus group, car cette technique basée sur la dynamique de groupe permet d'échanger, de recueillir au mieux vos perceptions et aspirations, de faire émerger différents points de vue et d'apporter des solutions qui sont difficilement imaginables seules. Pour ce thème, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des avis, différents ou convergents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Le but est que tout le monde puisse s'exprimer librement.

Pour des questions pratiques et méthodologiques, nous devons enregistrer ces entretiens ; ainsi, nous ne négligerons aucune de vos idées. Ne vous inquiétez pas, les retranscriptions de ces discussions seront anonymisées, puis détruites à la fin de l'étude. Personne d'autre que vous ne saura qui a dit quoi durant ces focus groups. Soyez assurés de la confidentialité de ces entretiens. Pour faciliter la discussion, je vous demande de lever la main avant de parler, de parler assez fort, et une seule personne à la fois. »

Les sujets à explorer durant les focus groups sont :

- Présentation des organisateurs et des participants :
 - o Identité : Nom, prénoms, âge, sexe.
 - o Parcours professionnel : Université de formation, parcours initial jusqu'à ce jour
 - Explorer si certains participants ont pu essayer différents modes de rémunération durant leur carrière
 - o Type d'activité actuelle : médicale et annexe, MSU, PMI, ...
 - Explorer le mode de rémunération actuel, et s'il en existe plusieurs
- Que pensent les MG de la / leur pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste font-ils à ce jour ?
 - o Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui a trait au mode de rémunération des médecins généralistes
- Que pensent les MG de leur mode de rémunération ? Sur quels points, et à quel point pensez-vous que votre mode de rémunération influence votre pratique de la médecine générale ?
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunérations sur le plan personnel
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunération sur le plan sociétale (demande induite, diminution de la productivité...)
 - o Influence de leur mode de rémunération sur leur pratique :
 - Leur productivité
 - Leur temps de consultations
 - Leur revenu
 - La réalisation de certains actes (sutures) / consultations (prévention)
- Faire le point sur les connaissances des MG quant aux différents modes de rémunérations qui existent :
 - o Paiement à l'acte, salariat, capitation, mais aussi mixte, paiement à la performance, forfait...
 - o Permet aux participants d'échanger et de mettre à niveau leurs connaissances sur le sujet... et d'imaginer ensuite différentes rémunérations mixtes par exemple
- Explorer les souhaits des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération :
 - o Souhait d'exercer dans un mode de rémunération qui n'est pas proposé en France
 - o Souhait de changer de mode de rémunération (vers l'un ou l'autre)
 - o Possibilité de choisir facilement un mode rémunération, avoir le choix à tout moment de leur carrière ; lesquels, pourquoi
- Les MG seraient-ils prêts à faire certaines concessions en échange de la possibilité d'exercer selon le mode de rémunération souhaité ?
 - o Distances domicile-lieu de consultation
 - o Participation obligatoire au service de garde
 - o Vacances
 - o Autres...

Accueil des participants, introduction du focus group	
<ul style="list-style-type: none"> - Introduction - Présentation du modérateur, de l'observateur - Explication du focus group 	
Questions de base	Exploration / Relance
Présentation	
1. Tout d'abord, nous allons commencer par nous présenter. Je commence, et ensuite nous ferons un tour de table. (Quels sont vos nom, prénom, âge ?) Racontez-nous, en quelques phrases, votre formation et votre parcours professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> - Identité - Formation - Types d'activités : libéral, salariat, mixte... et à quel moment Activité non médicale annexe (hypnose, acupuncture, homéopathie...)
Question générale d'ouverture	
2. Que pensez-vous de la / votre pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste faites-vous à ce jour ?	- Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui à trait au mode de rémunération des médecins généralistes
Avis des MG sur leur mode de rémunération actuel	
3. Que pensez-vous de votre mode de rémunération actuel ? Sur quels points et à quel point pensez-vous que votre mode de rémunération influence votre pratique de la médecine générale ?	<ul style="list-style-type: none"> - avantages personnels / sociétaux - inconvénient personnels / sociétaux - efficacité - influence du mode de rémunération sur la pratique actuelle du médecin - rebondir sur ce le mode de rémunération « n'influence pas » selon les intervenants (réponse inverse)
4. Quels sont les autres modes de rémunérations des médecins généralistes que vous connaissez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Paiement à l'acte, salariat, capitation, - Rémunération mixte Si oubli / manque d'un mode de rémunération connu, compléter
Réflexion sur les modes de rémunérations, les souhaits, aspirations et possibilités	
5. Que souhaiteriez-vous que votre mode de rémunération prenne en compte dans votre pratique ? Sous quelle forme de rémunération ? (fixe, forfait...). Imaginez votre mode de rémunération idéal	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les souhaits des MG concernant leur mode de rémunération, ce qu'ils en attendent. - laisser libre cours aux idées - si pas de réponse, proposer : « par exemple, certains ont déjà parlé d'avoir une part de rémunération fixe majoritaire, comme un salaire, avec une touche de paiement à l'acte pour « stimuler » la productivité ».
6. Seriez-vous prêts à faire des concessions sur votre pratique contre la possibilité d'exercer selon votre mode de rémunération souhaité ? Par exemple, certaines personnes ont envisagé la possibilité de consulter dans des communes plus éloignées dans le cadre du salariat ? D'autres personnes sont prêtes à avoir une perte de revenu contre certains avantages, ou au contraire un gain de salaire contre quelques inconvénients. Lesquelles ?	- Explorer l'influence que pourrait avoir un mode de rémunération choix

