



HAL
open science

Identification des freins et moteurs à l'élargissement du programme "Médecin Traitant Renforcé" aux maisons médicales des Hauts-de-France : "alternative au paiement à l'acte"

Thomas Pierre

► To cite this version:

Thomas Pierre. Identification des freins et moteurs à l'élargissement du programme "Médecin Traitant Renforcé" aux maisons médicales des Hauts-de-France : "alternative au paiement à l'acte". Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04461899

HAL Id: dumas-04461899

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04461899>

Submitted on 16 Feb 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

Année 2023

N° 2023 - 190

**Identification des freins et moteurs à l'élargissement
du programme « Médecin Traitant Renforcé » aux
maisons médicales des Hauts-de-France**

« Alternative au paiement à l'acte »

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre
2023 à 18h

Par PIERRE Thomas

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur HAVET Eric

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur CONSTANS Jean-Marc

Monsieur le Professeur SCHMIDT Jean

Monsieur le Docteur HUGUIER Romain

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Philippe TREHOU

Remerciements

À Monsieur le Professeur Eric HAVET,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anatomie – Chirurgie orthopédique

Assesseur en charge des formations

Vice-Doyen

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté de présider ma thèse.

Je garde un souvenir nostalgique de vos cours d'anatomie en première année de médecine et votre présence le jour de ma soutenance de thèse, qui représente la fin de mes études, revêt à cet égard une signification particulière.

À Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS,

Responsable du centre d'activité de Neuroradiologie

Coreponsable de l'équipe Universitaire CHIMERE

Coordonnateur du DES d'Imagerie Médicale

Responsable Médical et de la recherche clinique sur l'IRM de recherche du GIE Faire Faces

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Radiologie et Imagerie médicale)

Pôle Imagerie

Recevez tous mes remerciements pour l'attention que vous avez porté à mon sujet de thèse et pour avoir aimablement accepté de juger mon travail.

À Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Je souhaite vous exprimer ma sincère gratitude pour avoir accepté de prendre de votre temps pour porter un regard sur mon travail et de faire partie de mon jury.

Merci pour les connaissances que vous m'avez transmises à travers vos cours pendant l'externat.

À Monsieur le Docteur Philippe TREHOU,

Maître de Stage Universitaire

Spécialiste en médecine générale

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse, de l'ensemble de l'aide que vous m'avez apporté pour celle-ci et surtout de la patience que vous avez eu avec moi.

Je tiens également à vous exprimer ma gratitude pour votre compagnonnage en tant qu'interne, adjoint et bientôt successeur. J'espère être à la hauteur de vos attentes et de votre confiance.

À Monsieur le Docteur Romain HUGUIER,

Spécialiste en médecine générale

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, en tant que confrère et surtout en tant qu'ami.

Ta pratique, ta rigueur et ton sens de l'organisation sont une source d'inspiration pour moi. Je te suis reconnaissant de m'avoir accepté à Guise en tant que membre de l'équipe (de sport).

Aux **cabinets IPSO Santé**, en particulier à **Simon CHAMPETIER** et **Marie BENQUE**,

Merci d'avoir accepté que je réalise une thèse en rapport avec l'expérimentation « Médecin Traitant Renforcé » et de m'avoir fait confiance en me laissant carte blanche à la réalisation de celle-ci. Merci du temps que vous m'avez accordé. J'espère que les résultats de ce travail de recherche vous seront utiles.

À l'ensemble des médecins ayant participé à ma thèse,

Indépendamment de mon travail de thèse, j'ai pris beaucoup de plaisir à faire votre connaissance et à entendre vos témoignages. Merci du temps que vous m'avez accordé.

À **mes parents**,

Parce que rien n'aurait été possible sans vous. Je vous suis reconnaissant de m'avoir poussé, de m'avoir accompagné et de m'avoir supporté avec bienveillance tout au long de ces années. Je ne vous en remercierai jamais assez.

Je vous aime.

Néanmoins, il était nécessaire d'inclure dans ma thèse le constat suivant : Mes cours de latin n'ont été d'aucune utilité.

À **Imane**, ma merveilleuse compagne,

Il est difficile de trouver les mots justes pour toi. J'aime les pyjamas moches que tu portes quand il fait froids. J'aime ta capacité à garder les boites vides, de toutes sortes, alors que l'on n'a rien à ranger dedans. J'aime quand tu dors au bord du lit et que tu me dis que j'ai pris toute la place. J'aime te cuisiner des petits plats et j'aime quand tu t'énerves. J'aime aussi quand tu me racontes ta journée mais que, sans te le dire, je ne comprends rien à ta spécialité. Voilà, maintenant tu sais pourquoi je t'aime.

À ma sœur **Morgane**, mon beau-frère **Alexandre** et ma nièce **Lola**,

À **mes grands-parents**, et **au reste de ma famille**,

À **Juliette**,

Que de chemin parcouru depuis notre rencontre en tant qu'externes en cardiologie. Nul doute que tu as eu une bonne influence sur ma pratique médicale, il suffit de regarder mes pantalons pour se rendre compte que je respecte maintenant toutes les recommandations de bonne pratique. Merci de m'avoir enrôlé dans la mafia de Guise, ce fut une opportunité enrichissante. J'espère que tu trouveras la force de continuer à me supporter pour les années à venir.

À l'ensemble des services de l'**hôpital de Noyon**, où j'ai passé quatre semestres de mon internat, avec une mention spéciale :

- Au **Docteur Mohamed TARZOUT** et à l'ensemble de l'équipe du service des **urgences**.
- Au **Docteur François MERLETTE** et à toute l'équipe de **médecine polyvalente**.
- Au **Docteur Valérie LEDOUX** et à l'ensemble du **SSR gériatrique**.

- À mes co-internes, **Kenza** et **Simon**, avec qui j'ai partagé des semestres différents là-bas et qui ont chacun participé à les rendre mémorables.

Mon internat passé en votre compagnie restera gravé dans ma mémoire.

Au **Docteur Séverine FILLATRE** et à l'ensemble de la **maison médicale de Nesle**. Un grand merci pour avoir été ma tutrice et de m'avoir introduit dans le monde du remplacement.

Au **Docteur Aimeric LEFETZ** et à l'ensemble de la **maison médicale de Sinceny**. Merci d'avoir été mon maître de stage et de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet.

À mes amis **Vincent, Agathe, Christophe, Lucas, Chloé, Samantha** et **Jérôme**.

À mes amis **Arthur, Coralie, Fred** et **Kevin**.

À mon ami **Quentin**.

À mon amie **Kelly**.

Et à tous les autres, amis d'hier et de demain.

Table des Matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	6
INDEX DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	10
I. Démographie de la médecine générale en France	10
II. Les différents modèles de rémunération des médecins généralistes de ville français	11
A. Le modèle de rémunération libéral	11
B. Le modèle de rémunération salariale	16
III. Le programme « Médecin Traitant Renforcé »	17
A. « Article 51 » : Cadre de l'expérimentation	17
B. Le concept de l'expérimentation	18
C. Les objectifs du programme	22
IV. Objectifs de la thèse	22
MATERIEL ET METHODES	24
I. Choix du type d'étude	24
II. Échantillon	24
III. Recueil et transcription des données	26
RESULTATS : LES FREINS	29
I. Nature expérimentale du programme	29
II. Liés à l'application	30
A. Liés à la mise en place du programme	30
B. Liés aux autres soignants	31
III. Liés à la capitation	33
A. Absence de chiffre de rémunération	33
B. Des mécaniques du forfait pouvant poser un problème	34
IV. Sentiment de dépendance vis-à-vis de la CPAM et de l'État	38
A. Sentiment de perte de liberté	38
B. Sentiment de dépendance par rapport à leur rémunération	38
C. Peur d'une modification des règles	41
V. Liés à l'exercice de groupe / à la délégation	43
A. Absence de personnel et de local adapté	43
B. Rôle de « chef d'entreprise »	44
C. Cas plus lourd	45
D. Perte de lien humain	46
VI. Liés aux patients	48
A. Imposition du système aux patients	48
B. Gratuité des soins	48

RESULTATS : LES MOTEURS	51
I. Liés à la rémunération	51
A. Attentes d'augmentation	51
B. Insatisfaction du modèle actuel	52
C. Rémunération simple et lisible	54
II. Liés à l'exercice de groupe / à la délégation	55
A. Transposition aux structures	55
B. Attirance pour le mode d'exercice	56
III. Liées aux patients	59
DISCUSSION	62
I. Faiblesses de l'étude	62
A. Liées au chercheur	62
B. Liées au contexte	62
C. Liées à l'échantillonnage	62
D. Liées à la méthode	63
E. Liées au sujet	63
II. Forces de l'étude	63
A. Liées au sujet	63
B. Liées à la méthodologie	64
C. Liées à l'échantillonnage	64
D. Liées au chercheur	65
III. Principaux résultats	66
A. Les principaux déterminants à l'adoption du programme identifiés	66
B. Des moteurs et des freins surtout psychologiques	68
C. Une certaine frilosité des médecins mais...	69
D. Comparaisons aux modèles à l'étranger	71
E. Le point de vue du financeur : Une évolution vers le forfait ?	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	81

Index des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
C2S	Complémentaire Santé Solidarité (<i>Anciennement CMU</i>)
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MTR	Médecin Traitant Renforcé
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

Introduction

I. Démographie de la médecine générale en France

En France, depuis 2012, on constate une érosion progressive des effectifs de médecins généralistes libéraux. Même si leur effectif total est resté sensiblement inchangé sur cette période, on observe une diminution de 11 % du nombre de généralistes ayant une activité libérale exclusive. Cette tendance s'explique par le désamour croissant des généralistes pour ce mode d'exercice au profit du salariat hospitalier ou de ville et de l'exercice mixte qui combine activité libérale et salariale [1].

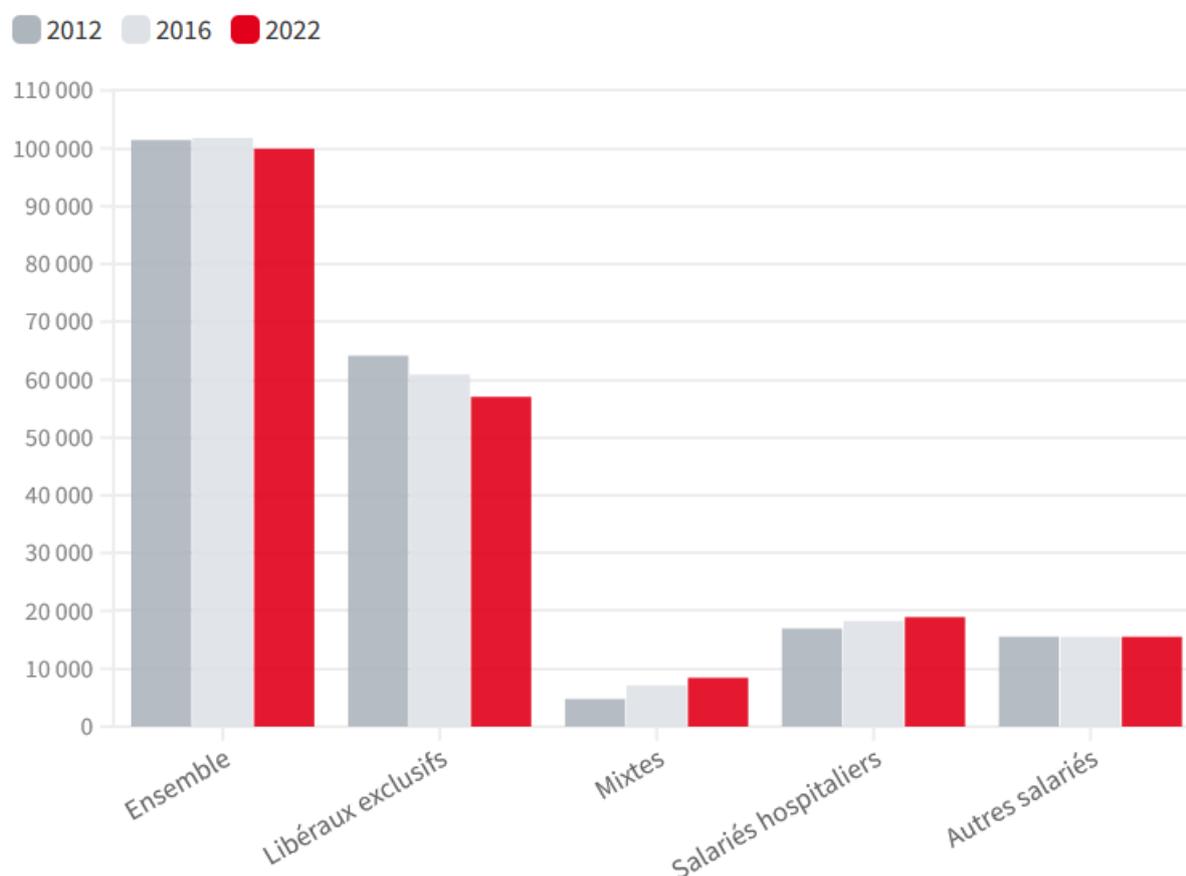


Figure 1 : Évolution du nombre de médecin généraliste en France suivant leurs modes d'exercice entre 2012 et 2022 [1]

Ces modifications des modes d'exercice sont responsables d'un déficit de généralistes pratiquant une activité de « **médecin traitant** », rôle central dans le système de santé. En effet, ils constituent les premiers recours du soin primaire, s'occupent du suivi du patient dans sa globalité et dans la mise en place du parcours de soins coordonnés.

En tenant compte de l'accroissement de la population et de la hausse de la consommation de soins en rapport avec le vieillissement de la population, la densité médicale dite « standardisée » est en réalité en diminution de 17 % [1]. Le déficit de médecin généraliste est donc beaucoup plus important. Sous hypothèse de comportement et de législation constante, la densité médicale ne commencera à augmenter, du fait des modifications du numerus clausus, qu'à partir de 2030 pour n'être notable qu'après 2040 [1].

II. Les différents modèles de rémunération des médecins généralistes de ville français

A. **Le modèle de rémunération libéral**

En France, les médecins généralistes libéraux perçoivent leur rémunération par le biais de deux sources. La première est la rémunération à l'acte, correspondant au paiement des honoraires des consultations par les patients. La seconde est une rémunération forfaitaire, composée elle-même de différents forfaits versés par l'Assurance Maladie.

1. La part de rémunération à l'acte

Elle représente la grande majorité de la rémunération des médecins généralistes libéraux, soit environ 87 % de leurs revenus [2].

a. Principe

En France, chaque consultation médicale donne lieu à une facturation au patient dont le montant est déterminé par une convention conclue entre l'Assurance Maladie et les médecins par le biais de leurs représentants syndicaux.

Une consultation « standard » de médecine générale est codifiée « G(S) » avec un tarif fixé à 25 € par la convention de 2016 actuellement en vigueur. Son tarif sera augmenté à 26,50 € le 1^{er} novembre 2023 par le règlement arbitral en l'absence d'accord lors de la négociation conventionnelle de 2023.

Pour les consultations plus complexes et/ou plus longues, deux nomenclatures regroupant les différentes cotations ont été mises en place pour valoriser l'acte médical. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) regroupe les actes cliniques médicaux et la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) regroupe les actes techniques.

b. Avantages et inconvénients sur le système de soins

Dans ce système, la rémunération des médecins est essentiellement reliée au nombre d'actes qu'ils réalisent. Ce mécanisme constitue à la fois la force et la faiblesse de ce mode de rémunération.

Le principal atout de ce mode de rémunération est qu'il stimule la productivité des médecins : Ceux-ci sont encouragés, pour accroître leurs revenus, à augmenter leurs nombres d'actes en travaillant un volume horaire plus important [4;5]. On constate, en effet, que les médecins généralistes exerçant avec ce mode de rémunération exercent un volume horaire important (52 à 60 heures par semaine en moyenne) [6]. Pour les mêmes raisons, on observe un moindre adressage aux spécialistes ou à l'hôpital, le médecin étant encouragé à réaliser les prestations médicales lui-même [7]. C'est donc un mode d'exercice très avantageux dans un contexte de baisse de la démographie médicale.

Néanmoins, cette mécanique est à double tranchant. Afin d'augmenter leurs nombres d'actes, les médecins sont également susceptibles de raccourcir la durée des consultations pouvant entraîner une moindre qualité de celles-ci. Les actes chronophages et non rémunérés spécifiquement comme par exemple la prévention ou l'éducation thérapeutique risquent ainsi d'être moins souvent proposés au patient [4;8]. De la même manière, certains médecins peuvent refuser de traiter plusieurs sujets au cours d'une même consultation.

La rémunération dans ce système étant assez fluctuante est imprévisible pour les médecins et le système de santé. Puisqu'il encourage le volume, ce mode de rémunération aurait aussi tendance à augmenter les dépenses publiques de santé [9].

2. La part de rémunération forfaitaire

En sus de la rémunération à l'acte, les médecins généralistes français libéraux conventionnés reçoivent également un paiement forfaitaire annuel versé par l'Assurance Maladie.

Cette part de rémunération forfaitaire ne représente qu'une partie mineure de leurs rémunérations, soit environ 13 % de leurs revenus [2].

a. Principe

Elle est composée de 4 forfaits : - La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

- Du Forfait Structure

- Du Forfait Patientèle Médecins Traitants

- La Majoration Personnes Âgées

❖ **La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) :**

Il s'agit d'une rémunération forfaitaire versée aux médecins généralistes conventionnés (secteur 1 ou 2) validant des objectifs de santé publique définis par la convention médicale. Ce forfait vise à encourager les praticiens à améliorer la qualité des soins qu'ils fournissent à leurs patients.

Elle est calculée annuellement au 31 décembre selon le niveau de validation d'indicateurs de pratique clinique, rapportant chacun un certain nombre de points pour un maximum de 1245 points soit jusqu'à 8 715 €.

Elle est scindée en deux parties indépendantes avec une ROSP adulte et une ROSP enfant, elles-mêmes divisées en différents volets comportant différentes thématiques dans lesquelles se répartissent les indicateurs de santé à accomplir.