Annexe 4 : Grille d'entretien du focus group 3, modifiée à la suite des focus groups 1 et 2

Guide d'entretien de focus group : Que pensent les médecins généralistes de leur mode de rémunération ?

Introduction :

« Je tiens à vous remercier d'être venus. Nous vous sommes tous très reconnaissants du temps que vous nous accordez. Nous sommes très heureux d'être ici avec vous pour échanger sur notre profession.

Nous allons discuter aujourd'hui de ce que vous pensez de l'état actuel de la pratique de la médecine générale. Nous avons choisi la méthode de focus group, car cette technique basée sur la dynamique de groupe permet d'échanger, de recueillir au mieux vos perceptions et aspirations, de faire émerger différents points de vue et d'apporter des solutions qui sont difficilement imaginables seules. Pour ce thème, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des avis, différents ou convergents. Il n'est pas nécessaire non plus de parvenir à un consensus. Le but est que tout le monde puisse s'exprimer librement.

Pour des questions pratiques et méthodologiques, nous devons enregistrer ces entretiens ; ainsi, nous ne négligerons aucune de vos idées. Ne vous inquiétez pas, les retranscriptions de ces discussions seront anonymisées, puis détruites à la fin de l'étude. Personne d'autre que vous ne saura qui a dit quoi durant ces focus groups. Soyez assurés de la confidentialité de ces entretiens. Pour faciliter la discussion, je vous demande de lever la main avant de parler, de parler assez fort, et une seule personne à la fois. »

Les sujets à explorer durant les focus groups sont :

- Présentation des organisateurs et des participants :
 - o Identité : Nom, prénoms, âge, sexe.
 - o Parcours professionnel : Université de formation, parcours initial jusqu'à ce jour
 - Explorer si certains participants ont pu essayer différents modes de rémunération durant leur carrière
 - o Type d'activité actuelle : médicale et annexe, MSU, PMI, ...
 - Explorer le mode de rémunération actuel, et s'il en existe plusieurs
- Que pensent les MG de la / leur pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste font-ils à ce jour ?
 - o Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui a trait au mode de rémunération des médecins généralistes
- Que pensent les MG de leur mode de rémunération ? Sur quels points, et à quel point pensez-vous que votre mode de rémunération influence votre pratique de la médecine générale ?
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunérations sur le plan personnel
 - o Avantages et inconvénients du mode de rémunération sur le plan sociétale (demande induite, diminution de la productivité...)
 - o Influence de leur mode de rémunération sur leur pratique :
 - Leur productivité
 - Leur temps de consultations
 - Leur revenu
 - La réalisation de certains actes (sutures) / consultations (prévention)
- Faire le point sur les connaissances des MG quant aux différents modes de rémunérations qui existent :
 - o Paiement à l'acte, salariat, capitation, mais aussi mixte, paiement à la performance, forfait...
 - o Permet aux participants d'échanger et de mettre à niveau leurs connaissances sur le sujet... et d'imaginer ensuite différentes rémunérations mixtes par exemple
- Explorer les souhaits des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération :
 - o Souhait d'exercer dans un mode de rémunération qui n'est pas proposé en France
 - o Souhait de changer de mode de rémunération (vers l'un ou l'autre)
 - o Possibilité de choisir facilement un mode rémunération, avoir le choix à tout moment de leur carrière ; lesquels, pourquoi
- Les MG seraient-ils prêts à faire certaines concessions en échange de la possibilité d'exercer selon le mode de rémunération souhaité ?
 - o Distances domicile-lieu de consultation
 - o Participation obligatoire au service de garde
 - o Vacances
 - o Autres...