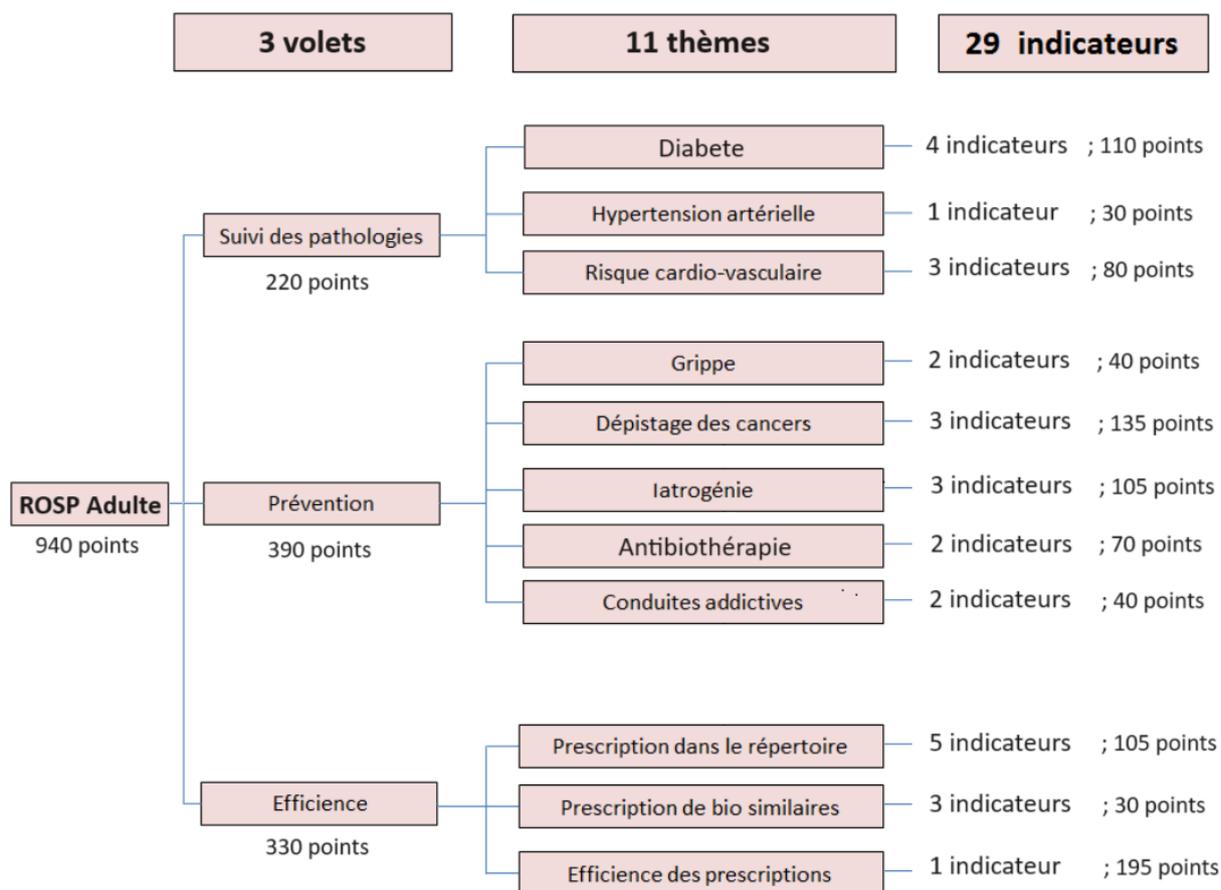


Figure 2 : Répartition et valeurs générales en points des indicateurs de la ROSP Adulte de 2023

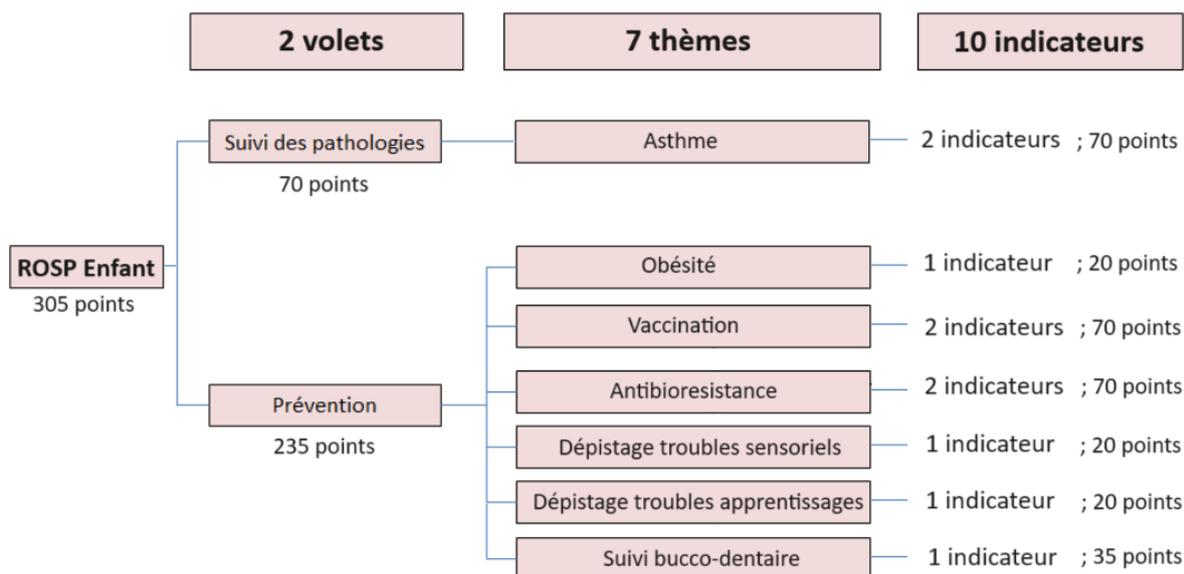


Figure 3 : Répartition et valeurs générales en points des indicateurs de la ROSP Enfant de 2023

❖ **Le Forfait Structure :**

Il s'agit d'une aide financière versée aux médecins généralistes conventionnés (secteur 1 ou 2) destinée à la modernisation et à l'informatisation des cabinets médicaux.

Il est calculé annuellement au 31 décembre selon le niveau d'atteinte d'indicateurs de pratique, rapportant chacun un certain nombre de points pour un maximum de 1385 points soit jusqu'à 9695 €.

Il est divisé en deux volets liés. Le volet 1 porte sur les équipements du cabinet, l'ensemble des indicateurs doivent être validés pour obtenir les points. Le volet 2 porte sur les services aux patients, les indicateurs peuvent être validés individuellement mais ne peut être effectué uniquement que si la totalité des indicateurs du volet 1 sont validés.

Indicateurs	Points
Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	280 points
Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale	
Taux de télétransmission > 2/3	
Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire santé d'Ameli	

Tableau 1 : Détails du volet 1 du forfait structure

Indicateurs	Points
Taux d'usage du dossier médical partagé	40 points
Taux d'usage de la messagerie « Mon espace santé »	40 points
Taux d'arrêt de travail en ligne	22,5 points
Taux d'accident de travail / maladie professionnelle en ligne	22,5 points
Taux de protocole de soins électronique	22,5 points
Taux de déclaration de médecin traitant	22,5 points
Taux de prescription électronique de transport	10 points
Implication dans une démarche d'exercice coordonnée	120 points
Capacité à coder	50 points
Amélioration du service offert aux patients	70 points
Valorisation de la fonction de maitre de stage	50 points
Aide équipements médicaux connectés	25 points
Participation au SAS	200 points
Taux de déclaration de grossesse en ligne	10 points
Usage de l'appli carte Vitale	40 points
Ordonnances numériques sur produits de santé	40 points

Tableau 2 : Détails du volet 2 du forfait structure

❖ **Le Forfait Patientèle Médecin Traitant :**

Il s'agit d'une rémunération forfaitaire versée aux médecins conventionnés (secteur 1 ou 2 Option Pratique Tarifaire Maîtrisée uniquement) quelle que soit leur spécialité pour le suivi des patients les ayant déclarés comme médecin traitant. Ce forfait vise à valoriser la prise en charge globale du patient, le médecin traitant jouant un rôle central dans le parcours de soins du patient.

Chaque patient rapporte une somme définie selon son âge et ses pathologies :

- Patient de 0 - 6 ans : 6 €/an par patient
- Patient de 80 ans et plus sans Affection Longue Durée (ALD) : 42 €/an par patient
- Patient de moins de 80 ans en ALD : 42 €/an par patient
- Patient de plus de 80 ans en ALD : 70 €/an par patient
- Autres patients : 5 €/an par patient

Une majoration est appliquée quand, dans la patientèle du médecin, la part de patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) est supérieure au taux moyen national.

❖ **La Majoration Personnes Âgées :**

Il s'agit d'un forfait de 5 € par consultation de patients de plus de 80 ans pour lesquels ils ne sont pas le médecin traitant.

b. Avantages et inconvénients sur le système de soins

Les rémunérations forfaitaires et notamment la ROSP ont été introduites à la suite de la convention médicale de 2011 afin de diversifier les sources de rémunération des médecins généralistes. Elles ont pour objectif d'introduire une part de paiement à la performance et donc de modérer les effets délétères de la rémunération à l'acte, permettant ainsi de favoriser l'amélioration des pratiques médicales.

B. Le modèle de rémunération salariale

1. Principe

Le salariat est un modèle de rémunération où le prestataire de soins reçoit une rémunération fixe, déterminée par un contrat négocié entre celui-ci et son employeur, pour un temps de travail et des tâches définies.

2. Avantages et inconvénients sur le système de soin :

Dans ce système, la rémunération des médecins est indépendante de leur activité et des décisions qu'ils prennent pour soigner.

Le médecin n'a alors aucun intérêt à raccourcir ou à fractionner les contacts avec le patient, les bénéfices de ce système sont donc de permettre des consultations plus longues [10] et donc supposées de meilleure qualité, une meilleure réalisation des actes de prévention et d'éducation thérapeutique [10] et une diminution des consultations inutiles [10].

Le désavantage de ce système est qu'il ne comporte aucune incitation à la performance, le médecin n'ayant aucun intérêt à augmenter son intensité de travail, rendant le système moins productif que celui à l'acte. On observe ainsi une patientèle par médecin moindre dans ce système [10].

Le second problème de ce modèle de rémunération est lié au coût qu'il induit pour les collectivités. En effet, les médecins salariés en ville exercent dans des centres de santé. Ces structures sont elles-mêmes rémunérés par l'Assurance Maladie sur la base des actes effectués par les praticiens qu'ils emploient. Or, les médecins salariés étant moins productifs que ceux à l'acte, ces centres médicaux ne sont donc pas « rentables » et ont besoin d'un complément de ressources venant des collectivités pour être économiquement à l'équilibre [11].

Dans un contexte de manque de médecin, ce mode d'exercice semble donc moins intéressant.

La rémunération étant fixée elle est donc prévisible et budgétisée pour les médecins et les systèmes de santé avec ce mode de paiement [9].

III. Le programme « Médecin Traitant Renforcé »

A. « Article 51 » : Cadre de l'expérimentation

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a introduit, par son article 51, une dérogation aux modes de facturation et de tarification du droit commun pour permettre l'innovation par l'expérimentation de nouvelles organisations dans le secteur de la santé. L'objectif à terme étant, après évaluation, de généraliser les dispositifs qui ont été des succès en proposant leur inscription dans le droit commun [12].

En octobre 2023, 133 expérimentations de différentes natures avaient lieu partout en France [13].

Le programme « Médecin Traitant Renforcé » (MTR) est l'une de ces expérimentations menées dans le cadre de l'article 51. Il s'agit de l'expérimentation la plus conséquente réalisée dans le cadre de l'article 51 : Elle inclut 28 000 patients répartis entre 28 médecins sur une durée de 5 ans pour un budget de 14 millions d'euros. Elle est menée par quatre cabinets médicaux du groupement IPSO situés à Paris intra-muros (3^e, 11^e, 13^e et 19^e).

B. Le concept de l'expérimentation

1. Principe général : Un mode de rémunération alternatif

En premier lieu, l'expérimentation consiste à tester une rémunération à la capitation chez les médecins généralistes libéraux. Concrètement, il s'agit donc d'une suppression du paiement des honoraires des consultations et des différentes rémunérations forfaitaires. Ceux-ci sont remplacés par un **paiement mensuel forfaitaire basé sur le nombre de patients que le médecin déclare suivre et ajusté en fonction de leurs comorbidités et de leurs facteurs de risques individuels.**

C'est un mode de rémunération qui n'existe pas vraiment en France, en dehors du Forfait Patientèle Médecin Traitant des médecins libéraux. Elle fait néanmoins partie du système de santé de plusieurs autres pays mélangée plus ou moins à d'autres modes de rémunération.

En pratique, chaque patient rapporte un forfait « socle » auquel viennent s'additionner 9 « briques » thématiques, correspondant à des majorations, que le programme vise à mettre en valeur (nourrisson < 25 mois, jeune enfant < 6 ans, santé de la femme, personne âgée > 75 ans, ALD, haut risque cardiovasculaire, vulnérabilité sociale, santé mentale, situation de handicap). Le montant total que chaque patient peut rapporter individuellement est plafonné. En sus de ce plafond s'ajoute une « brique » surnuméraire pour les patients en perte d'autonomie qui sont vus en visite à domicile. Il est indépendant du nombre de consultations réalisées.

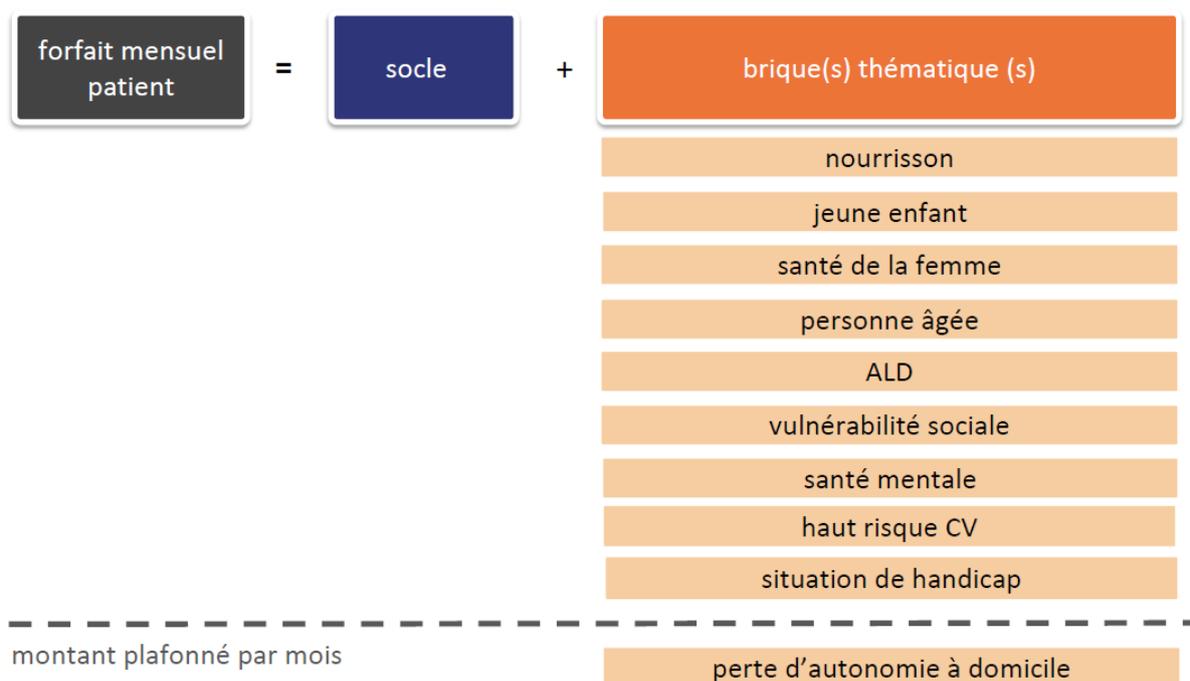


Figure 4 : Schématisation de la rémunération du médecin exerçant dans le programme MTR

Actuellement, en raison de la nature expérimentale du programme, les montants des différents forfaits n'ont pas encore été communiqués au public.

Dans le cadre de l'expérimentation, les dépenses de soins sont prises en charge par des fonds spécifiques dédiés aux articles 51. Les patients n'ont donc pas à régler pour les soins. Ils s'engagent cependant à consulter uniquement dans la structure, sauf situations d'urgences et s'il est hors de sa résidence habituelle, pour ne pas entraîner de double facturation.

À noter que dans ce modèle la rémunération n'est jamais intégralement à la capitation puisqu'une part de rémunération à l'acte persiste pour certaines situations spécifiques : Patients hors cabinet ou hors programme, urgences dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et gestes techniques considérés par le programme comme s'écartant des actes « de base » de la médecine générale (ECG, EFR, infiltrations, dépistage de l'apnée du sommeil, etc.).

Une « clause de sauvegarde » s'applique les deux premières années à l'entrée dans le programme. Elle correspond, pour les médecins ayant rejoint le programme, à une

compensation financière en cas de perte de revenu par rapport aux montants que le médecin aurait perçu s'il avait continué à être financé selon les règles actuelles de droit de commun.

2. Conséquences : Une pratique médicale modifiée

Le fonctionnement de la capitation du programme Médecin Traitant Renforcé entraîne un nouveau mode de pratique de la médecine qui possède de nombreux avantages pour le médecin, le patient et plus largement le système de santé.

Tout d'abord, en reliant la rémunération du praticien au nombre de patients suivis, la capitation permet de garder un effet incitatif sur l'activité du médecin. En effet, **le médecin est incité à augmenter son volume de patientèle** pour augmenter sa rémunération, permettant ainsi de répondre en partie à la problématique du manque de médecin.

La rémunération du médecin est pondérée selon les facteurs de risques médico-sociaux et les comorbidités du patient. Ainsi, les patients les plus consommateurs de soins sont également les plus rémunérateurs, donnant un équilibre au système. Cette pondération permet également de mieux **valoriser la prise en charge de problématiques négligées** par le système actuel car mal rémunérées comme la santé mentale ou les problématiques médico-sociales (fragilité sociale, dépendance, handicap...).

Puisqu'il reçoit un forfait fixe pour chaque patient, indépendant du nombre de consultations réalisées, le praticien est incité à **avoir la pratique médicale la plus efficiente possible** afin de revoir le patient le moins possible. Il est également encouragé à **optimiser au maximum son temps de travail**. Le temps ainsi gagné pourra alors être utilisé par le médecin pour s'occuper de ses patients ou pour prendre en soin de nouveaux patients. Cela représente le cœur de la philosophie du programme Médecin Traitant Renforcé puisque l'ensemble de la pratique médicale va ensuite s'organiser selon ce principe.

Ainsi, le médecin à la capitation est incité, par définition, à développer ses **efforts de prévention et d'éducation pour la santé**.

Une consultation spécifique de dépistage générale est, par ailleurs, systématiquement

proposée aux patients lors de leur entrée dans le programme et de manière annuelle. La réalisation de cette consultation de dépistage est, à son tour, bénéfique pour le médecin puisque c'est notamment à ce moment-là qu'il réalisera le relevé des comorbidités du patient dont sa rémunération dépendra. Il est intéressant de noter que ce système s'oppose à celui de la rémunération à l'acte où la porte d'entrée dans le système de santé se fait généralement pour du soin aigu et où le médecin ne présente aucune incitation supplémentaire à réaliser du dépistage chronophage.

Dans une logique similaire, le médecin à la capitation est encouragé à s'entourer de collaborateurs pour mener un **exercice de groupe** afin de **déléguer les tâches** pouvant lui faire gagner du temps médical.

Il pourra donc se délester des tâches administratives et de gestion du cabinet qu'il pourra confier respectivement à des secrétaires et des assistantes médicales ou à des « coordinateurs administratifs » de la structure de santé.

Dans la même optique, le médecin aura tout intérêt à déléguer certaines tâches médicales et de travailler en coordination avec d'autres professionnels de santé comme les infirmiers, les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), les sages-femmes, etc.

Pour pousser le principe plus loin, une enveloppe annuelle complémentaire est allouée par le programme aux structures afin de leur permettre d'offrir à leurs patients des soins complémentaires actuellement non pris en charge par l'Assurance Maladie. Elle permet par exemple de financer aux patients des psychologues, des diététiciens, des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des ateliers thérapeutiques ou même des assistants sociaux. Cette enveloppe permet donc d'élargir la délégation de tâches mais également de lutter contre le renoncement aux soins du patient tout en lui faisant bénéficier d'une offre de soins plus large. On peut noter que la logique du paiement à l'acte, quant à elle, fait obstacle au travail en équipe et à la délégation de tâches, en dehors des tâches de secrétariat et de gestion, puisque cela représente alors une « perte de revenu » pour le médecin.

Enfin, la recherche de l'optimisation du temps médical permet de faire émerger **de nouvelles pratiques d'exercice** chez les médecins participants au programme. On observe par exemple un recours beaucoup plus important des médecins du programme aux moyens de communication à distance notamment téléphone, mail ou téléconsultation pour résoudre les problèmes du patient qui n'exigent pas un contact présentiel. Le patient, lui aussi, gagne du

temps et peut également trouver avantage à cette forme de prise en soin.

Le médecin à l'acte n'est lui pas incité à ce genre d'exercice, en dehors de la téléconsultation, puisqu'il n'est pas rémunéré.

C. Les objectifs du programme

Le programme Médecin Traitant Renforcé ne vise pas à remplacer le système actuel mais à proposer un nouveau mode de rémunération et d'exercice **alternatif** pour les médecins généralistes exerçant en ville.

Son premier objectif est donc d'inciter les médecins souhaitant exercer une médecine de premier recours mais ne se retrouvant pas dans les modes d'exercice existants à s'installer, permettant ainsi de résoudre le problème de baisse de la densité médicale.

Son second objectif est d'agir sur le mode de financement du praticien pour modifier sa pratique en créant un nouveau mode d'exercice qui présente des bénéfices pour le médecin, le patient et le système de santé.

IV. Objectifs de la thèse

Le programme MTR est actuellement encore en cours d'expérimentation. Les différentes évaluations intermédiaires du programme semblent déjà encourageantes d'après les promoteurs de l'expérimentation. C'est seulement à la fin de l'année 2024 que se terminera l'expérimentation et que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) effectuera une analyse médico-économique complète des 5 ans du dispositif qui déterminera notamment la possibilité d'une généralisation de ce nouveau mode d'exercice.

L'évaluation de l'efficacité intrinsèque du programme Médecin Traitant Renforcé est donc déjà prévue par la CNAM. Cependant, cette expérimentation est réalisée au sein d'un réseau de médecins volontaires à l'essai et dans quatre cabinets médicaux situés à Paris intra-muros. Se pose donc la question de l'adoption du programme par les médecins libéraux installés et de sa transposition au sein de structures médicales présentant des conditions d'exercice et des patientèles bien différentes. De ce fait, réaliser une étude qualitative auprès des médecins généralistes libéraux installés afin d'explorer leurs moteurs et freins à une éventuelle adoption et application de ce dispositif semblait pertinente.

Pour rester concis dans ce travail de recherche, il nous a semblé pertinent d'étudier uniquement la question de l'application du programme MTR à des médecins généralistes libéraux exerçant dans des structures de santé déjà existantes. Il ne s'agissait donc pas d'évaluer l'avis de médecins généralistes salariés, hospitaliers, remplaçants ou même d'internes qui pourraient vouloir créer ou rejoindre une structure appliquant le programme, ceux-ci présentant des motivations et des contraintes très différentes et nécessiteraient un travail de recherche à part entière.

L'**objectif principal** de ce travail est d'identifier des moteurs et des freins ressentis par les médecins généralistes libéraux quant à l'adoption du programme MTR.

L'**objectif secondaire** est de repérer les obstacles pratiques que pourraient rencontrer les médecins généralistes à l'application du programme s'il était appliqué hors de son cadre expérimental spécifique.

Matériel et méthodes

I. Choix du type d'étude

La méthode qualitative a été choisie car jugée la plus adaptée pour accéder au vécu et aux retours d'expérience des médecins. Il s'agissait de comprendre plus que de mesurer, en laissant la population étudiée s'exprimer.

En outre, elle semblait plus pertinente pour une première approche devant un dispositif inédit encore en cours d'expérimentation et susceptible de subir des ajustements.

II. Échantillon

1. Choix de la population étudiée

Notre cohorte est constituée de médecins spécialistes en médecine générale, libéraux, installés, conventionnés en secteur 1 et exerçant dans une structure de groupe dans la région des Hauts-de-France. Il a été décidé, afin d'obtenir un pool de médecin avec des conditions d'exercice plus variées, de n'interroger qu'un seul médecin par maison médicale.

Les critères d'exclusion des médecins sont les suivants :

- Salarié à temps plein en ville ou à l'hôpital, remplaçant, interne ou retraité puisque la thèse évalue l'application du programme à des maisons médicales déjà existantes et non la motivation de médecins isolés à rejoindre ce mode d'exercice.
- Conventionné secteur 2 ou 3, qui ne sont pas compatibles avec le programme par définition.
- Exerçant seul, par choix ou par contrainte, qui ne sont pas compatibles avec le programme par définition puisqu'il repose sur un exercice de groupe.
- Autres spécialistes, qui ne sont pas inclus dans le programme.
- Présence d'un autre médecin déjà interrogé pour la thèse dans la même structure médicale.

2. Constitution de l'échantillon

Pour constituer notre échantillon, nous avons dressé une liste des cabinets médicaux et Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) des Hauts-de-France via différentes sources :

- La carte des MSP des Hauts-de-France trouvée sur le site de la PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé) des Hauts-de-France qui contient la liste complète des MSP des Hauts-de-France [15].
- En utilisant l'annuaire santé d'Ameli afin d'obtenir la liste exhaustive des médecins généralistes libéraux installés dans les Hauts-de-France et leur adresse. Cette dernière a ensuite été entrée dans les Pages Jaunes afin d'identifier les structures de groupe [16].
- Avec le soutien de mon directeur de thèse, président de la commission « Offre de soins et permanence des soins » de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux des Hauts-De-France, qui possède la cartographie actualisée des établissements de santé libéraux.

Ceux-ci ont alors été contactées progressivement. Pour obtenir les 18 entretiens qui ont servi à la réalisation de ce travail, 68 structures médicales ont été contacté. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés mais n'ont pas été inclus ni retranscrits ou codé du fait d'une incompréhension de nos interlocuteurs de l'exercice de thèse et du principe de notre démarche résultant en des entretiens courts, agressifs et ne comportant pas de discours constructif.

Le contact étaient pris avec les médecins via le numéro de téléphone de la structure de santé d'où ils exerçaient. Après explication du projet de thèse, il était convenu d'une date et d'un horaire pour la réalisation de l'entretien. Ils avaient le choix entre un entretien en présentiel ou à distance, en visioconférence ou par téléphone.

Les médecins interrogés sont de jeunes installés comme des médecins proches de la retraite, des hommes ou des femmes, exerçant en MSP ou en cabinet de groupe et en milieu rural, semi-rural ou urbain. Sur 18 médecins interrogés, 5 exercent dans l'Aisne, 3 dans la Somme, 4 dans l'Oise, 4 dans le Nord et 2 dans le Pas-de-Calais. Notre objectif

était de recruter des profils les plus variés possibles afin de rechercher l'expression de la diversité des points de vue.

	Âge	Sexe	Milieu d'exercice	Structure	Département
Médecin 1	60-69ans	M	Rural	MSP	Aisne
Médecin 2	20-29ans	F	Rural	MSP	Aisne
Médecin 3	30-39ans	M	Rural	MSP	Aisne
Médecin 4	40-49ans	M	Semi-rural	MSP	Oise
Médecin 5	30-39ans	F	Semi-rural	Cabinet de groupe	Somme
Médecin 6	40-49ans	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	Pas-de-Calais
Médecin 7	40-49ans	M	Urbain	MSP	Somme
Médecin 8	50-59ans	M	Rural	MSP	Aisne
Médecin 9	40-49ans	M	Rural	Cabinet de groupe	Aisne
Médecin 10	50-59ans	M	Urbain	Cabinet de groupe	Nord
Médecin 11	60-69ans	M	Urbain	Cabinet de groupe	Nord
Médecin 12	30-39ans	F	Semi-rural	MSP	Oise
Médecin 13	30-39ans	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	Nord
Médecin 14	30-39ans	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	Oise
Médecin 15	30-39ans	M	Urbain	MSP	Somme
Médecin 16	60-69ans	M	Semi-rural	Cabinet de groupe	Nord
Médecin 17	30-39ans	F	Rural	Cabinet de groupe	Oise
Médecin 18	30-39ans	M	Rural	MSP	Pas-de-Calais

Tableau 3 : Population étudiée

III. Recueil et transcription des données

1. Guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-directif a été rédigé au préalable. Celui-ci était composé d'une première partie consistant en une présentation (ANNEXE 1) du programme Médecin Traitant Renforcé suivi de plusieurs questions ouvertes qui n'étaient pas forcément toutes posées (ANNEXE 2). Ce questionnaire a été élaboré selon une démarche inductive. Le but était d'avoir une feuille de route concernant les grandes thématiques à aborder. Notre travail était principalement un travail d'écoute et de relance.

Il a été réalisé, au préalable, trois pré-tests auprès de trois médecins généralistes de la maison médicale de Guise dont mon directeur de thèse afin de s'assurer de la compréhension de la présentation du programme, de vérifier la pertinence des questions, de déterminer la durée des entretiens, ainsi que de parfaire ses stratégies d'écoute et d'interrogation, éléments indispensables à connaître et maîtriser pour l'investigateur.

2. Réalisation des entretiens

L'investigation a été menée entre le 22 mars 2023 et le 19 septembre 2023 par une unique personne. Les interviews ont duré entre trente et quatre-vingt-dix minutes, en comptant l'explication du programme et les questions-réponses concernant son fonctionnement, en fonction de ce que les médecins interrogés avaient à exprimer.

Les entretiens en présentiel ont été réalisés aux cabinets des médecins interrogés. Pour les entretiens en distanciel il a été utilisé le logiciel Google Meet® pour les visioconférences ou de simples appels téléphoniques. Sur les 18 entretiens, 8 ont été réalisés en présentiel et 10 en distanciel.

Les participants étaient prévenus de l'enregistrement ainsi que de l'anonymisation des données. Les entretiens en présentiel étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone alors que ceux à distance l'étaient directement sur ordinateur ou téléphone.

Le nombre d'entretien à conduire n'a pas été déterminé à l'avance. Suivant nos objectifs et des données recueillies nous avons estimé avoir atteint le seuil de saturation et décidé d'arrêter les interviews après la réalisation du 18^e entretien.

3. Retranscription des données

Les entretiens ont été retranscrits automatiquement mot pour mot grâce au logiciel Happy Scribe® puis corrigés manuellement sur le logiciel Microsoft Word®.

Les verbatim obtenus ont été anonymisés. Un chiffre a été attribué à chaque médecin interviewé (de M1 à M18). Les noms propres et de lieux ont été masqués et remplacés par des lettres aléatoires suivies d'un astérisque (de A* à Z*), sans qu'il y ait de correspondance d'un entretien à l'autre.

4. Analyse des données

L'analyse qualitative vise à identifier les éléments signifiants du discours brut, tels qu'énoncés dans le langage des participants (dits « *verbatim* »), à les grouper par approximations successives et à chercher les éventuels liens qui les unissent, de façon à construire une nouvelle description du phénomène étudié. Ceci permet également l'élaboration d'un plan de travail à partir des retours des participants.

Le codage des données des entretiens a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo®.

Au cours du travail, si un nouveau code émergeait les anciens entretiens étaient réanalysés.

Une triangulation des données, correspondant à un second codage par un médecin extérieur à l'étude, a été réalisé pour 4 entretiens de ce travail sélectionnés aléatoirement.

5. Aspects éthiques

Le service santé de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été contacté le 14 mars 2023 et n'a pas jugé nécessaire de réaliser une demande d'accord auprès de son service ou du Comité de Protection des Personnes (CPP) puisque ce travail de recherche n'implique pas la personne humaine.

Résultats : Les freins

I. Nature expérimentale du programme

Le **caractère expérimental** du programme Médecin Traitant Renforcé, puisqu'il s'inscrit dans le cadre de l'article 51, était générateur de méfiance pour certains médecins.

La principale peur étant **une différence entre le programme tel qu'il est mené actuellement et tel qu'il sera appliqué,**

- M5 : « *Le concept est génial dans la théorie mais dans la pratique j'ai des doutes. Tous les médecins qui rejoignent le programme... c'est que des bons docteurs qui sont impliqués, qui veulent du bien pour les patients, bien faire le boulot. Dans une expérience, c'est des gens qui vont forcément jouer le jeu ils sont volontaires pour ça. On peut penser que c'est la crème de la crème, j'ai envie de dire. Dans la vraie vie, voilà.* »
- M13 : « *Une des grosses difficultés des articles 51 et des expérimentations c'est la différence entre la théorie et la pratique. C'est à dire que là, ça, c'est très beau, c'est parfait, c'est nickel, c'est vachement utopique. Moi j'attends de voir le passage dans le droit commun dans trois ans.* »
- M14 : « *Maintenant la difficulté c'est de se projeter entre ce que tu me présentes là ce que ça sera vraiment sur le terrain dans trois ou cinq ans.* »
- M15 : « *Je suis quand même relativement inquiet parce que, c'est une expérimentation donc les conclusions c'est que ça ne peut être que génial. Parce que le problème, c'est que ça, c'est que même si ça part sur une bonne intention tu vas forcément avoir un peu de déviance.* »

Un des médecins qui avait connu un autre article 51 expliquait qu'il avait été **modifié lors de la transposition dans le droit commun,**

- M4 : « *Le problème des articles 51, c'est que c'est toujours tout beau tout rose. On met les sous dedans, on évalue les choses. C'est open bar sur un échantillon. Open bar. Sauf qu'en fait, c'est pas open bar quand ça sort dans le droit commun. En fait, quand ça rentre dans le droit commun les prix sont cassés. Et là, ce n'est plus très drôle. Si tu me dis il y en a qui ne connaissent pas ce que c'est un 51, moi, je sais ce que c'est. Par exemple, le suivi de l'insuffisance cardiaque, il y a des protocoles qui ont été faits. Que moi ma femme elle a fait, elle est cardiologue. C'est rentré dans le droit commun et on*

payait plus, on payait ça à moitié. On fait ça, c'est super ça marche, avec le tel montant ça fonctionne. On passe dans le droit commun, on casse tout, on arrive à la moitié et ça marche plus. »

Un autre craignait une **modification dans son application**,

- M16 : *« La seule chose qui me fait peur c'est de voir en pratique comment c'est appliqué. Il faut que la personne sur le terrain elle ait bien compris le principe et le fonctionnement. On a ça dans les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé). On prend des décisions au niveau régional, on prend des trucs, on les valide en Commission Paritaire Régionale dans les CPTS au niveau régional. Par contre, quand ça arrive à l'échelon local de la petite caisse primaire d'assurance maladie locale, le correspondant n'a pas toujours bien compris le message donc on a des grosses distorsions. Et ça, c'est un gros souci avec ce type d'expérimentation. Entre ce qui est décidé dans le cadre du projet et la façon dont c'est appliqué... Parce que là, dans le cas d'un article 51, ça fonctionne très bien parce qu'on a pas mal de réunions de concertation. Les gens avec qui ils ont des échanges au niveau de l'assurance maladie c'est des cadres et des cadres sup donc la compréhension elle se passe très bien, on échange très bien, etc. Quand on généralise ce genre de choses la question c'est de savoir comment ça va être appliqué localement. »*

Un dernier doutait directement de la **qualité de l'évaluation du programme**,

- M11 : *« Les expérimentations comme ça c'est très, très bien mais les évaluations ne sont pas toujours hyper bien faites et parfois ils mettent en place des choses qui ne sont pas évaluées. Et juste parce que quelqu'un au ministère trouve ça bien, il le prend quand même. »*

II. Liés à l'application

A. Liés à la mise en place du programme

Lors des interrogatoires, le **temps nécessaire pour mettre en place le programme** semblait décourager certains interviewés,

- M2 : *« Mais à la phase de transition il y a forcément un moment où t'as un surplus de boulot. »*

- M4 : « *C'est forcément un travail en plus. [...] C'est comme quand tu montes une CPTS, ton temps il est en plus. »*
- M5 : « *Pour nous, ce serait un gros, gros changement de pratique. Ça nécessiterait un investissement préalable important. Je ne parle pas d'investissement financier, juste un investissement de temps. La phase de transition, je fais quoi ? Je travaille jusqu'à minuit tous les jours sur la rédaction de mes protocoles pour pouvoir monter une structure ? »*
- M8 : « *Moi, ça me ferait chier parce que ça me demanderait de me réorganiser complètement de A à Z sur quelque chose que j'ai mis des années et des années à mettre en place. Ça va, je ne suis pas à cinq ans de la retraite mais quelqu'un qui a plus de 55 ans il n'ira jamais se lancer là-dedans. Donc ça, si on nous propose ce système-là dans dix ans c'est clair que je dirai non et c'est clair que je n'en voudrais pas. C'est parce que ça me demanderait trop de modifications dans mes habitudes [...]. Parce que mettre tout en place, je pense que c'est chronophage. »*

B. Liés aux autres soignants

1. Entente entre les soignants

L'**entente entre les soignants**, médecins ou paramédicaux, pouvait sembler pour certains être un obstacle à l'exercice de groupe,

- M7 : « *C'est source de conflits. »*
- M8 : « *C'est sources de stress et de tensions diverses et variées dans les équipes à mettre en place. Il faut arriver à s'entendre. [...] Parce que chacun a son petit caractère et que chacun veut ci et chacun veut ça. Et puis, il y a un tel veut travailler comme ci et un tel autre veut travailler comme ça. Il faut arriver à trouver des accords pour tout le monde. »*
- M11 : « *Le seul bémol que je donnerais, c'est les ententes. Ça, c'est énorme. Je ne sais pas si vous avez beaucoup remplacé, mais des médecins qui ne s'entendent pas, quand vous remplacez deux médecins qui ne s'entendent pas, ils se pourrissent la vie mutuellement. Quand le médecin ne s'entend pas avec le kiné, avec l'infirmier et qu'ils sont obligés de travailler ensemble... Ça, c'est toujours un risque. »*
- M12 : « *Nous il y a peut-être des secteurs, des zones où c'est très compliqué de regrouper plusieurs professionnels de santé, parce que ça demande une bonne entente. Il*

faut que tout le monde ait de la volonté d'être dans le mouvement. Pour avoir le retour de certaines de mes amies qui essayent de faire des projets de MSP ou de travail en groupe, parfois, il y a une discordance entre les différents professionnels, parce que tout le monde n'a pas forcément la même vision de l'exercice et du soin. C'est quelque chose que j'ai déjà entendu. Je pense que ça, des fois, ça peut bloquer sur le fait de créer une cohésion et une coordination au niveau du groupe de professionnels de santé. »

- M17 : *« Ça nécessite d'avoir une bonne entente au niveau du fonctionnement. Ça, ça peut être le blocage. »*

2. Acceptation du programme par les autres soignants

Plus largement, le **refus du programme par les autres soignants de la structure** pouvait faire obstacle à l'adoption du programme,

- M1 : *« Mais par contre, on ne peut pas envisager dans une MSP comme la nôtre où on est cinq ou six médecins, qu'il y en ait deux qui le fassent et les autres ne le fassent pas. On est bien d'accord qu'il faut que la structure le fasse. »*
- M2 : *« Mais j'ai l'impression que les gens n'ont pas forcément toujours envie. Il y a beaucoup encore d'infirmières et de médecins qui préfèrent travailler dans leurs coins et pas à la collaboration. Ça implique un peu de déléguer les tâches et de se faire juger sur ce que tu fais, il y a beaucoup encore de professionnels de santé qui ne supportent pas ça. Je ne sais pas si ça serait facilement applicable. »*
- M3 : *« Pour mettre en place un système comme ça, il faut aussi avoir une collaboration vraiment intense avec les autres soignants. [...] On essaie de se tourner vers de la médecine en collaboration, mais on voit sur le terrain que c'est compliqué. Il suffit de voir pour parler justement avec les infirmières en visite. Déjà, ce n'est pas forcément toujours facile d'avoir les retours des carnets de glycémie, des plaies chroniques à domicile et tout ça, rien que pour avoir des photos des fois. Ça serait vraiment un travail de collaboration intense. Je ne sais pas les gens qui seraient motivés à le faire. »*
- M10 : *« Il ne faudrait pas que ce soit obligatoirement tous les médecins qui soient obligés de le faire. Parce que le frein, ça va être MSP, sept médecins, il y en a six qui veulent, un qui ne veut pas, on ne fait pas. Et ça rend le truc compliqué. Il faut voir comment on peut le mettre en place, la souplesse. »*

- M12 : « *Pour certains points, je me pose la question, par exemple, si tu es dans une MSP, est ce que certains médecins peuvent avoir ce système là et les autres non ou est-ce que tout le monde ait le même mode de fonctionnement ?* »
- M16 : « *Si t'as un des médecins qui reste à l'acte et que tout le monde est au forfait, ça pose un peu de problème. J'en sais rien. Je pense que justement, il faut prévoir cette éventualité-là, que justement, on puisse se retrouver avec cette situation où un médecin pourra choisir une autre option.* »

III. Liés à la capitation

A. Absence de chiffre de rémunération

La valeur des rémunérations forfaitaires n'a, pour l'instant, pas encore été communiquée au grand public. Les médecins auraient aimé comparer la rémunération qu'ils auraient dans le programme à celle actuelle. Une grande partie des médecins s'accordaient globalement à dire que l'**absence de chiffre de rémunération** représente un frein décisionnel important,

- M1 : « *Tu n'as pas d'exemple à donner ? Parce que c'est embêtant. Si je ne sais pas combien je gagne par patient comment veux-tu que je me décide ?* »
- M4 : « *La théorie c'est bien mais sans chiffre... Il n'y a pas de chiffre officiel ? Il en faut pour pouvoir évaluer les choses. C'est le nerf de la guerre partout. Il faut de l'argent, il faut se nourrir le soir.* »
- M6 : « *C'est dommage, ça m'intéresse fortement. Parce qu'on peut difficilement décider d'une valorisation des soins sans avoir en tête la rémunération attenante.* »
- M7 : « *Ça va être très compliqué de se prononcer. Parce qu'on ne va pas se mentir, l'éternel nerf de la guerre c'est quand même l'argent. [...] Pour pouvoir choisir il faut avoir des éléments de comparaison. Jusqu'alors quand vous choisissez d'acheter votre paire de chaussures dans une boutique ou dans une autre boutique ou sur Internet, on ne va pas se mentir, il y a un des éléments qui va vous permettre de faire le choix entre, en dehors des services qui peuvent être apportés d'un côté ou de l'autre, c'est quand même le prix de la paire de chaussures. Là, excusez-moi, c'est pareil.* »
- M12 : « *Moi, j'aimerais avoir une vision claire, une estimation, de savoir exactement combien à peu près je vais gagner.* »
- M13 : « *Maintenant la théorie c'est bien mais on a besoin de chiffre, on ne peut pas*

dissocier les deux, à un moment un projet a beau être magnifique, s'il n'est pas économiquement viable, il ira à la poubelle. [...] C'est important de parler des chiffres. Parce que même si un projet semble beau, s'il semble juste beau mais qui n'est pas économiquement viable, c'est de la branlette intellectuelle.