Accueil des participants, introduction du focus group	
<ul style="list-style-type: none"> - Introduction - Présentation du modérateur, de l'observateur - Explication du focus group 	
Questions de base	Exploration / Relance
Présentation	
1. Tout d'abord, nous allons commencer par nous présenter. Je commence, et ensuite nous ferons un tour de table. (Quels sont vos nom, prénom, âge ?) Racontez-nous, en quelques phrases, votre formation et votre parcours professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> - Identité - Formation - Types d'activités : libéral, salariat, mixte... et à quel moment Activité non médicale annexe (hypnose, acupuncture, homéopathie...)
Question générale d'ouverture	
2. Que pensez-vous de la / votre pratique de la médecine générale aujourd'hui ? Quel « état des lieux » de la profession de médecin généraliste faites-vous à ce jour ?	- Question très large, le but étant de rebondir sur tout ce qui à trait au mode de rémunération des médecins généralistes
Avis des MG sur leur mode de rémunération actuel	
7. Que pensez-vous de votre mode de rémunération actuel ? Sur quels points et à quel point pensez-vous que votre mode de rémunération influence votre pratique de la médecine générale ?	<ul style="list-style-type: none"> - avantages personnels / sociétaux - inconvénient personnels / sociétaux - efficacité - influence du mode de rémunération sur la pratique actuelle du médecin - rebondir sur ce le mode de rémunération « n'influence pas » selon les intervenants (réponse inverse)
8. Quels sont les autres modes de rémunérations des médecins généralistes que vous connaissez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Paiement à l'acte, salariat, capitation, - Rémunération mixte Si oubli / manque d'un mode de rémunération connu, compléter
Réflexion sur les modes de rémunérations, les souhaits, aspirations et possibilités	
5. Que souhaiteriez-vous que votre mode de rémunération prenne en compte dans votre pratique ? Sous quelle forme de rémunération ? (fixe, forfait...). Imaginez votre mode de rémunération idéal / Comment aimeriez-vous être rémunéré ?	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher les souhaits des MG concernant leur mode de rémunération, ce qu'ils en attendent. - laisser libre cours aux idées - si pas de réponse, proposer : « par exemple, certains ont déjà parler d'avoir une part de rémunération fixe majoritaire, comme un salaire, avec une touche de paiement à l'acte pour « stimuler » la productivité ».
10. Seriez-vous prêts à faire des concessions sur votre pratique contre la possibilité d'exercer selon votre mode de rémunération souhaité ? Par exemple, certaines personnes ont envisagé la possibilité de consulter dans des communes plus éloignées dans le cadre du salariat ? D'autres personnes sont prêtes à avoir une perte de revenu contre certains avantages, ou au contraire un gain de salaire contre quelques inconvénients. Lesquelles ?	- Explorer l'influence que pourrait avoir un mode de rémunération choix

Annexe 5 : Formulaire d'information et de consentement**Formulaire d'information et de consentement :****I) Invitation à participer à un projet de thèse :**

En tant qu'interne de médecine générale et avec le département de médecine générale de Rennes, je réalise un travail de thèse sur l'état actuel de l'exercice de la médecine générale.

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à ce travail qui a pour objectif de recueillir vos impressions, votre ressenti par rapport à ces stages pour mieux répondre aux besoins des internes lors de leur formation.

Votre participation à ce travail est libre et volontaire.

Il est important de bien comprendre l'objectif de ce travail, n'hésitez pas à poser des questions.

II) Déroulement du travail :

Vous êtes invités ce jour à participer à un *Focus Group* (groupe de discussion) avec d'autres internes de médecine générale de la faculté de Rennes.

D'autres *Focus Group* seront réalisés dans les prochains mois avec d'autres internes de médecine générale de différents semestres.

L'ensemble de la séance sera enregistré et filmé.

La totalité de vos propos sera ensuite retranscrite mot à mot puis analysée afin d'en sortir les grandes thématiques.

III) Confidentialité :

Tous les renseignements obtenus pour ce travail de thèse seront confidentiels. Pour ce faire, ces renseignements seront codés et anonymisés.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés ou communiqués mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

Les enregistrements seront détruits à la fin du travail de thèse.

IV) Consentement :

Je, soussigné, (NOM Prénom) _____, né le ____ / ____ / _____, Interne / Médecin généraliste (rayer la mention inutile), atteste que :

- La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués.
- J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu.

Après réflexion, j'accepte de participer à ce travail de thèse et j'autorise l'équipe de recherche à exploiter mes propos.