- M14 : « *On ne sait pas combien coûte un socle et combien coûte chacune des briques. C'est quand même le point principal pour se décider.* »
- M18 : « *C'est simplement impossible de se décider sans chiffre.* »

B. Des mécaniques du forfait pouvant poser un problème

1. Absence de prise en compte du volume

Par définition, dans le programme Médecin Traitant Renforcé, la rémunération est indépendante du nombre d'actes réalisés.

Cette **disparition totale de toute rémunération à l'acte** dans le programme Médecin Traitant Renforcé pouvait être vécue comme **n'encourageant pas à l'effort supplémentaire** par certains médecins,

- M6 : « *Est ce que tu n'es pas tenté à un moment de dire « Le monsieur, il casse les pieds » ? Je l'ai déjà vu deux fois la semaine dernière, il veut encore me revoir aujourd'hui, je vais être payée pareil.* ». *Il y a un moment, tu te dis basta quoi. C'est un peu comme... Je vais avoir des propos très polémiques peut-être mais les praticiens hospitaliers leur agenda c'est telle heure telle heure. Et puis, à un moment, ils vont pas forcément en rajouter plus. Parce que faire des efforts pour gagner autant, ça va cinq minutes. Alors que quand t'es libéral, si tu rajoutes un patient, t'as quand même une part de rémunération en plus. [...] Quand tu rajoutes un patient, quand tu es libéral, tu es payé pour ça. Dans un système où tu as un salaire ou tu es en capitation, qu'est ce qui te pousse à faire un effort ? Il n'y a pas que l'appât du gain. Mais tout travail mérite salaire et tout effort mérite gratification.*

Notamment dans le cadre de la **prise en charge des pathologies aiguës**,

- M1 : « *S'il y a une épidémie de grippe [...] Tous les médecins font 60 actes par jour parce que tout le monde a la grippe. Tous les cabinets vont gagner le double de d'habitude et moi, comme je suis rémunéré non pas à l'acte, malgré que je vais être submergé, je vais gagner la même chose que l'année d'avant. J'aurai donc touché pareil*

cette année où il y a eu une épidémie terrible de grippe que l'année dernière où il n'y en a peu eu. Alors que je me serais crevé comme un con jusqu'à vingt-deux heures. Ce n'est pas possible. Il faut qu'il y ait une variable d'ajustement par rapport à ce qui se passe réellement dans la vraie vie. »

- M18 : *« Le problème c'est que je ne vais avoir aucun intérêt à rajouter un patient en plus à fin de la journée si je suis payé pareil. Je rentre chez moi voir ma femme plus tôt plutôt que de m'emmerder à voir des urgences en plus. »*

Certains d'entre eux s'inquiétaient que l'absence de valorisation du nombre de consultations ne puisse inciter à des comportements de **rationnement des soins**, contraire à la qualité des soins que le programme essaye justement de mettre en place,

- M17 : *« À partir du moment où tu suis les gens, tu touches de l'argent. Et après, l'idée, c'est d'essayer de les voir le moins souvent possible. Ok, par contre, j'ai l'impression que ton système il incite à ne pas faire du volume justement. »*

- M14 : *« Tu peux abuser là-dedans aussi. Tu peux très bien te prendre 10 000 patients comme médecin traitant et 10 000 patients ça va faire des délais d'attente monstrueux. Tu seras bien payé parce que c'est 10 000 patients, ce qui fait que tu vas être payé je ne sais pas combien avec tous tes socles. [...] Le corollaire c'est que le patient aura trois semaines pour te voir. Et puis derrière, les angines elles partent toutes seules ce qui fait que tu as un exercice que pour des patients qui sont des chroniques. Là, je réserve des créneaux pour les urgences, pour les patients qui ont mal aujourd'hui pour demain. Ça, c'est un problème. »*

- M15 : *« Je ne suis pas sûr qu'on puisse faire de la qualité. Tu vas être tenté à faire peut-être de l'abattage. C'est vrai que tu vas avoir des patients qu'on va dire « Le mec, il est stable sur une thyroïde, on renouvellement un an. ». Il faut croiser les doigts pour pas qu'ils viennent trop souvent. »*

... ou à faire de la **délégation excessive**,

- M15 : *« Ou alors, tu vas tout déléguer. Dans ce cas-là, c'est un peu comme les orthoptistes avec les ophtalmos, c'est-à-dire l'orthoptiste elle fait le taf, l'ophtalmo' contrôle, effectivement tout est OK, fait l'ordonnance et encaisse l'argent. »*

2. Déclaration médecin traitant

Certains des participants rapportaient que **la déclaration « médecin traitant » pouvait poser un problème** alors qu'elle est nécessaire pour recevoir la rémunération forfaitaire,

- M4 : *« On peut avoir une très, très grosse file active et pas les avoir enregistrés comme médecin traitant et se retrouver le bec dans l'eau. »*

Pour certains parce que leur patientèle était partagée avec un autre médecin qui lui est déclaré pour différentes raisons,

- M11 : *« Parce que moi, par exemple, je suis en ville, je suis en grande ville, je suis à V*. C'est un peu ma spécificité, c'est que j'ai beaucoup d'étudiants. Je suis un quartier étudiant, quartier de la A*, donc j'ai beaucoup d'étudiants de passage. Je ne suis pas le médecin traitant. Si on compare au niveau patientèle ce n'est pas du tout la même chose que quelqu'un qui est dans un désert médical qui va avoir 2 000 patients déclarés que 2 000 patients sur sa file active. Moi j'en ai moins mais en équivalence c'est pareil au niveau des actes parce que ce n'est pas mes patients. Et donc le problème c'est que je risque d'être pénalisé avec un forfait. »*
- M2 : *« Je fais beaucoup de suivi pédiatrique et il y a des enfants où les parents ont déclaré le pédiatre comme le médecin traitant alors que c'est moi qui assure le gros du suivi ou qui gère toutes les urgences. Oui, en fait, parce que le pédiatre ne prend pas les urgences. »*

Ou pour éviter le conflit avec des confrères,

- M12 : *« Par exemple, moi au niveau de mes patients, il y en a beaucoup où je ne suis pas déclarée médecin traitant et qui viennent quand même faire le suivi avec moi. Ils sont dans ma file active mais pas déclarés. [...] Parfois c'est aussi pour des raisons diplomatiques que je ne fais pas forcément le changement de déclaration parce que je ne veux pas être en conflit avec mes collègues. »*

... voir même éviter le conflit avec les patients,

- M3 : *« J'ai des patients où je ne me déclare pas volontairement comme étant le médecin traitant car je sais qu'ils vont me poser un problème à terme. Parce que je sais que le conflit va arriver et comme ça je n'aurai pas à leur envoyer un courrier recommandé avec l'article 47, leur dossier médical et le listing des autres médecins du secteur, avec un double au conseil de l'ordre, etc. Du coup, s'ils restent à l'acte ils sauront qu'ils ne sont pas déclaré, non ? »*

Cet argument était cependant relativisé par les interviewés qui remarquaient qu'ils étaient également déjà pénalisés dans le système actuel avec les rémunérations forfaitaires,

- M11 : « *Après je ne touche déjà pas les ROSP pour ces patients-là. »*
- M12 : « *Si c'est un système comme ça, à la limite, les ROSP peuvent fonctionner aussi comme ça. Il y a certains patients dont je fais le suivi où il y a pas mal de comorbidités, où c'est un peu plus lourd que d'autres. Et au final, je ne perçois pas les ROSP en lien avec ces patients-là. C'est un peu la même problématique. »*

3. Orientation de la pratique médicale

La mécanique de valorisation suivant des « briques thématiques » pouvait déplaire à certains interviewés qui craignaient une **orientation de leur exercice**,

- M13 : « *Cette briquette obligatoire et bien derrière elle va m'obliger à avoir une certaine forme d'activité que je ne souhaite pas. Et donc, d'une certaine manière, la médecine libérale permet quand même d'avoir une activité qui n'est pas standardisée. Tout le monde n'est pas formé ou n'a pas l'appétence à faire de la psychothérapie. Donc maintenant, si vous vous retrouvez avec une Sécu qui dit : Moi, je veux absolument que la psy soit prise en charge. Ok, d'accord. Donc vous avez dit vous allez forcer des professionnels qui n'ont pas forcément cette appétence-là, qui seront donc frustrés à aller vers une activité qui leur sera imposée. C'est une perte. »*
- M14 : « *Mais les choses qui sont mises en avant dans les briquettes sont des critères de santé public et pas ce qui importe au médecin. »*
- M15 : « *On est bien d'accord qu'on parle jamais de qualité des soins, on parle d'indicateurs. [...] Ce que j'ai peur c'est que maintenant les médecins réfléchissent plus qu'à cocher des briques et valider des points que le patient. Si tu me dis « Cette année, c'est cholestérol », OK, on fait cholestérol. Moi, je vais aller chercher les indicateurs cholestérol. Si tu me dis « Maintenant, on fait cette année grosse campagne sur le Gardasil », OK, indicateurs Gardasil et mes ostéoporoses je m'en fous. [...] Tu me pousses sur ça cette année et le reste on s'en fout. »*
- M18 : « *Le système est vraiment intéressant mais je vois aussi les failles avec ce système de briquette. Par exemple, moi, je ne fais pas de gynécologie. Enfin, je fais pas tout ce qui est speculum, frottis, stérilet. Pas parce que je ne sais pas le faire ou que je ne veux pas mais parce qu'avec mes patientes c'est compliqué. C'est pas les mêmes*

patientes qu'à Paris. Je suis dans un coin un peu plus moyenâgeux où c'est pas le med'gé' qui fait ça et encore moins si c'est un homme jeune. J'essaye d'en faire mais ça serait impossible pour moi de valider cet objectif. Alors ça risque d'être compliqué si je n'ai pas de sage-femme ou de gynécologue pour déléguer ou même juste si mes patientes refusent de se faire suivre. »

IV. Sentiment de dépendance vis-à-vis de la CPAM et de l'État

A. Sentiment de perte de liberté

Après la présentation du nouveau mode de rémunération, une partie des médecins exprimaient un sentiment de **perte de liberté** par rapport à la caisse d'assurance maladie et au gouvernement. La **perte de l'aspect libéral** de l'exercice était ainsi souvent évoquée,

- M4 : *« L'idée est belle mais pour perdre ce côté libéral quand même. On devient salarié déguisé. Et quand tout le monde est en traitant renforcé, tu passes en salarié en trois secondes, tu fais un 49,3 et t'es salarié. Tout est en place. Et à partir de là, t'es plus libre. T'es plus libre. »*
- M7 : *« Moi, clairement, le programme m'effraye parce que si j'ai fait le choix d'être médecin libéral, c'est parce que vous voyez dans le mot libéral il y a le terme liberté un petit peu, quelque part. »*
- M8 : *« Ce qui me freinerait énormément, c'est qu'une fois qu'on est dedans, on est... [...] on n'a pas notre mot à dire. C'est compliqué, on devient un fonctionnaire. »*
- M14 : *« Tu es complètement à la merci du gouvernement [...]. Tu n'as aucune indépendance, tu n'as rien. Tu es plus libéral, en fait, tu es salarié [...] »*
- M15 : *« Moi, je trouve que là, quand même, on n'est plus dans le libéral puisqu'en fait tu es engagé pour un nombre de patients comme un salaire. »*

B. Sentiment de dépendance par rapport à leur rémunération

Indépendamment de la rémunération initiale discutée précédemment, l'une des craintes signalées régulièrement par les médecins était le **gel de l'augmentation des forfaits** voire la **diminution des forfaits**,

- M15 : *« Plus les années vont passer, plus on va baisser les tarifs. Moi, je vois ça. Je suis hyper récalcitrant, ça me fait super peur. »*

Certains médecins décrivent un **sentiment de meilleur contrôle de leur rémunération à l'acte**,

- M8 : *« Ce qui me fait méfier c'est qu'après on est tributaire du curseur sur lequel ils mettent la capitation. Si un jour du jour lendemain ils disent « Finalement, c'est plus tant, c'est tant » et puis on retire tel ou tel critère et tout ça, au final, on n'a rien à dire. Tandis qu'à l'acte, on a toujours une possibilité de dire : Je travaille plus ou je travaille moins. »*
- M15 : *« Ou l'année suivante, tu me dis « Oui, mais vous comprenez, docteur, cette année, le forfait patient, il sera peut-être pas autant mais un peu moins ». Après, tu te retrouves à avec l'inflation, c'est galère. [...] Donc, en fait, je vais me retrouver avec un gros dilemme où la seule façon de faire, ça va être de uniquement majorer ma patientèle. Là, en tant que libéral à l'acte, si jamais j'ai besoin de gagner plus, j'arrête de faire quatre vaccins à la fois, je fais quatre vaccins séparés. Le patient vient quatre fois, ça ne m'augmente pas foncièrement ma charge de travail. »*

Cette peur était souvent formulée en lien avec **une dépendance avec la CPAM ou l'État** vécue comme plus importante dans ce modèle et en qui les médecins semblaient avoir un **manque de confiance**,

- M1 : *« Le problème c'est une faute de confiance entre les médecins et l'Assurance Maladie. Et en plus, ils l'exacerbent en ce moment parce qu'ils sont en train de nous faire style 1,50€ de plus. On peut très bien imaginer qu'effectivement, au bout de deux ou trois ans dans ce système-là, ils nous proposent 1,50 € de plus. Et qu'est-ce qu'on peut faire ? On peut même plus dire non. On peut même imaginer si demain, c'est justement l'extrême de gauche ou le Front National au pouvoir qu'il nous disent « Oui, au lieu de 300,000 vous n'aurez que 200 000, c'est bien suffisant pour vivre. » On est coincé, on est dans la capitation. On est coincé. On est au bon merci de l'État. »*
- M4 : *« Moi, là où ça freine, c'est que les pieds et poing liés avec la CPAM. Carrément. Et que dans 20 ans, ça sera au même tarif. Tu travailles plus, tu gagnes pareil. »*
- M10 : *« Parce qu'à partir du moment où ils sont juges et partis, qu'ils font les lois et qu'ils nous payent en fonction on n'a plus rien à dire, on ne peut plus rien faire. Ça, c'est le gros frein pour moi. Je pense que ce système serait extraordinaire mais il faudrait que ce soit un autre organisme que la Sécurité sociale qui le gère. »*

- M13 : *« Parce qu'encore une fois, là, les tâches que l'état nous demande depuis plusieurs mois, mais c'est qu'on nous en demande toujours plus pour le même prix, voire pour moins. Et c'est politique, c'est une volonté politique. Là, quand on voit qu'avec la convention ils n'ont pas augmenté le financement, c'est que la volonté politique c'est de faire plus au même prix voire moins cher. C'est à dire que le médecin généraliste doit maintenant gérer sa patientèle, mais doit aussi gérer tout ce qui est problématique d'accès aux soins de santé publique, d'avoir une vision territoriale en plus de sa vision populationnelle, au même prix. »*
- M14 : *« C'est le paiement au forfait qui est très compliqué, qui peut facilement être pondéré par le gouvernement en fonction de la santé publique et puis baisser si besoin par eux. Donc, on n'a plus aucune mise pour notre acte. On est complètement à la merci de l'État, un peu comme les retraites et le point de retraite : Ils baissent l'indice du point de retraite et nous voilà moins rémunérés. »*
- M6 : *« La difficulté que l'on rencontre en France, c'est l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), qui est une enveloppe fermée. Historiquement parlant, l'ONDAM est adapté aux besoins de santé de la population, c'est-à-dire que l'ONDAM augmentait en fonction des besoins, tout simplement. Et j'ai lu un article récemment disant que deux tiers de l'augmentation des frais de santé n'est pas liée en soit à la rémunération des soignants mais bien aux technicités de plus en plus importantes, aux produits, aux chimiothérapies qui coûtent de plus en plus cher. En soit, l'ONDAM devrait simplement augmenter du fait des thérapies de plus en plus lourdes, complexes et onéreuses. Et on s'aperçoit que l'ONDAM diminue puisqu'elle ne suit même pas l'inflation. Donc, le médecin est forcément une variable d'ajustement. Ces variables d'ajustement, si tu considères que le forfait est décidé annuellement, imaginons comme les ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) pour les CPTS, par la CPAM, il est sûr que tôt ou tard le médecin y perdra. Aujourd'hui, c'est ce qu'ils font toujours finalement. C'est un système qui est attrayant, qui a l'air bien valorisé, parce qu'ils ont envie d'avoir des modèles qui fonctionnent bien pour en faire de la publicité. C'est un peu comme les ROSP au début. Aujourd'hui, on voit ce qu'est devenu les ROSP. C'est-à-dire qu'on a des objectifs qui sont inatteignables, des critères de plus en plus iniques ou à la limite, par exemple pour la ROSP santé publique. Bref, c'est des critères totalement farfelus. Et finalement, ça devient des revenus qu'on n'arrive pas à toucher, puisqu'ils sont juste faits pour être à l'équilibre vis-à-vis de l'ONDAM et ils modulent les critères et les objectifs en fonction. Donc, c'est un*

vrai problème. C'est-à-dire que dans tout forfait, la difficulté c'est que la CNAM est juge et partie et elle ne prendra jamais parti de se surendetter ou d'exploser l'ONDAM parce que les médecins ont bien travaillé ou parce que c'est nécessaire pour la qualité des soins. On sera toujours une variable d'ajustement. Et c'est là où le forfait fait perdre aux médecins sa liberté et son indépendance d'exercice et met notre profession entièrement dans les mains d'une caisse nationale d'Assurance Maladie qui ne voit pas la santé comme un investissement, mais véritablement comme une dépense supplémentaire à réguler toujours plus et en aucun cas du côté patient ou du côté des thérapeutiques, mais toujours en régulant du côté des médecins. Et en moyenne on est à la baisse. »

C. Peur d'une modification des règles

De la même façon, plusieurs médecins ont manifesté une crainte d'une **modification des règles** du système qui pourrait leur être imposée par la CPAM ou l'État a posteriori. Certains médecins prenaient pour exemple des situations qu'ils ont déjà vécu,

- M1 : *« Il faudrait pouvoir faire confiance à l'Assurance Maladie, ce qui n'est pas possible. Ils n'ont pas confiance en nous, on n'a pas confiance en eux. Qu'est ce qui me prouve qu'ils ne vont pas me faire comme le coup du forfait structure, me demander de plus en plus de choses, c'est à dire intégrer des choses de plus en plus importantes style comme on voit dans les CPTS : Intégrer une action en cas de crise sanitaire, une action en cas d'inondation, une action en cas de guerre nucléaire ou Dieu sait quoi. Nous en remettre une couche en disant toujours « Oui, on a décidé par la loi que dorénavant dans vos structures, vous vous occuperez aussi de ça. ». Tout et n'importe quoi et qu'on ne puisse rien dire parce qu'on a signé, pas ce contrat là mais que l'avenant au contrat de l'année suivante précise que dorénavant il y a ça en plus, puis il y a ça encore en plus et puis pas forcément la rémunération qui augmente.*

C'est exactement ce qu'on nous a fait avec le forfait structure. On nous a dit « Vous aurez un forfait structure si vous avez un ordinateur. », donc on prenait l'ordinateur en gros, oui, on l'a tous fait. Puis on a dit « Vous continuerez à le toucher, mais il faudra mettre un logiciel dedans. ». On s'est dit « Oui, un logiciel médical tant qu'à faire, c'est normal. ». Et puis deux ans après, ils nous ont dit « Oui, mais il faudra que le logiciel médical il soit agréé. ». C'est déjà plus pareil, on ne peut plus choisir, il faut que ce soient des logiciels agréés, labellisés. Puis il faudra transmettre vos feuilles de soins obligatoirement, puis il faudra faire vos arrêts de travail obligatoirement. Puis il faudra ci, puis il faudra ça. Pour

arriver à un truc ou pour toucher le forfait structure, qui est quand même un forfait pour acheter des ordinateurs et des stylos, il faut être en exercice coordonné. Donc ils sont capables de tout en faisant mine de nous donner des sous. Moi, j'ai peur ce que soit ça le danger de la capitation. »

- M4 : « Et puis la confiance en ce moment entre la CPAM et l'État est quand même sacrément effilochée. Et vu l'expérience qu'on a eu sur les assistantes médicales... [...] Et bien l'arbitrage de la convention prolonge l'aide à l'emploi des assistantes médicales mais les contrats signés lors de la précédente convention ne peuvent pas être renouvelés. Donc pour prolonger l'aide il faut signer un nouveau contrat avec une nouvelle clause d'augmentation de sa patientèle. [...] Si j'accepte de renouveler, qu'est ce qui me dit qu'ils ne vont pas me refaire le même coup dans quelques années ? [...] Donc on se retrouve sur les bras avec une assistante médicale qu'il faut licencier et une patientèle plus grande qu'il faudra gérer sans elle. [...] »

- M9 : « Ce qui me freine, si c'est vraiment pris en charge tant mieux, c'est le coût et je n'ai pas confiance. J'ai pas confiance. Je prends une assistante médicale, par exemple, j'ai un employé en plus, du jour au lendemain, avec ce qui se passe depuis plusieurs années, on dit « L'assistante médicale, on ne vous la paye plus. » et je dois licencier quelqu'un ou je dois la payer. Ça me fait trop peur, je ne le ferai pas. »

- M10 : « La seule chose qui m'embête, c'est le fait que ce soit la Sécu' qui gère, parce qu'un peu comme Koh Lanta et Denis BROGNARD, c'est « Hop, nouvelle règle ». Ils ont tendance à changer les règles ou à nous forcer à faire d'une certaine façon et en nous privant de la liberté qu'on a quand même en tant que médecin généraliste. Il y a des décisions parfois de la Sécu' qui sont hors sol et qui seraient plus difficiles de ne pas appliquer si on avait ce modèle-là. Parce qu'à partir du moment où ils sont jugés et partis, qu'ils font les lois et qu'ils nous payent en fonction, on n'a plus rien à dire, on ne peut plus rien faire. Ça, c'est le gros frein pour moi. »

- M13 : « Le fait de faire disparaître totalement l'acte, ça veut dire qu'on est complètement assujetti aux objectifs qu'ils nous donnent. Là, ils vous disent je vous mets telle briquette et telle briquette. Ouais, d'accord. Là on l'a bien vu, nous, avec nos ROSP. Vous avez le volet 1 et le volet 2, je sais pas si vous connaissez les ROSP. Le volet 1, il faut le valider dans son ensemble. Le volet 2 est optionnel, pour l'avoir il faut valider tout le volet 1. Et bien du jour au lendemain la Sécu' a dit : « Bon ce critère optionnel, ça

« passe en obligatoire ». Ce qui fait que si vous l'avez pas, vous perdez toutes vos ROSP. Donc là, maintenant, vos petites briques et vos machins, ok, moi je l'entends, mais je connais aussi la Sécu' qui nous dira facilement que cette petite briquette optionnelle, elle passe en briquette obligatoire. »

V. Liés à l'exercice de groupe / à la délégation

A. Absence de personnel et de local adapté

L'un des freins signalés par les médecins à l'application du programme MTR était **l'impossibilité d'un exercice de groupe.**

Celui-ci pourrait être impossible à cause de **difficultés à recruter le personnel médical, paramédical ou administratif** nécessaire,

- M2 : *« Parce qu'il n'y a pas que le médecin. Là, il faut aussi trouver tous les autres... Et ça c'est pas évident non plus de trouver des gens. »*
- M3 : *« Après, c'est toujours pareil, recruter, où est ce qu'on va les recruter à tout ce monde-là ? »*
- M9 : *« Vous devez le savoir comme moi, ce n'est pas toujours facile d'attirer les paramédicaux je pense et de les garder. »*

Cette problématique semblait plus souvent signalée en **milieu rural** où le recrutement paraissait être plus difficile,

- M8 : *« Après, en pratique, nous, à la campagne, on ne va pas forcément trouver des personnes qui ont les qualifications nécessaires, qui vont avoir envie de venir avec nous dans les structures là. »*
- M12 : *« Tu disais que c'était aussi un système qui valorisait beaucoup la délégation de tâches. Est-ce que nous, par exemple, en province, on arrivera à avoir des assistantes sociales dans les infrastructures, des psychologues qui acceptent aussi ce système-là ? [...] du coup, finalement, cette délégation de tâches, elle ne sera pas faisable et du coup on n'arrivera pas à déléguer ce temps de travail qu'on est censé faire avec ce système-là même si dans la théorie, c'est censé être présent. »*
- M18 : *« C'est pareil, les IPA, c'est bien gentil, mais pour l'instant il n'y en a pas énormément de formés. Alors en trouver en zone rurale, bon courage. »*

Passé le problème du recrutement se posait ensuite la question des **problèmes de locaux**, nécessaire pour accueillir les soignants,

- M5 : « *On n'est pas complètement full, mais presque. Donc c'est bien joli tout ça, mais l'IPA, le coordonnateur, l'assistante médicale, etc. Moi, je n'ai pas les locaux pour les mettre. [...] Qui trouve les locaux pour ces gens-là ?* »
- M8 : « *Où est ce qu'on les met d'un point de vue local ? Au niveau place, ça demande de l'espace tout ce monde-là. »* »
- M13 : « *Oui, en effet, pour le moment le local est un problème. »* »
- M14 : « *Justement, ce que tu dis là, c'est beaucoup d'intervenants. Et beaucoup d'intervenants, ça veut dire des grosses structures, c'est-à-dire des gros bâtiments. [...] Le problème c'est que c'est dur de trouver des bâtiments avec le contexte actuel. Qui va me payer le bâtiment dans lequel on va s'installer ? »* »
- M18 : « *Il faut de l'espace pour pouvoir recruter après. »* »

A l'inverse, c'était cette fois les médecins de **ville** qui exprimaient le plus leurs difficultés quant à un agrandissement,

- M11 : « *Je coupe, mais le problème en ville c'est qu'on n'a pas la place. Ça, c'est des cadeaux empoisonnés aussi quand vous avez des petits cabinets comme c'est toujours le cas puisqu'on ne peut pas faire construire. Il faut pouvoir embaucher en plus, mais pour ça il faut trouver de la place en plus pour votre secrétaire ou une assistante médicale. C'est aussi un frein, ici on n'est pas tous égaux dans ce système-là. »* »
- M7 : « *Et mon cabinet, il est à 200 mètres de la P*. Je suis presque en hypercentre. Ça risque d'être compliqué d'agrandir ou de déménager. »* »

B. Rôle de « chef d'entreprise »

Les mutations de l'exercice du praticien induits par le programme comportent un **aspect de management** qui était discuté par les médecins,

- M1 : « *Le médecin, il faut qu'il change complètement son paradigme de pensée, sa façon de travailler en devenant vraiment une espèce de chef d'entreprise. J'aime bien, mais tout le monde n'aimera pas. [...] L'idée de passer ma journée à organiser les soins, ça me va bien. Ça ira pas à tous les médecins. Lors des manifestations, il y a beaucoup de jeunes médecins qui disaient « médecin pas patron, médecin pas chef d'entreprise » à l'inverse de* »

moi qui aime bien. Tout le monde ne va pas s'y retrouver. Certains collègues, par exemple, je pense qu'ils veulent juste voir des patients, qu'ils n'ont pas envie de changer leur mode d'activité. C'est un tel changement de paradigme, tout le monde ne va pas adhérer. »

- M3 : *« C'est un autre métier où on devient peut-être un peu plus chef d'entreprise ou entrepreneur, je ne sais pas. »*
- M4 : *« Mais le problème c'est, par exemple, de déléguer tu dis à un « administratif ». Si t'as un administrateur, il faut gérer l'administrateur. Parce que moi, par exemple, j'ai une coordinatrice au cabinet, j'ai des réunions de coordination avec elle. À la CPTS, j'ai une coordinatrice, je passe deux heures par semaine à la gérer. Minimum. Presque trois heures avec le temps additionnel, coup de fil, messages et tout ça. J'ai trois heures en plus de temps de coordination du coordinateur. »*
- M14 : *« L'IPA, par exemple, je ne vais pas non plus regarder si elle fait 30 patients. Moi je fais 30 patients, elle fait 30 patients, à la fin de journée je ne vais pas revoir tous ses patients derrière. Je la chaperonne en quelque sorte et ça ne m'intéresse pas. »*
- M15 : *« Non, mais même, les gens embauchés ils sont sous ma responsabilité. Le coordinateur administratif il peut les gérer mais il ne changera rien à ça. [...] Mais en termes d'organisation ça me paraît en remettre encore une énième couche comme les CPTS. Ça veut dire que d'un autre côté, moi, je vais avoir un temps aussi dédié à ça parce que j'imagine qu'il va y avoir, comme on coordonne nous les services, soit un débrief sur un tel qui a vu sa psy, un tel qui a vu sa diététicienne. »*
- M17 : *« Mais du coup, le fait de déléguer comme ça, ça veut dire qu'après, tu vas devoir gérer les gens à qui tu délègues. Je ne sais pas. Moi, ce n'est pas comme ça que je vois mon métier. Peut-être c'est comme ça que je le verrai dans dix ans, mais pour l'instant, j'ai encore l'espoir de pouvoir faire quand même surtout de la médecine. Je ne sais pas. Je suis un peu partagée. Je suis un peu partagée, en fait. »*

C. Cas plus lourd

Certains médecins s'inquiétaient que la délégation de tâches modifie l'activité du médecin qui, en déléguant les tâches les plus simples, aurait alors principalement à traiter **des tâches plus lourdes et moins variées**,

- M12 : *« Est-ce que si on délègue toutes les tâches que l'on fait, est-ce qu'on ne va pas se retrouver avec que les tâches qui sont soit plus lourdes à gérer ou moins variés au niveau de notre activité ? »*

- M15 : « *On ne peut pas, nous, être uniquement là pour gérer des choses compliquées. »*

En effet, cela serait vécu comme une **charge mentale plus importante** pour les médecins,

- M12 : « *Si l'IPA voit toutes mes patients quand ils vont bien et que moi, je ne vois que les problèmes, ça veut dire que je perds le côté varié de la médecine générale, où on voit aussi les patients quand ils vont bien et qu'on peut avoir la satisfaction de voir que leur état s'est amélioré et d'avoir que la charge mentale des cas lourds, en fait. Au moment où ça décompense, les gens vont vraiment pas bien et où tu les vois aussi dans une grande souffrance. En terme de charge mental et d'empathie, je pense que ça doit être lourd à gérer et ça je ne sais pas du tout si ce système-là ne favorise pas cette façon d'exercer. »*
- M3 : « *Je suis là pour voir les choses compliquées mais aussi pour voir des choses simples et pas seulement parce que c'est un acte facile qui rapporte 25 €. Parce que des fois tu es content de voir un patient le truc il est réglé en cinq minutes tu as le temps de discuter cinq minutes de plus avec lui ou d'autres choses et tu reposes ton cerveau. Parce que si tu passes toute la journée à passer 20 minutes avec chaque patient pour faire des choses approfondies... »*

D. Perte de lien humain

La délégation de tâches pouvait être perçue comme **une perte de liens humains** avec les patients par certains médecins,

- M5 : « *Notre métier, c'est avant tout un métier de lien. Il y a des choses que tu peux te permettre de faire avec des patients parce que tu les connais depuis un certain nombre d'années en fonction de ton intimité d'installation, que tu ne pourras pas faire si une fois sur deux ils sont vus par l'IPA ou je ne sais quel autre professionnel de santé pour des actes que tu faisais toi-même avant. [...] On a envie quand même de garder du lien. Il y a pas longtemps, j'ai eu à annoncer par téléphone à une de mes patientes que je vois régulièrement, avec qui j'ai pu tisser des liens depuis pratiquement cinq ans maintenant. J'ai eu à annoncer un cancer du sein à 35 ans, par téléphone, parce que j'étais pas là à la fin de semaine et qu'elle voulait absolument le savoir au plus vite, etc. Et j'avais suffisamment de liens et je connaissais suffisamment cette personne pour savoir que je pouvais le faire, que ce qu'elle me demandait c'était réalisable pour elle. Quand tu commences à parler de soins palliatifs, quand tu veux que les patientes te parlent de violences conjugales, des choses que les patients ou les patientes admettent enfin qu'ils boivent un verre de trop, ça se fait*

aussi sur la durée, ça nécessite de la confiance. Et ce n'est pas en déléguant tout à tout va que tu vas créer de la confiance. »

- M7 : *« Moi, déléguer des tâches à des IPA, à des assistants médicaux et ne plus connaître mes patients et ne les voir plus qu'une fois tous les X mois, trois fois par an ou une fois par an, ça ne me convient pas. J'ai besoin de connaître mes patients, j'ai besoin de les connaître intimement, j'ai besoin de les toucher. Je ne peux pas prendre en soin convenablement, à mon sens, des patients sur le long terme sans les connaître intimement, sans les voir régulièrement. Je ne dis pas que je les vois tous les mois, en tout cas pas ceux qui n'ont pas de gros risques ou facteurs de comorbidité. Mais moi, si demain il y a une IPA, une Asalée, un assistant médical qui voit les patients tous les deux ou tous les trois mois pour faire [...] les réévaluations de traitement et que moi, je vais les voir uniquement quand il y a un problème, je pense que je passe à côté de quelque chose. »*

- M12 : *« Par contre, je trouve que c'est vrai que faire de temps en temps un rappel de Gardasil, prendre le temps de savoir où en sont les études et puis parfois, ça peut être l'occasion de dire « Tiens, est-ce que tu fais du sport ? » [...] ça donne aussi le sens à notre métier parce qu'on s'intéresse aussi à la personne humaine. On aime bien savoir ce que font les gens, quels sont leurs projets. »*

- M15 : *« En France, on a vraiment l'habitude d'avoir le médecin au chevet du patient et le médecin qui prend le temps. Moi, si ça marche bien avec mes patients, c'est avant tout parce que, docteur, la patiente qui vient pour ses pertes de cheveux quand je lui demande ça a commencé quand, qu'est-ce qui s'est passé, qu'elle me dit que c'est suite à son IVG, est-ce que ça quand je vais déléguer les suivis psy je vais arriver à le dépister en 10 minutes ? Peut-être si je suis très bon, mais ça, ça se fait sur du relationnel long terme. »*

- M17 : *« T'as beau avoir une assistante médicale qui va te prendre une tension, qui va te faire une analyse d'urine, qui va te faire tout ça, le temps de prise de la tension combien de fois... Je ne sais pas si ça t'arrive mais combien de fois de fois tu prends la tension, finalement, ils te disent quelque chose que vraiment t'aurais peut-être jamais entendu si c'était pas toi qui prenait la tension. C'est tellement parfois bâtarde. Ça m'arrive pas à chaque consultation. Il y a des consultations une rhinopharyngite, ça prend sept minutes le patient est dehors, bon OK. Mais des fois t'as un motif de consultation un peu bateau puis au moment de faire l'examen clinique les gens se confinent. Tu vois que le problème de fond, il est finalement autre. Et donc là, je trouve que c'est bien que ce soit le médecin qui*

fasse aussi les petites mains parce que ça nous donne l'occasion aussi de meilleures prises en charge. J'ai peur que les gens... Oui, qu'on ait plus ce rôle-là, quoi. »

VI. Liés aux patients

A. Imposition du système aux patients

Certains médecins s'interrogeaient sur un possible **refus du programme par les patients**, notamment par ceux peu adhérents à un suivi médical qui serait en théorie renforcé ici,

- M2 : *« Le frein aussi c'est la patientèle. C'est trop perché comme truc, c'est la médecine de ville pour des gens qui ont envie de passer leur vie à s'occuper de leur santé. Les patients ici, c'est bon, 15 minutes chez le médecin c'est suffisant. J'ai mes médicaments pour trois mois si je pouvais les avoir pour six mois ça m'arrangerait. Il faut déjà négocier avec eux donc bon je pense pas que ça soit fait pour les gens en médecine rurale. »*
- M3 : *« Parce que ça, c'est dans l'hypothèse d'avoir un patient bien équilibré, très compliant, qui accepte le dépistage. [...] Enfin, il y a des patients ça peut leur plaire. Il y en a d'autres moins. [...] je veux dire, il faut des patients cortiqués aussi pour les faire entrer dans un programme comme ça. Des patients volontaires aussi, parce qu'il faut qu'ils aient envie de s'occuper de leur santé. [...] En gros, la santé ça fait pas partie des choses les plus importantes dans leur vie à laquelle ils se consacrent. »*
- M5 : *« Les gens que tu as du mal à faire venir en consultation, le diabétique à 13% d'hémoglobine glyquée, j'ai certains patients que je ne vois pas du tout de rentrer dans ce type de programme. Déjà, les faire revenir en consultation... [...] C'est bien pour des patients qui sont compliant, qui adhèrent, mais je ne suis pas certaine que ça convienne à tout le monde. [...] Je bosse avec une infirmière Asalée et j'en suis enchantée et c'est génial, mais tous les patients que je lui adresse ne vont pas la voir. Je ne sais pas, je suis hyper contente s'il y a un tiers des patients que je lui adresse qui vont la voir. »*

B. Gratuité des soins

1. Surconsommation des soins

La gratuité des soins induite par le mode de fonctionnement de l'expérimentation était perçue comme problématique par les médecins qui craignaient un **risque de surconsommation de soin**,

- M2 : *« Si plus personne ne paye rien, c'est comme si la porte est ouverte. Les gens*

vont venir comme ça, ils ont envie de te voir, ils ont envie de te parler, ils ont envie de t'envoyer un petit mail. »

- M3 : *« Ici, ça serait encore plus décharger les gens. Le médecin c'est gratuit. De toute façon, je peux y aller 15 fois par mois si je veux ou lui envoyer 15 mails dans la journée. De toute façon, je ne paye rien. »*

- M6 : *« Est-ce que ça ne pousserait pas plus au consumérisme du patient ? »*

- M7 : *« Ce que j'aurais peur aussi dans ce système de capitation, c'est que demain les patients ils savent qu'ils n'auront plus rien à régler et que le médecin il est payé pour les recevoir, mais pour les recevoir combien de fois dans l'année ? Parce qu'entre les patients qui vont être raisonnables et qui, effectivement, vont peut-être venir tous les trois mois faire leur réévaluation de traitement et ceux qui vont vouloir venir tous les 15 jours pour des conneries, des broutilles ou des certificats médicaux ou des machins qui normalement ne devraient pas être pris en charge, il faudra faire attention si ça ne majore pas l'activité des différents professionnels de santé. »*

- M15 : *« En général, quand tu ne payes pas les soins, tu as souvent une tendance inflationniste. [...] Ce n'est pas la même patientèle qu'à Paris, tu n'as pas les mêmes cultures ni la même éducation ici. [...] Parce que moi, de mon expérience personnelle, en Cité, en CMU, quand les gens ne payent pas ils surconsomment du soin. »*

- M17 : *« Moi, ce qui va m'embêter, je pense, c'est le fait que le patient, finalement, sorte de chez moi sans me régler. J'ai peur que ça ait un comportement ce moment un peu incitatif à la consommation de soins. »*

2. Banalisation du soin

Une partie des médecins interrogés jugeait que la gratuité des frais médicaux pour le patient pouvait **banaliser l'acte médical**.