Fait à

Le

Signature

Annexe 6 : Caractéristiques des participants des focus groups

	Pseudonyme	Age (années)	Sexe	Lieu d'exercice*	Expérience professionnelle	Mode d'exercice actuel
EGF 1 (1h55min27s)	Dr 1	27	H	Urbain	Interne	SASPAS
	Dr 2	27	F	Urbain	Interne	SASPAS
	Dr 3	27	F	Urbain	Interne	SASPAS
	Dr 4	29	H	Urbain	Remplaçant non thésé	Médecine générale libérale
	Dr 5	37	H	Urbain	Remplaçant non thésé	Médecine générale libérale
	Dr 6	28	H	Urbain	Remplaçant non thésé	mi-temps MG libérale mi-temps hospitalier
	Dr 7	31	F	Urbain	Remplaçant non thésé	Médecine générale libérale
EGF 2 (2h21min50s)	Dr 8	30	F	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 9	29	F	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 10	28	H	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 11	32	H	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 12	30	H	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 13	31	F	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale Planning familial
	Dr 14	27	H	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
	Dr 15	31	F	Urbain	Remplaçant thésé	Médecine générale libérale
EGF 3 (2h50min36s)	Dr 16	31	H	Urbain	Installé < 2 ans	Médecine générale libérale
	Dr 17		F			
	Dr 18	34	F	Urbain	Installé < 1 ans	Médecine générale libérale
	Dr 19	36	H	Urbain	Installé > 2 ans	Médecine générale libérale
	Dr 20	50	H	Urbain	Installé > 10 ans Actuellement remplaçant	Médecine générale libérale
	Dr 21	44	F	Urbain	Installé > 2 ans	Médecine générale libérale
	Dr 22	31	H	Urbain	Installé > 2 ans	Médecine générale salariée

* : Définition de l'INSEE

Nombre de participants	22	
Moyenne d'âge	30,45	Min : 27 Max : 50
Répartition H/F	12/10	54,5% / 45,6%

Moraux François-Xavier – Que pensent les médecins généralistes de leur mode de rémunération ? Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés

37 feuilles., 1 tableau, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Introduction : La rémunération des médecins généralistes est un paramètre important des systèmes de santé. De nombreuses publications recommandent de mettre en place des rémunérations différentes au sein d'un même pays pour rendre plus efficaces les soins prodigués par les professionnels. En France, les médecins généralistes sont encore majoritairement payés à l'acte.

Objectif : L'objectif était d'étudier les opinions des médecins généralistes concernant leur mode de rémunération et son devenir.

Méthode : Une étude qualitative en entretiens de groupes focalisés a été réalisée auprès d'internes et de médecins généralistes entre juin et novembre 2018. Echantillonnage raisonné parmi les internes et médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, et analyse inductive des verbatims par double codage indépendant.

Résultats : Vingt-deux participants ont été répartis en trois groupes (internes et médecins non thésés, médecins remplaçants, médecins installés). Ils étaient globalement satisfaits de leur niveau de rémunération. Le paiement à l'acte a été critiqué pour son effet de demande induite et son rapport trop étroit à l'argent. L'amélioration de la nomenclature et des remboursements était souhaité. Les forfaits étaient globalement appréciés. Le salariat était plébiscité pour sa rémunération fixe sécurisante et sa protection sociale associée. La ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) soulevait des inquiétudes. La capitation était peu connue. Des concessions pour améliorer la rémunération ont été proposées.

Discussion/Conclusion : Il y a convergence entre les souhaits des participants et les recommandations internationales : le paiement à l'acte ne peut plus être le seul mode de rémunération des médecins généralistes. Une partie des médecins souhaite être salariés. Les annonces faites par le gouvernement en janvier 2019 dans le plan « Ma Santé 2022 » vont dans ce sens en modifiant la rémunération des médecins ambulatoires et des structures de santé. Une évaluation ultérieure de ces mesures sera nécessaire pour étudier les effets de ce nouveau paiement combiné. Ces mesures pourraient aussi favoriser la création de postes de médecins généralistes salariés.

Rubrique de classement : Economie de la santé

Mots-clés : Rémunération / Médecin Généraliste / Paiement à l'acte / Salariat

Mots-clés anglais MeSH : Remuneration / General Practitioner / Fee-for-service Plan / Salary

Président : Monsieur le Professeur Eric Bellissant, Doyen de la Faculté de Médecine de Rennes

JURY : Assesseurs :
 Monsieur le Professeur Alain Leguerrier, Président de l'Ordre des médecins d'Ille-et-Vilaine
 Monsieur le Professeur Eric Méner, Directeur du département de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Rennes
 Monsieur le Docteur Julien Poinboeuf, Chef de Clinique Universitaire, Directeur de thèse