Ils craignaient que le soin soit alors perçu par le patient comme quelque chose de normal et de **dû**,

- M9 : *« Ça pousse à dire : « Moi, vous êtes payés pour mon contrat d'entretien annuel. Si je dois venir, je viens. Vous devez me voir. ». Ça peut être assez exigeant de ce côté-là aussi. »*

- M7 : « *L'air de rien, vous savez, quand vous prenez, ne serait-ce que le calendrier vaccinal et les 20 consultations qui sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie entre 0 et 16 ans, l'air de rien, c'est du travail supplémentaire par rapport à ce qui existait avant. C'est insidieux. On ne vous dit pas qu'il y aura du travail supplémentaire, mais les patients, eux, ils le savent. Ils le savent que, excusez-moi le terme, mais ils ont « le droit », en gros, à 20 consultations. Et là c'est exactement similaire. »*
- M11 : « *Je reste attaché au fait que les gens payent, que ce ne soit pas gratuit parce que c'est vraiment un paradigme la gratuité. C'est-à-dire que quand vous ne payez rien, vous pensez que tout vous est dû. »*
- M17 : « *C'est peut-être une idée fausse, mais pour moi, ça me paraît important qu'une fois qu'on a passé 15-20 minutes ensemble, que ça se termine par honorer un petit peu ce travail et cette relation qui s'établit quand même entre le médecin et son patient, puisqu'on a des compétences humaines aussi. C'est une certaine reconnaissance, je trouve. S'il n'y a plus ça, les gens vont peut-être avoir l'impression que c'est un petit peu normal. C'est peut-être un petit bémol que j'aurai. »*

Quelques-uns des médecins interrogés décrivaient la crainte d'une **perte de la notion de ce que coûte la santé** pour le patient, qui était perçu assez négativement par eux,

- M2 : « *On fait déjà le tiers payant intégral systématique à tout le monde au cabinet. Moi je trouve que déjà quand ils payent 7,50€ ils sont un peu déresponsabilisés. Tu as toujours l'impression de leur arracher le cœur quand tu leur demandes de régler alors que ça ne représente rien et qu'ils sont remboursés. Alors là... »*
- M9 : « *Mais c'est bien de plus demander des sous aux gens, mais à un moment il faut qu'ils sachent aussi que ça coûte quelque chose. »*
- M15 : « *T'as une déconnexion du patient des coûts des soins puisque le patient ne paye pas. »*

3. Perte de motivation aux soins

Un des médecins interrogé a signalé que, pour lui, la gratuité pouvait **diminuer l'implication** du patient dans la démarche soins,

- M11 : « Je suis installé en ville depuis longtemps. Je travaille aussi à l'hôpital dans un centre de santé mentale. Je fais de l'éducation thérapeutique pour des patients schizo-phrènes, bipolaires et dépressifs. Ça fait 12 ans que je fais ça. Et dans un ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif), c'est l'hôpital U*. Je connais bien les théma-tiques de la santé mentale et je vois un peu les travers de la gratuité. C'est-à-dire que dans ce service, par exemple, on travaille beaucoup dans l'éducation thérapeutique sur l'empowerment, sur le fait que les gens se prennent en charge. On leur donne les outils pour qu'ils se prennent en charge eux-mêmes. Et puis nous, on est là en train de les coa-cher. Et la gratuité ça casse un peu ça. C'est-à-dire que la gratuité, c'est quelque chose de typiquement français. Quand vous allez dans les autres pays, quand on veut un peu plus des soins, etc, on paye. On paye de sa poche et quand on paye de sa poche, on s'investit plus. On est plus motivé pour, d'abord, pour moins coûter, pour moins avoir à dépenser, pour faire de la prévention. Alors qu'en France, quelqu'un qui fume, de toute façon « je m'en fous si j'ai un cancer, je serai pris en charge, justement, par l'assurance maladie. » »

Résultats : Les moteurs

I. Liés à la rémunération

A. Attentes d'augmentation

Une partie des médecins ont exprimé leurs attentes d'une **revalorisation de leur rémunération** comme facteur motivationnel important à l'entrée dans le programme,

- M1 : « Sauf que. Moi si j'entre dans des trucs comme ça, c'est pour gagner plus, ce n'est pas pour gagner pareil. Je ne vais pas changer tout mon mode de fonctionnement pour gagner pareil. [...] Je ne pense pas qu'on puisse passer d'un système classique au paiement à l'acte à un système comme ça sans qu'il y ait une carotte. [...] La carotte, c'est « Vous allez gagner 10% de plus ou 20% de plus » [...] Si je change de boîte ou j'échange de métier, c'est pour gagner plus dans une carrière. »
- M2 : « Est-ce que ça me permet de gagner plus ? Si on veut faire de la médecine tournée patient pour le patient c'est bien il est coucouné et tout ça. Mais moi je pense d'abord au médecin avant de penser au patient. Si ça ne permet pas de gagner plus, pour moi, ça ne sert à rien. »

- M3 : « *Moi, la seule question que j'ai, c'est : Est-ce que ces médecins ils gagnent mieux leur vie que nous ou pas ? En gros, est ce que c'est intéressant financièrement de faire ce truc là ou pas ?* »
- M6 : « *Et s'il n'y a pas de gains et pas de pertes, quel intérêt finalement de ce nouveau mode de rémunération ? C'est un peu étonnant.* »
- M18 : « *Je sais que ça va sonner un peu... Enfin, désolé, mais on ne va pas changer toute l'organisation de la maison médicale, embaucher du personnel et changer tous les logiciels médicaux si on n'est pas vraiment encouragé à le faire. Il faut que ce soit vraiment intéressant financièrement pour que tout le monde se lance là-dedans.* »

B. Insatisfaction du modèle actuel

La grande majorité des médecins ont exprimé leur **insatisfaction du modèle de rémunération à l'acte** car il **ne valoriserait que le volume d'acte et pas la qualité**. Au contraire, la rémunération forfaitaire était saluée car **valorisant mieux les consultations longues ou complexes**,

- M5 : « *Le paiement à l'acte c'est pas suffisant, en tout cas tel qu'il est proposé aujourd'hui. [...] Moi j'ai des patients qui ont cinq ALD avec des choses qui nécessitent d'être suivies régulièrement, qui nécessitent d'être remises à jour. Un gros point que tu me présente c'est des gens pour qui je bloque une demi-heure de consultation et, franchement, être payée 25 € pour une demi-heure de consultation quand tu veux bien faire ton travail, ça suffit.* »
- M11 : « *On est un peu dans un système un peu bâtard avec une consultation qui est dévalorisée, ce qui fait que ça nous oblige à faire beaucoup d'actes pour avoir un confort de vie. [...] Je pense que le côté qui peut être sympa, c'est d'avoir sa patientèle dont on s'occupe un peu plus, sans avoir à se soucier de l'argent puisqu'on reçoit un forfait.* »
- M12 : « *Je fais beaucoup de suivi psychologique ou pédiatrique. Et du coup, c'est des entretiens effectivement qui sont plus long. C'est vrai que ça, si la rémunération elle pouvait tenir compte du fait que c'est des consultations qui sont plus lourdes, moi je trouverais ça plutôt pas mal.* »
- M13 : « *On est dans un modèle qui est dévoyé à l'extrême aujourd'hui. Sachant qu'on est à 80-90 % à l'acte, le risque c'est que justement tu n'arrives pas à faire en sorte d'amener de la qualité. [...] Donc en effet, pour moi il faut amener une forme de*

capitation pour justement essayer d'inciter à faire certaines activités, inciter à amener de la qualité parce que le paiement à l'acte ne pousse qu'à la quantité. »

- M16 : *« Moi je serais vraiment intéressé pour signer [...] Ce qui me plaît dans le système à l'acte ? Rien. [...] Le paiement à l'acte, pour moi, c'est une ineptie. Ça ne correspond à rien. Je vous dis la valeur de l'acte ça a fonctionné pourquoi. Il y a des écrits qui ont été publiés par nos étudiants de l'ENA, etc, qui sont assez extraordinaires. Pourquoi la valeur de l'acte est basse ? La valeur de l'acte est très basse pour augmenter la productivité des médecins, pour faire du volume. »*

- M17 : *« En comparaison à la rémunération à l'acte, ce qui est alléchant dans ta présentation c'est que c'est vrai que dès qu'on est encouragé à faire quelque chose de qualitatif, c'est intéressant. »*

Pire encore, dans le système actuel les médecins se plaignaient qu'**un exercice de la qualité seraient pénalisé**. Ils déclaraient se sentir **encouragés à faire de l'abattage**,

- M5 : *« Que tu fasses bien ton boulot, que tu passes trois quarts d'heure avec un patient ou que tu l'expédies en dix minutes, t'es rémunéré pareil. »*

- M10 : *« Le paiement à l'acte, je trouve ça nullissime. Je passe mon temps à dire qu'en médecine générale le mieux on travaille le moins on est payé. Moi, je suis plutôt minimum 20 minutes par consultation et donc c'est trois consultations par heure et souvent je finis par être en retard. Je fais beaucoup beaucoup de préventions, beaucoup beaucoup de santé mentale et donc tout ça prend du temps et tout ça n'est pas valorisé. Et plus on fait de préventions moins on gagne d'argent. C'est la double peine, parce que ça prend plus de temps et quand on fait de la prévention ou de l'éducation thérapeutique les gens ne sont pas malades ou ne consultent pas quand ils sont malades, donc on les voit moins souvent et on les voit pour des choses plus graves et qui prennent plus de temps. Donc forcément que, sur le principe, le modèle à la capitation je le trouve génial. »*

- M13 : *« Dans le modèle actuel, moi je passe un quart d'heure à faire de la prévention j'ai l'impression d'autonomiser le patient et de faire en sorte qu'il soit mieux armé pour se démerder. Je le vois une fois un quart d'heure je suis payé 25€. Mon collègue d'à côté, il en voit trois là où j'en vois un, il est payé 75 €. [...] Je trouve ça dommage que moi, qui ai l'impression d'avoir un travail intellectuellement enrichissant et bénéfique pour le patient, je sois moins rémunéré et moins reconnu qu'un collègue qui va faire de l'abattage pour maximiser sa situation personnelle. [...] Dans le modèle actuel qui est le couillon ?*

Moi. »

- M15 : « *On retrouve ça, moi je trouve, dans les médecins qui font un peu de l'abattage à diminuer la consult' versus ceux qui font 20 minutes. Tu es payé pareil même si tu passes plus de temps, donc oui il faut changer de système.* »

La **prise en compte du temps de travail hors soin** dans le modèle à la capitation était également appréciée :

- M11 : « *C'est bien, surtout si les temps d'échange sont rémunérés, ce qu'ils ne sont pas actuellement. C'est vrai que quand je parle d'un patient avec mes collègues c'est entre deux portes et c'est gratuit.* »
- M16 : « *C'est bien que le temps de travail passé à faire de l'administratif ou du téléphone soit pris en compte dans la rémunération.* »

C. Rémunération simple et lisible

Certains praticiens appréciaient la rémunération forfaitaire car jugée **simple et lisible** notamment en comparaison de la rémunération actuelle jugée complexe,

- M1 : « *Ce qui est bien c'est que ça simplifie quand même la nomenclature actuelle qui est l'un des gros reproches des médecins au système actuel, entre les actes CCAM et NGAP. C'est tellement compliqué qu'il y a des formations qui sont proposées pour apprendre à coter et qu'elles sont actualisées tous les ans avec les changements. Et puis il y a tous les forfaits différents...* »
- M6 : « *La complexité de la cotation est déjà un fait majeur qu'on pourrait largement simplifier. [...] Il y a aussi un défaut chez médecins générale qui est une sous-cotation notoire par peur de la CPAM et par méconnaissance également des cotations possibles. Parce qu'autant les jeunes arrivent largement à manœuvrer, je pense, autant les anciens ne connaissent pas grand-chose, hormis le G, le G plus MEG. [...] Effectivement, ça serait un des avantages du forfait.* »
- M11 : « *La ROSP, c'est quelque chose de... C'est une musique d'une espèce d'usine à gaz. Je ne comprends pas pourquoi ils nous font un tas de trucs comme ça, très compliqués, pour avoir des points...* »
- M16 : « *C'est bien de rendre aussi plus lisible la rémunération [...] »*

- M18 : « C'est bien d'avoir une rémunération transparente, qu'on sache quel patient nous rapporte combien. Avec la ROSP, par exemple, c'est un peu au petit bonheur la chance. »

Cependant, certains médecins regrettaient la **persistance d'une part de rémunération à l'acte qui limite cette simplification,**

- M3 : « Ça peut quand même alourdir encore la logistique quand il s'agit d'organiser la facturation de dire qu'il y en a certains qui vont être sur un forfait, d'autres hors forfait ou d'autres on va dire un fonctionnement hybride entre un forfait et une tarification à l'acte. »
- M18 : « Après on garde une rémunération à l'acte pour les patients non déclarés et tous les gestes techniques hors forfait donc il va encore falloir maîtriser les cotations. »

II. Liés à l'exercice de groupe / à la délégation

A. Transposition aux structures

1. Aux grosses structures

Les structures de volume important, qui ont déjà une organisation se rapprochant du programme et le personnel adapté, signalaient qu'elles **pouvaient déjà appliquer** le programme MTR,

- M1 : « Je dirais que dans la MSP, on a déjà un peu commencé à travailler comme ça. Dans la nôtre, on a une infirmière Asalée qui est un peu une IPA. On a des assistantes médicales en plus des secrétaires. Forcément, on a une coordinatrice. On travaille avec des infirmières, des kinés, une psychologue qui sont sur place et des médecins de second recours. »
- M4 : « Notre MSP, on est déjà... On pourrait le faire du jour au lendemain techniquement. On a tout sous la main. Il suffit de s'organiser. Ça c'est jouable et ça pourrait le faire. »
- M5 : « Ils ont repris des choses déjà existantes. Tu ne crées pas une équipe A à Z pour faire ça. Ils ont upgradé leur MSP. Ils sont passés au niveau supérieur, mais ils ne passent pas d'un exercice seul dans un cabinet à la campagne à MSP+, j'ai envie de dire ça comme ça. »
- M10 : « Dans la future MSP, pourquoi pas. [...] Mais voilà, je pense qu'il y a plein

de choses qui seraient applicables par rapport à la façon de travailler de façon coordonnée. »

- M18 : *« Il y a déjà plein de choses qu'on fait chez nous. »*

2. Aux structures plus modestes

Pour les structures de petite taille qui manqueraient de soignants pour avoir un exercice de groupe coordonné, l'idée d'un **groupement de structures de santé** était évoquée pour répondre à ces problématiques,

- M1 : *« On peut intégrer dans notre groupe des médecins qui sont tout seuls à droite, à gauche. »*
- M5 : *« Nous, on est une maison médicale où on est quatre médecins maintenant, plus l'infirmière Asalée. On a le local derrière avec le cinquième médecin, mais qui ne fait pas partie de la SCM (Société Civile de Moyen), qui bosse complètement indépendamment. Et puis le cabinet de la pédicure et le cabinet des infirmières. Ce serait possible qu'on fonctionne comme une MSP éclatée ? »*
- M8 : *« Après, ça nécessiterait peut-être aussi de mutualiser avec d'autres structures à côté, [...] Ça voudrait dire qu'il faudrait éventuellement des temps partiels à partager avec d'autres structures voisines. »*
- M9 : *« Après, la solution, c'est rejoindre, pas forcément physiquement, mais vraiment, juridiquement, je ne sais pas comment on peut dire, la maison médicale à côté. »*
- M12 : *« Est-ce que ça implique du coup que les gens, il faudrait qu'ils déménagent pour travailler tous au même endroit ? Ou est ce qu'il peut y avoir une coordination, mais un peu à distance avec quelqu'un qui soit rattaché à ton cabinet sans être physiquement dans le même bâtiment ? »*
- M13 : *« On peut trouver, se débrouiller avec des cabinets secondaires en lien avec des maisons de santé pour pouvoir régler ces problèmes locaux. »*

B. Attirance pour le mode d'exercice

Les médecins interrogés étaient **déjà installés en groupe**, par définition, et aimaient donc ce type d'installation,

- M2 : *« Je suis installée en groupe donc forcément que je trouve ça bien. »*
- M11 : *« Si vous avez une grosse maison de santé professionnelle [...] avec une*

équipe de soignants c'est ça l'avenir de la médecine. »

- M12 : *« C'est d'être à plusieurs qui a fait que je me suis installée. »*

De la même manière, l'**exercice coordonné** était décrit comme un élément positif et **déjà réalisé** par beaucoup d'entre eux justement dans le cadre de leur exercice de groupe,

- M3 : *« En fait, moi aussi au cabinet je fais des téléconsultations avec l'infirmière au domicile des patients, ils n'ont rien inventé. Mais c'est pratique, ça évite d'aller tous les mois chez les patients. »*

- M6 : *« On a une vision du médecin non informatisé qui est exerce tout seul, qui n'a pas de secrétaire et qui ne compte pas ses heures... Ce qui m'a surpris, c'est quand j'entends ces administratifs de l'ARS ou d'ailleurs qui disent « Les CPTS, ça permet la coordination des soins. » comme si les médecins qui ont précédés ne parlaient pas entre eux, n'assuraient pas la coordination et la prise en charge globale. Parce que ce n'est pas les CPTS qui ont créé l'alpha et l'oméga et qui ont créé la coordination des soins et la prise en charge conjointe médicale et paramédicale des patients. Tous les médecins l'ont toujours fait. »*

- M10 : *« Je ne sais pas si vous avez interrogé C*, il serait très intéressant à interroger parce que je suis allé voir sa façon de pratiquer et je trouve ça génial. Il a créé des consultations coordonnées infirmières-médecins et c'est beaucoup plus intéressant qu'un assistant médical qui n'a pas de compétence en santé particulière. Le fait de travailler et de faire des consultations coordonnées avec une infirmière, ça permet de se répartir chacun des parties de la consultation et de gagner du temps médical, mais de façon beaucoup plus efficiente que par rapport aux assistants médicaux, avec des compétences qu'ont les infirmières et que n'ont pas les autres. Le grand problème de ça, pour l'instant, c'est la rémunération des infirmières. Dans la MSP que je suis en train de monter, je vais essayer de voir comment est-ce qu'on peut faire pour créer ces consultations, qu'on puisse payer les infirmières, que moi en tout cas je puisse travailler avec une infirmière. On a commencé un tout petit peu, par exemple, pour réduire les visites à domicile. Avec une infirmière, on fait des téléconsultations assistées. C'est à dire qu'on vient de commencer, mais pour des patients qui sont stables, qui vont bien, pour lesquels on y va parfois tous les mois alors qu'on n'est pas sûr que ce soit vraiment hyper utile. Mais en même temps, si on y va tous les trois mois, ça peut être la cata'. Je vais y aller une fois tous les trois mois et les deux autres mois, il va y avoir une téléconsultation*

faite avec l'infirmière. On va probablement acheter des tablettes pour que les patients nous voient mieux puisque souvent c'est des patients âgés. Et elle, elle fait une téléconsultation, donc elle peut compter quelque chose et moi, je compte une téléconsultation. Donc avant, elle arrive, elle prend la tension, elle prend les mesures de biométrie et puis ça me permet d'avoir une interaction avec le patient et l'infirmière. »

- M11 : *« Je connais bien aussi l'exercice coordonné. La coordination, on le fait déjà avec l'éducation thérapeutique, justement. Quand on a des groupes en ville, on fait des groupes d'éducation thérapeutique en pluri-pro. Ça, c'est bien. »*
- M12 : *« En soi, c'est déjà un travail que je fais en étant à la MSP, de faire de la coordination, de communiquer avec les autres membres. [...] ça, c'est vraiment quelque chose qui est quand même un atout pour les patients et même les patients nous le disent. Parce que tu demandes quelque chose à l'un ou à l'autre, t'as tout de suite le retour. La cardio' elle vient te voir dans ton bureau et te dit « J'ai vu tel patient, il y a ça, ça, ça, ça, est-ce qu'on ne pourrait pas envisager ça ? » et tu peux en discuter directement. Et ça, c'est un gros gain de temps et d'efficacité pour la prise en charge de tes patients. T'es pas tout seul dans ton cabinet en train de te tourner les méninges et de te dire « Comment je m'en sors avec tel ou tel truc ? ». Et eux, ils t'apportent aussi une expertise dans leur domaine. Il y a des choses des fois que l'on ne connaît pas et qu'on apprend au fur et à mesure en ayant le retour des para-med', des autres professionnels de santé qui ont une expertise ou une expérience plus importante que toi dans tel ou tel domaine. »*
- M17 : *« L'exercice de groupe c'est génial, de pouvoir travailler à plusieurs, ça c'est sûr. [...] Oui, le fait de pouvoir échanger, le fait de pouvoir aussi se concerter sur des décisions, d'échanger sur des dossiers, ça, bien sûr, c'est même un petit peu vital, je pense. C'est important pour moi. Oui, c'est quelque chose qu'on fait déjà au cabinet. Ça nous arrive d'interrompre la consultation, d'aller se demander mutuellement un avis pour une lésion dermatologique un peu atypique. Oui, voilà, on en discute ensemble. Et puis, avant la prochaine entrevue avec le patient, on essaye d'avoir parfois des visions un peu collégiales des choses. Ça reste quand même occasionnel. On ne parle pas que de nos patients tout le temps, mais c'est intéressant, surtout quand on est jeune, je trouve qu'il peut arriver qu'on soit confronté à des choses qu'on n'ait jamais vu avant. Ça peut être rassurant d'échanger. »*
- M18 : *« C'est vraiment bien de ne pas être le seul pilier de la prise en charge, de*

pouvoir bosser avec les autres. [...] Ça, moi, je trouve que c'est valorisant qu'on propose ce genre de choses et ça changera peut-être pas trop de ce que je fais là actuellement. »

La délégation de tâches était appréciée surtout pour le **gain de temps** qu'elle permet et pour **soulager des missions jugées peu intéressantes** par le médecin, qu'elles soient administratives ou médicales,

- M2 : *« Ça fait gagner du temps si tu enlèves tous les patients que tu renouvellerai tous les mois ou que tu verras peut-être pour une cystite ou pour des conneries. Ils verraient une IPA. [...] Et puis en plus justement la Sécu' pour nous faire un peu changer de mode d'exercice, ils avaient déjà mis en place les assistantes médicales. Ils avaient fait un pas vers nous vu qu'ils la financent pour justement nous faire travailler de manière optimale, gagner en temps médical et tout ça. »*
- M3 : *« De ce que j'ai compris, ça pourrait être assez intéressant pour certains patients très chronophages qu'on est censé quand même réévaluer souvent, pas forcément en les voyant. Je pense surtout à des patients en visite, des patients grabataires, techniquement, on ne les voit pas forcément toutes les semaines, mais on s'en occupe toutes les semaines parce qu'on a toujours une transmission de l'infirmière, une photo, un truc qui ne va pas. »*
- M17 : *« Après, le fait d'avoir des gens qui gèrent le secrétariat, qui gèrent les fuites d'eau, ça c'est intéressant parce que ça nous enlève une épine du pied. De tout devoir gérer comme ça, comme tu dis, les ressources humaines, la secrétaire qui est malade... Ça, c'est intéressant. »*

III. Liées aux patients

Les possibles **améliorations du service rendu aux patients** semblaient être appréciées par les médecins interrogés.

Tout d'abord car le programme vise à permettre de **régler le problème du manque de médecins**,

- M1 : *« Ça peut permettre en partie le problème du manque de médecins, c'est bien. »*
- M16 : *« Ça augmente l'accessibilité aux médecins traitants parce que vous augmentez la file active de chaque médecin. Donc oui, il n'y a que des points positifs. »*

L'incitation à l'**éducation thérapeutique** des patients était également retrouvée,

- M16 : *« Actuellement, dans les systèmes à la capitation, dans d'autres pays, une infirmière va être payée la même chose pour un suivi d'un patient diabétique sous insuline qu'elle y aille une fois par trimestre ou tous les jours ou trois fois par jour. Et curieusement, dans les pays où ça fonctionne comme ça, parce que les injecteurs d'insuline sont des auto-injecteurs, quand vous rémunérez de la même façon l'infirmière qu'elle y aille trois fois dans l'année, quatre fois dans l'année ou tous les jours ou trois fois par jour, vous vous rendez compte qu'il y a beaucoup plus de patients qui trouvent leur autonomie, parce que l'infirmière va passer trois heures le premier mois tous les jours, puis le deuxième mois, une heure, et puis les gens vont rapidement être autonomes. Pareil en kiné, si vous avez un forfait à la capitation pour la patientèle des lombalgies, les patients, bizarrement, ils ont besoin de 10 séances et non pas de 200 séances. »*

La **gratuité des soins** était saluée car permettant de rendre les soins accessibles à tous,

- M9 : *« Et qu'est ce qui m'attirerait ? Moi, j'aime bien le principe de solidarité nationale, que les patients ils n'aient rien à déboursier, c'est cool. [...] Donc si le patient c'est confortable pour lui, ça me fait plaisir aussi. »*
- M18 : *« En ce moment, on parle de la consultation à 50 € mais il y a plein de gens qui ne pourront jamais les mettre. Je pense que c'est quand même important, comme dans ce programme, que les soins soient accessibles ».*

De la même façon, la **gratuité des intervenants annexes** permise grâce à l'enveloppe complémentaire était également appréciée car elle permettait d'éviter le renoncement de certains patients à ces soins,

- M12 : *« Par contre, là c'est vrai que tu parlais du psychologue. C'est intéressant d'avoir un appui psychologique pour nos patients qui parfois ont besoin de soins de ce côté-là. Remboursés, en tout cas, parce que le problème de la psychothérapie, c'est qu'il n'y a pas de remboursement, donc c'est quand même un frein à la consultation chez le psychologue. »*
- M13 : *« J'ai besoin d'avoir des prises en charge psy' et ce que propose l'État c'est le programme « mon psy' » où les psy' sont sous-payés et donc au final là où personne ne va. [...] Ils arrivent à financer des choses et montrer l'intérêt d'un financement d'ergothérapeutes, de psychologue, de diététiciennes. C'est parfait. Ensuite, j'aimerais*

qu'ils le remboursent pour tout le monde. »

Certains médecins s'insurgeaient toutefois lorsqu'il était interrogé sur une possibilité de « mieux » prendre en soin les patients puisqu'ils rapportaient **déjà prendre en charge correctement les patients dans le cadre de leurs exercices,**

- M13 : *« C'est marrant votre présentation parce que « ils prennent en charge mieux » : Non. Ils prennent en charge différemment et ils s'assurent de standardiser les prises en charge. Moi, la prévention, j'en fais. [...] Donc est-ce qu'ils prennent mieux en charge parce qu'ils se sont organisés ou parce que les soins indispensables comme la psychothérapie sont rémunérés ? Moi derrière on arrive dans le droit commun à la fin des cinq ans, vont-ils rendre la psy' remboursée ? Vont-ils rembourser la psy' ? Moi la réponse elle est non. Une boîte de Seresta, ça coûte 1 € et une consultation psy, ça coûte 60 €. L'état ne remboursera pas et à long terme une consultation psy'. Et pour autant, est ce qu'ils prennent mieux en charge ? Non, c'est juste que là, dans l'expérimentation, ils ont rendu ça gratuit donc ils ont donné l'accès aux gens à ça. Moi, dans la dépression, je fais beaucoup de psychothérapie. En effet, je suis payé avec le Hamilton une fois dans l'année pour ces patients là et après derrière c'est consultations classiques, il n'empêche que j'en fais quand même, ça ne m'empêche pas d'en faire. C'est juste que je me rattrape autrement ou je fais plus d'acte pour compenser, mais n'empêche que j'en fais. Donc eux, ils s'organisent pour que tout le monde en fasse. Bon c'est bien, c'est une bonne organisation. Est ce qu'ils font mieux ? Non. C'est bon, moi je le fais mon boulot. Donc à un moment, encore une fois, il faut faire attention à ce qui est dit. »*

- M16 : *« Alors si, dans le système actuel, il y a une très forte incitation à faire de la prévention et du dépistage. C'est la responsabilité médicale et l'éthique, qui sont quand même les deux éléments essentiels qui font tourner la médecine libérale actuellement en France. C'est-à-dire que si vous retirez le caractère éthique de la médecine à ce moment-là, je vais vendre des pneus. »*

Discussion

I. Faiblesses de l'étude

A. Liées au chercheur

Étant un premier travail de recherche et une première étude qualitative, cette thèse peut donc présenter un certain nombre de biais en lien avec la faible expérience de l'investigateur.

Il existe également une variabilité dans la qualité des entretiens : L'explication du programme MTR, les réponses aux questions posées par les médecins interrogés par rapport au fonctionnement du programme et les relances des premiers entretiens étaient probablement moins pertinentes que celles des entretiens suivants.

La difficulté pouvait également résider dans la neutralité requise lors des entretiens qui n'était pas toujours simple. En effet, il n'est pas toujours aisé de s'émanciper de la confraternité lorsque l'on interroge des pairs. Il peut donc exister un **biais affectif**.

B. Liées au contexte

Les interrogatoires ont été réalisés juste après l'échec de la négociation de la nouvelle convention médicale entre les syndicats médicaux et la CPAM et juste après l'application de son règlement arbitral. La question d'un nouveau mode de rémunération et d'exercice pour les médecins a donc parfois pu être assez tendue. À titre d'illustration, on peut citer notamment les deux entretiens réalisés mais non inclus dans l'étude du fait d'une incompréhension par les médecins interrogés de l'exercice de thèse et d'une agressivité pendant l'entretien. Il existe donc un probablement un **biais de contexte**.

C. Liées à l'échantillonnage

Une grande partie des sollicitations d'entretien sont restées sans réponse. Les médecins qui ont répondu étaient donc probablement les plus intéressés par le sujet et ceux qui avaient un message à faire passer.

Par ailleurs, les médecins interrogés n'avaient pas été contactés spécifiquement, ce sont les structures médicales qui ont été contactées. Ainsi, il a été constaté que, très généralement, le médecin répondant à notre sollicitation et participant à l'interview avait une importance

« hiérarchique » avec un rôle de meneur dans la structure médicale contactée. Si ce rôle de « leader » est intéressant, puisqu'il oriente la politique et le pilotage des structures médicales, il rend également l'échantillon moins représentatif de la population des médecins généralistes de ville que l'on cherchait à étudier.

Un **biais de sélection** est donc probable.

D. Liées à la méthode

S'agissant d'un premier travail et d'une démarche inductive, certaines nuances des interviews ont pu être mal interprétées. Un **biais d'interprétation** est donc possible.

E. Liées au sujet

Il s'agit ici d'un sujet assez technique et vaste. Il pouvait être compliqué pour nos interlocuteurs de comprendre toutes les subtilités du programme qui est plutôt difficile à appréhender dans sa globalité, même sur des entretiens dépassant souvent une heure. Ainsi, les réponses qu'ils nous donnaient pouvaient parfois être basées sur une incompréhension du système.

Les interviews abordaient par ailleurs la rémunération et les pratiques des médecins. Il s'agit de thématiques parfois encore vécues comme tabous par certains médecins. Il existe probablement un **biais de prévarication**, certains interrogés ayant pu craindre de se sentir jugé s'ils exprimaient un désir de rentabilité ou s'ils évoquaient certaines de leurs pratiques.

II. Forces de l'étude

A. Liées au sujet

La thématique de ce travail de recherche est intéressante car la capitation est un sujet assez peu connu par les médecins français. Par ailleurs, si c'est un mode de rémunération bien documenté dans le cadre de son application à l'étranger, le sujet de sa transposition en France l'est beaucoup moins.

D'autre part, le sujet étudié dans ce travail est indirectement d'actualité car réalisé justement en plein échec des négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins libéraux et

la CPAM, et terminé juste avant la reprise de ces mêmes négociations.

B. Liées à la méthodologie

La méthode qualitative a longtemps été victime de son image « insuffisamment scientifique ». En réalité, celle-ci mérite sa place dans la littérature scientifique au même titre que la méthode quantitative à condition d'être adaptée à la question de recherche. Ces deux méthodes ne sont pas opposées mais complémentaires et pourraient se succéder dans un même programme de recherche. Notre question de recherche n'était pas « Est-ce que les médecins généralistes libéraux veulent ou non adopter le programme Médecin Traitant Renforcé ? » mais plutôt « Pourquoi voudrait-il/pourrait-il ou non l'adopter ? ». La méthode qualitative semblait alors la plus adaptée pour recueillir toute la richesse des avis, des comportements, des sentiments, des croyances et des représentations mais aussi la nuance des discours.

Le choix des entretiens individuels nous a semblé être le plus adapté car son cadre plus intime permet d'aborder des sujets délicats et encourage une parole libérée.

La liberté proposée aux médecins quant au choix de la date et de la méthode d'interview (en personne ou à distance) a permis à ces derniers de choisir des séances adaptées à leurs agendas et le moyen de communication dans lequel ils se sentaient le plus confortable. On peut supposer que ce choix a permis des échanges de meilleure qualité et dégagant un contenu plus fourni.

Un double codage des données a été réalisé. Après retranscription des entretiens, l'enquêteur procède au codage des données. Celui-ci se fait de manière subjective, ce qui constitue un biais d'interprétation. Dans notre étude, nous avons procédé à un double codage : L'analyse des données a été effectuée par deux personnes, indépendamment l'une de l'autre sans jamais avoir échangé auparavant à propos des entretiens. Cette "triangulation" a permis de réduire la subjectivité, donnant plus de force à notre travail.

C. Liées à l'échantillonnage

L'échantillon interrogé était très diversifié, en incluant des médecins de tous types : Hommes et femmes, de toutes les catégories d'âge, exerçant dans des structures de taille variable et dans des zones très différentes dans l'ensemble des Hauts-de-France, allant de zones urbaines comme Lille ou Amiens à des déserts médicaux en campagne comme la

Thiérache en passant par des zones proches de la banlieue parisienne.

En outre, la saturation des données a été obtenue au 16ème entretien, ce qui renforce la validité du travail.

D. Liées au chercheur

Je suis actuellement et depuis deux ans médecin généraliste adjoint dans une MSP et j'ai eu l'occasion d'effectuer de nombreux remplacements dans différentes maisons médicales depuis la fin de mon troisième semestre d'internat. J'ai donc une bonne connaissance du monde libéral et du fonctionnement des cabinets de groupe. C'est notamment cela qui a influencé la direction de la question de recherche, à savoir d'explorer l'application du programme MTR à des cabinets libéraux préexistants.

III. Principaux résultats

A. **Les principaux déterminants à l'adoption du programme identifiés**

1. La rémunération

Le montant de leurs rémunérations était un facteur décisionnel cité par une large majorité des médecins généralistes libéraux lorsqu'ils étaient interrogés sur la possibilité d'une adoption du programme Médecin Traitant Renforcé. Le montant des différents forfaits n'ayant pas été encore communiqué, les médecins n'ont donc pas pu se prononcer sur ceux-ci. Cependant, certains d'entre eux ont fait savoir qu'une augmentation de leurs rémunérations était une motivation importante à l'adoption de ce nouveau modèle d'exercice.

L'insatisfaction du modèle de rémunération actuel était un élément redondant lors des entretiens, la rémunération à l'acte étant vécue comme n'encourageant qu'au volume et pénalisant le travail « qualitatif ». À l'inverse, dans le programme, la prise en compte dans leurs rémunérations des consultations plus longues ou complexes mais aussi du temps de travail hors consultation était appréciée par les praticiens.

De la même manière, la simplification et la lisibilité de la rémunération du programme étaient accueillies positivement par les médecins, en comparaison à la nomenclature et aux différents forfaits actuellement en vigueur qu'ils jugeaient complexes, même si une part de rémunération à l'acte persistait.

Néanmoins, quelques-uns des interviewés exprimaient une frustration concernant la disparition totale de la rémunération à l'acte qu'ils considéraient comme ne motivant pas à fournir plus d'efforts notamment dans le cadre des soins aigus. Ils pouvaient redouter, de ce fait, que la disparition de toute incitation au rendement puisse entraîner des problèmes diamétralement opposés à ceux retrouvés dans la rémunération à l'acte à savoir d'encourager une rétention des actes ou une délégation excessive. De la même façon, le choix de pondérer leurs rémunérations en fonction de certaines pathologies et facteurs de risques pouvait déplaire à une partie des généralistes par peur d'une orientation de leurs pratiques médicales. Enfin, la déclaration du statut de « médecin traitant » nécessaire pour permettre leurs rémunérations, sans être un blocage, était problématique pour certains médecins car ils ne pouvaient ou ne voulaient pas déclarer certains patients de leurs files actives.

2. L'exercice de groupe et la délégation des tâches

L'exercice de groupe était décrit comme un élément positif mais cette réponse était attendue puisque les médecins interrogés étaient tous installés en groupe du fait de nos critères de recrutement. Néanmoins, plus largement, il semble exister un véritable attrait pour ce mode d'installation puisqu'il ne cesse de croître et qu'il est devenu dominant (environ 70 % des généralistes installés) [15].

De la même façon, le travail en coordination semblait être apprécié et était pratiqué par une partie des médecins.

La perception de la délégation des tâches, encouragée par la rémunération à la capitation, était quant à elle plus contrastée. Si le gain de temps et le délestage des tâches administratives ou médicales jugées peu intéressantes semblaient séduire certains praticiens, elle était contrebalancée par le rôle de « chef d'entreprise », à savoir les responsabilités managériales et de gestion, qui pouvaient ne pas correspondre à certains médecins. D'autre part, certains soignants s'inquiétaient de l'impact que pouvait avoir la délégation sur leur pratique : Ils redoutaient de se retrouver avec des cas plus lourds à gérer dans leur pratique quotidienne mais également d'une perte de contacts humains avec leurs patientèles.

Les principaux obstacles à ce type d'exercice étaient le manque de personnel nécessaire pour constituer une équipe et des locaux inadéquats pour accueillir celle-ci. Ces problèmes concernaient principalement les maisons médicales de plus petites tailles puisque celles de plus gros volumes rapportaient pouvoir déjà adopter ce mode d'exercice s'ils le souhaitaient. Pour les structures plus modestes, le regroupement de cabinets était proposé.

3. L'impact pour le patient

De manière générale, les bénéfices que pouvait apporter le programme MTR aux patients étaient perçus positivement.

La gratuité des soins pour le patient était cependant discutée par les médecins interrogés. Si la possibilité d'un accès aux soins pour tous était reconnue, les médecins craignaient qu'elle n'induisse également des effets négatifs sur le comportement de certains patients comme une surconsommation de soins, une normalisation de l'acte médical voire une diminution de l'implication du patient dans le soin.

Cet élément, même s'il a occupé une part importante des entretiens, restera cependant en suspend pour l'instant. En effet, pour rappel, les soins réalisés dans le cadre de

l'expérimentation sont entièrement pris en charge par une enveloppe spécifique dédiée de l'article 51. Ainsi, il n'est pas encore certain que les soins restent gratuits lors de la transposition dans le droit commun pour que le programme soit économiquement viable.

Certains médecins s'interrogeaient également sur un possible rejet du programme par certains patients dont l'adhésion à un suivi médical était déjà difficile. Il est intéressant de noter que cet élément a déjà été identifié par les promoteurs de l'expérimentation qui rapportent que seulement 1% des patients refusent d'intégrer le programme.

4. La crainte d'une perte de liberté

L'abandon de la rémunération à l'acte pour un modèle à la capitation était générateur d'un sentiment notable de perte de liberté chez les médecins généralistes libéraux. Ces derniers avaient l'impression, dans ce système, d'une dépendance accrue vis-à-vis de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ce qui pouvait créer des blocages parmi eux. En réalité, leurs appréhensions étaient surtout liées à un manque de confiance envers l'État.

A cause de cela, les médecins interrogés avaient peur d'une perte de la maîtrise de leurs rémunérations à la faveur du centre payeur, qui pourrait la faire stagner ou la diminuer, ou d'une possible modification du programme à leur désavantage.

5. Les autres éléments rapportés

Le caractère encore expérimental du programme Médecin Traitant Renforcé était source de méfiance pour certains praticiens interrogés. Pour les convaincre, il sera probablement nécessaire d'attendre les conclusions du programme ainsi que des résultats de son application sur le terrain.

En outre, la période de transition à l'entrée dans le programme était vécue comme une surcharge de travail qui pouvait décourager les médecins.

B. Des moteurs et des freins surtout psychologiques

Si de nombreux éléments décisionnels ont été rapportés par les médecins pendant les entretiens, on remarque que les seuls freins empêchant dans l'absolu l'adoption du programme MTR sont des obstacles techniques à l'exercice de groupe (refus de l'adoption du programme par les autres soignants du cabinet, manque de personnel administratif ou soignant et locaux

inadaptés).

Tous les autres éléments exprimés étaient donc des facteurs psychologiques (aspirations, préférences, représentations...).

C. Une certaine frilosité des médecins mais...

Si cette étude permet de repérer les freins et moteurs à l'adoption du programme Médecin Traitant Renforcé, elle ne permet cependant pas de déterminer parmi les éléments identifiés lesquels seront les plus importants dans la décision d'adopter ou non le programme. Il est cependant difficile de ne pas percevoir dans ce travail de recherche une certaine frilosité des médecins quant à l'adoption d'une rémunération forfaitaire, avec des freins nombreux et argumentés.

Ces réticences des médecins généralistes libéraux étaient prévisibles car déjà exprimées lorsqu'ils étaient interrogés sur une évolution des rémunérations forfaitaires actuelles. Malgré une globale insatisfaction de leurs rémunérations actuelles, tant sur la part à l'acte que sur la part forfaitaire (> 70 % de mécontentement parmi les répondants) [17], une nomenclature qu'ils jugent complexe à utiliser [18] et couvrant imparfaitement les situations rencontrées en pratique [19], la majorité des médecins désiraient conserver une rémunération forfaitaire minoritaire par rapport à la rémunération à l'acte (79,5 % des répondants) [17;20], témoignant de leurs préférences pour celle-ci.

Les principales craintes exprimées lorsqu'ils étaient sondés sur une augmentation de la part forfaitaire dans leurs rémunérations étaient le problème de confiance vis-à-vis du payeur, le sentiment de perte d'indépendance et de vulnérabilité face au centre payeur ainsi que le sentiment de perte de contrôle de leur rémunération (+/- 80 % des sondés chaque élément) [17]. Cela est corroboré par une étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins montrant que la liberté et l'indépendance professionnelle étaient l'une des principales motivations au choix de la médecine générale comme spécialité [21].

Cette autonomie reste néanmoins à relativiser puisque les tarifs de leurs consultations sont fixés par une convention passée entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs [22]. Ainsi la seule « liberté » qu'ils ont sur leurs rémunérations reste finalement le choix du nombre d'actes qu'ils réalisent et de leurs temps de travail.

Toutefois, les résultats obtenus restent à mettre en perspective car la population interrogée dans cette étude n'est pas la seule cible du programme Médecin Traitant Renforcé. Outre l'adoption du programme Médecin Traitant Renforcé par des médecins généralistes déjà installés, il pourrait également être intéressant d'étudier l'appétence des internes de médecine générale ou des jeunes médecins pour ce système et l'importance qu'il pourrait avoir comme facteur décisionnel quant à une installation. En effet, la désaffection de l'exercice libéral au profit du salariat s'explique par la modification démographique de la profession qui rajeunit et se féminise [1]. Cette nouvelle génération de soignants, qui suit les évolutions de la société, aspire à des conditions d'exercice différentes ainsi qu'à un équilibre entre leurs vies professionnelles et leurs vies personnelles.

Une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins montrait que si 75% des internes envisagent une installation en libéral à l'issue de leurs études, seuls 35% d'entre eux s'installent 5 ans après leurs premières inscriptions à l'ordre. Il existe donc chez cette population un attrait toujours certain pour l'exercice de la fonction de généraliste de ville mais aussi des freins importants à l'installation. Dans cette même étude, les conditions d'exercice et le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé étaient cités comme deux des trois principaux facteurs-clés motivant l'installation des médecins dans les territoires [23]. Ces données sont confortées par une étude du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris qui relève que l'ambiance de travail, le travail au sein d'une équipe, le plateau technique et la qualité de l'organisation des soins sont parmi les facteurs les plus importants qui influencent les choix de carrières professionnelles des internes [24]. Dans ces conditions, le programme Médecin Traitant Renforcé semble donc intéressant car il pourrait répondre à leurs demandes en termes de conditions d'exercice et ainsi, dans un contexte de pénurie de médecin, jouer sur l'attractivité de la profession.

On peut d'autre part noter que les jeunes médecins se montrent, dans la rémunération actuelle, globalement plus favorables à une augmentation de la part forfaitaire dans leurs rémunérations [17;20]. Il est de surcroît intéressant de noter que les équipes médicales de l'expérimentation du groupe IPSO Santé sont justement composés elles-mêmes de médecins plutôt jeunes.

Sous d'autres rapports, il est bon de rappeler qu'il n'existe pas de bon ou de mauvais modèle de rémunération des professionnels de santé : Tous comportent des avantages et des inconvénients que ce soit pour le médecin, le patient et le système de santé [25;26]. Puisqu'il ne s'agit pas ici de remplacer la rémunération à l'acte mais de proposer un mode de

rémunération alternatif, la diversification des modes de rémunération ne semble pas être une mauvaise idée.

D. Comparaisons aux modèles à l'étranger

1. L'exemple d'une transition à l'étranger

Si un même modèle de rémunération des médecins peut prendre des formes très variables quand appliqué dans des systèmes de santé différents, il reste pertinent de s'intéresser aux modèles de rémunérations à la capitation appliqués dans d'autres pays.

Une province du Canada a connu une modification de son système de santé, similaire à celle évoquée dans ce travail de recherche, avec l'introduction d'une rémunération à la capitation dans un système ayant jusqu'ici une rémunération à l'acte largement majoritaire [27].

En effet, soucieux d'améliorer l'accès et la qualité des soins, l'Ontario a expérimenté une évolution des modalités de rémunération de ses médecins en introduisant un système à la capitation en alternative au système de paiement à l'acte préexistant. Les modes d'exercices ont alors été modifiées en profondeur avec notamment un regroupement des médecins en structures pluriprofessionnelles alors qu'ils exerçaient seul ou en petit groupe auparavant. Les médecins adoptant ce nouveau mode de rémunération ont vu par ailleurs leurs rémunérations augmenter (31% d'augmentation entre 2005 et 2009 contre 25% pour les médecins hors système).

Ces éléments ont entraîné un basculement dans le choix des modes d'exercices des médecins : Alors qu'une large majorité des médecins exerçaient sur un système de paiement à l'acte (94% en 2002), une grande partie d'entre eux ont adopté la rémunération à la capitation (seuls 25% des médecins étaient toujours payés à l'acte en 2015) [27].

Ce changement a apporté plusieurs bénéfices pour le système de santé. Il a été constaté une plus forte attractivité pour le rôle de médecin généraliste, dont le nombre a augmenté alors qu'il était en décroissance constante et importante jusque-là. Pour les patients ce système a permis globalement un meilleur accès aux médecins ainsi qu'une meilleure qualité des soins [27].

Cependant, par rapport aux attentes initiales du gouvernement, les gains en termes d'accès et

de qualité des soins apportés par les réformes ont été jugées insuffisantes rapportées à l'investissement réalisé et à l'augmentation des coûts du système de santé. Celui-ci a alors cherché à limiter les dépenses de santé. En 2015, la renégociation des accords entre le gouvernement et les médecins, similaire à nos négociations conventionnelles françaises, s'est donc soldée par un échec. Le gouvernement a alors décidé de manière unilatérale d'une coupe de 7% de la rémunération des médecins [27].

Cet exemple semble intéressant, même si le système santé de l'Ontario n'est pas complètement superposable à celui français, puisqu'il se rapproche dans une certaine mesure de la situation rencontrée dans cette thèse. En effet, malgré un nouveau système de santé présenté comme efficient et vertueux, il permet d'expliquer les crispations et la difficulté au changement des médecins en illustrant leurs impressions de perte d'indépendance par rapport à l'État ainsi que leurs sentiments de vulnérabilité par rapport à leurs rémunérations.

2. L'exemple d'une coexistence des modèles de rémunération

Porter un regard sur le système de santé de la Belgique, qui par ailleurs est proche culturellement de la France, semble également pertinent puisqu'il y coexiste pour les médecins généralistes libéraux un système de rémunération à l'acte et un système de rémunération à la capitation.

a. Les avis des médecins généralistes

Une étude qualitative similaire à la nôtre a été réalisée chez les médecins généralistes belges installés afin d'identifier les facteurs déterminants le choix entre l'un ou l'autre de ces systèmes [28]. L'étude semble intéressante car, contrairement à la nôtre, elle permet de mettre en parallèle le vécu des médecins de chacun des deux modèles de rémunération.

Le forfait était principalement choisi par des médecins qui recherchaient un exercice de groupe. Il était adopté le plus souvent par des médecins jeunes et notamment des femmes (60% des praticiens), principalement parce qu'il leur permettait de concilier plus facilement vie privée et vie professionnelle.

D'un point de vue financier, les motivations étaient assez différentes dans chaque groupe. Si la rémunération au forfait semblait légèrement plus intéressante, les médecins qui l'adoptaient étaient cependant prêts à gagner moins pour avoir une meilleure qualité de vie. Ceux à l'acte avaient une approche différente de leur rémunération et recherchaient plutôt une corrélation

entre activité et argent, avec la possibilité d'augmenter directement leur rémunération en travaillant plus.

Ainsi, le choix des médecins d'un modèle par rapport à l'autre se faisait principalement suivant leurs visions personnelles de l'exercice médical, le type de pratique qu'ils recherchaient mais aussi suivant des critères de qualité de vie. Il s'agissait donc surtout d'une question de **préférences personnelles**.

Dans tous les cas, les médecins, qu'ils soient à l'acte ou au forfait, paraissaient globalement satisfaits de leurs choix de pratique. On peut imaginer que cette satisfaction peut être liée au libre choix de son mode de rémunération du fait que les deux systèmes coexistent et permettent à chacun d'y trouver son compte.

b. Les effets sur le système de santé

Une étude a été menée par la Fédération des Maisons Médicales, structure qui gère les maisons médicales à la capitation. Celle-ci a comparé les résultats de ces deux offres de soins dans son système de santé.

Sur le plan économique, le système au forfait induisait plus de dépenses de soins en première ligne ainsi qu'une surconsommation de soins par les patients du fait de sa « gratuité » mais que le coût global des soins n'augmentait pas voire étaient plutôt inférieurs à ceux à l'acte car des économies étaient faites en deuxième ligne de soins [29].

Au niveau des soins, les critères de qualité étaient identiques entre les deux systèmes mais les critères de prévention étaient mieux respectés dans le groupe au forfait [29].

E. Le point de vue du financeur : Une évolution vers le forfait ?

Si les tenants et les aboutissants pour les professionnels de santé et les patients ont été abordés, les conséquences de ce nouveau mode de rémunération pour le système de santé n'a pas semblé être un facteur décisionnel pour les médecins. Il semblerait donc pertinent de s'intéresser au désir du financeur à savoir de l'État.

Lors de la présentation de sa stratégie « Ma Santé 2022 », le président de la République Monsieur Emmanuel Macron avait dévoilé la possibilité pour les médecins ayant rejoint les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), regroupement de médecins et

de paramédicaux en structures organisant la santé populationnelle sur un territoire, un abandon de la rémunération à l'acte pour l'adoption d'une rémunération au forfait : « *Je souhaite également proposer aux professionnels volontaires d'aller plus loin, plus vite, d'opter pour une rémunération qui passe complètement de l'acte à un forfait de prise en charge des populations sur leur territoire.* » [30]. Plus largement, ce projet de loi s'appuyait sur le rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé » qui préconisait « la mise en place de forfaits substitutifs à l'acte pour la prise en charge de certaines pathologies chroniques, pour mieux prendre en charge le suivi du patient au long cours. » [31].

Ce plan de refonte du système de santé a cependant été mis à mal par l'épidémie de Covid-19 apparue en France au début de l'année 2020. Le Ségur de la santé, qui faisait suite à cette épidémie, était quant à lui plutôt dirigé vers l'hôpital [32]. Lors de ses vœux aux acteurs de la santé le 6 janvier 2023, le président de la République n'a plus évoqué ce nouveau mode de rémunération [33].

Si les dernières négociations conventionnelles n'ont pas abordé le sujet de la rémunération forfaitaire, elles montraient cependant un rejet d'une augmentation subséquente des actes par le gouvernement [35].

Dans une note thématique sur la réorganisation des soins de ville de juillet 2023, la Cours des Comptes appelait quant à elle à une accélération de la transformation des rémunérations des professionnels de santé avec un recentrage de celles-ci sur la prévention, la qualité et l'organisation des soins. Cependant ces recommandations s'inscrivaient dans un objectif de « meilleur pilotage des dépenses de santé » et donc de régulation [36], la rémunération à l'acte étant générateur d'inflation [9], ce qui devrait de nouveau générer de la méfiance de la part des soignants.

Dans tous les cas, les conclusions du programme Médecin Traitant Renforcé, qui doit se terminer à la fin de l'année 2024, devrait réouvrir les discussions puisque celui-ci s'inscrit dans le cadre de l'article 51 qui vise, par définition, à transformer le système de santé.

Conclusion

En France, les besoins de santé augmentent avec l'accroissement de la population et son vieillissement. Parallèlement, il existe une pénurie de médecins généralistes de ville s'expliquant par un désintérêt pour ce mode d'exercice.

Le programme « Médecin Traitant Renforcé », mené dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, expérimente un nouveau modèle de rémunération à la capitation pour les médecins généralistes libéraux. Il s'accompagne d'un nouveau mode d'exercice qui pourrait permettre une amélioration de la qualité des soins et qui serait susceptible de répondre à la pénurie de médecins.

Ce travail avait pour but d'identifier les freins et moteurs à l'adoption de ce programme par les médecins généralistes libéraux.

Tout d'abord, concernant le nouveau modèle de rémunération proposé, l'absence de chiffre communiqué a laissé les médecins dans l'expectative bien qu'ils aient exprimé le désir d'une rémunération revue à la hausse. La prise en compte des consultations plus longues ou complexes, du temps de travail hors consultation et la simplification de la rémunération ont été bien accueillies mais la disparition totale de la rémunération au volume et sa pondération suivant des critères définis suscitaient des débats. De plus, l'obligation de déclarer les patients suivis pour recevoir la rémunération a suscité des préoccupations chez les médecins.

En ce qui concerne l'exercice de groupe, la coordination semblaient déjà être pratiquée mais la délégation des tâches était discutée. Le gain de temps et la libération des tâches contraignantes étaient contrebalancés par des responsabilités managériales, la prise en charge de cas plus lourds et un sentiment de perte de liens humains avec les patients. Le manque de personnel et de locaux adéquats ont été identifiés comme des obstacles, en particulier pour les petites structures. Les structures plus volumineuses disposaient déjà des ressources nécessaires à l'adoption de ce mode d'exercice.

L'entrée dans le programme était vécue comme un investissement important en termes de temps. L'acceptation du programme par les autres soignants de la structure et plus largement la cohésion d'équipe étaient également des enjeux importants.

En ce qui concerne les avantages potentiels pour les patients, bien que la gratuité des soins ait été perçue positivement, les médecins ont exprimé des inquiétudes quant à ses effets

potentiels tels qu'une surconsommation de soins, la banalisation de l'acte médical et une possible perte de motivation des patients.

Enfin, le manque de confiance entre les médecins et les instances publiques était un obstacle notable, avec une crainte de perte de liberté dans le modèle de rémunération à la capitation et des inquiétudes quant à d'éventuelles modifications des rémunérations ou des règles du système.

Malgré de nombreux freins retrouvés, il est important de garder en tête qu'il s'agit d'un mode de rémunération alternatif qui ne vise pas à remplacer celui déjà existant.

Par ailleurs, les médecins généralistes déjà installés ne sont probablement pas la cible principale de ce programme. En effet, la nouvelle génération de médecins généralistes, qui se désintéresse de l'exercice libéral, pourrait être tenté de l'adopter puisqu'elle répond aux critères d'exercice qu'ils recherchent.

Les instances publiques sembleraient quant à elles enclines à une évolution vers une rémunération forfaitaire, qui pourrait leur apparaître comme plus simple à maîtriser économiquement et plus efficiente.

Bibliographie

- [1] Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Mar 2021. 76. p. 12-62.
- [2] Gonzalez L, Roussel R, Héam JC, Mikou M, Ferretti C. Les dépenses de santé en 2017 [En ligne] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. 10 oct 2018. [Consulté le 15 mai 2023]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/3-9.pdf>
- [3] Légifrance. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. [En ligne]. 23 oct 2016. [Cité le 15/05/23]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>
- [4] Gousia K, Peckham C. GP payment schemes review. Policy Research Unit in Commissioning and Healthcare System, oct 2014, p. 4.
- [5] Sørensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. Health Policy Amst Neth 2003;66:73-93.
- [6] Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Question d'économie de la santé. 2009 juill;144:1-8.
- [7] Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. Health Econ 2000;9:199-210.
- [8] Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. Revue économique. 2004;Vol. 55(5):901-22.
- [9] 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.
- [10] Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How Should We Pay Doctors ? A Systematic Review of Salary Payments and their Effect on Doctor Behaviour », Quaterly Journal of Medecine. Jan 1999.
- [11] Georges P, Waquet C. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS. juil 2013.
- [12] Ministère de la Santé et de la Prévention. Article 51 Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 – Innovations organisationnelles pour la transformation du système de

- santé [En libre] [Consulté le 12 septembre 2023]. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/>
- [13] Portail d'accompagne des professionnels de santé Hauts-de-France. Cartographie des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. [En ligne] [Consulté le 3 février 2023]. Disponible sur <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/cartographie-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>
- [14] Amelie. Annuaire santé. [En ligne] [Consulté le 3 février 2023] Disponible sur <https://annuairesante.ameli.fr>
- [15] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont d'avantage recours à un secrétariat [En ligne] 26 nov 2022. [Consulté le 19 novembre 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont>
- [16] DEHETRU A. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution : enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018. Thèse de médecine. Université de Strasbourg. 2019. p.81-85.
- [17] POISSONET C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. Thèse de médecine. Université de Nantes. 2017. p.67.
- [18] Khandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisneaut P. Existe t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?. Rev Prat Med Gen. 2004;18:781-4.
- [19] DUPRÉ Q. La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur objectifs de Santé Publique. Thèse de médecine. Université d'Amiens. 2020. p. 34-35.
- [20] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2011. Paris. 2011.
- [21] Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009. p.1-16.
- [22] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. Etude du CNOM sur l'installation des médecins. [En ligne] 11 avr 2019. [Consulté le 19 octobre 2023] Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-installation>

- [23] Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris, TNS-Sofres. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. Mai 2013.
- [24] Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 1 nov 2009.
- [25] Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. Milbank Q. 2001.
- [26] Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. Health Policy. juill 2016;120(7):732-8
- [27] Macron E. Discours sur la transformation du système de santé « Prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron. [En ligne]. 18 septembre 2018 [Cité le 19/10/23]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron/>
- [28] GARNIER M. Payement à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs déterminants du choix des médecins généralistes belges entre ces deux systèmes. Thèse de médecine. Université de Lille. 2014.
- [29] Annemans L, Closon JP, Closon MC, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E et al. Comparaison du coût et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. Bruxelles. KCE reports. 2008.
- [30] Ministère de la santé et de la prévention. Rapport « Réforme des modes de financement et de régulation » [En ligne] 29 jan 2019. [Consulté le 19 novembre 2023] Disponible sur <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-reforme-des-modes-de-financement-et-de-regulation>
- [31] Ministère de la santé et de la prévention. Ségur de la santé : les conclusions. [En ligne] 26 juil 2021. [Consulté le 19 novembre 2023] Disponible sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
- [32] Macron E. Le Président de la République présente son cap pour la santé. [En ligne]. 06 janvier 2023. [Consulté le 19/10/23]. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/01/06/le-president-de-la-republique-presente-son-cap-pour-la-sante>
- [33] Ameli. Convention médicale : le règlement arbitral a été remis au ministre de la Santé et de la prévention. [En ligne] 25 avr 2023. [Consulté le 19 novembre 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/aisne/medecin/actualites/convention-medicale-le->

reglement-arbitral-ete-remis-au-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention

[34] Cour des Comptes. Accélérer la réorganisation des soins de ville pour garantir la qualité et maîtriser la dépense. Renforcer la qualité de la dépense publique : 9 notes thématiques. 7 Jul 2023.

Annexes

Annexe 1 – Présentation du programme

❖ Présentation du programme :

En premier lieu, l'expérimentation consiste à tester une rémunération à la capitation chez les médecins généralistes libéraux. Concrètement, il s'agit donc d'une suppression du paiement des honoraires des consultations et des différentes rémunérations forfaitaires. Ceux-ci sont remplacés par un paiement mensuel forfaitaire basé sur le nombre de patients que le médecin déclare suivre et ajusté en fonction de leurs comorbidités et de leurs facteurs de risques individuels.

En pratique, chaque patient rapporte un forfait « socle » auquel viennent s'additionner 9 « briques » thématiques, correspondant à des majorations, que le programme vise à mettre en valeur (nourrisson < 25 mois, jeune enfant < 6 ans, santé de la femme, personne âgée > 75 ans, ALD, haut risque cardiovasculaire, vulnérabilité sociale, santé mentale, situation de handicap). Le montant total que chaque patient peut rapporter individuellement est plafonné. En sus de ce plafond s'ajoute une « brique » surnuméraire pour les patients en perte d'autonomie qui sont vus en visite à domicile. Il est indépendant du nombre de consultations réalisées.

Actuellement, en raison de la nature expérimentale du programme, les montants des différents forfaits n'ont pas encore été communiqués au public.

Dans le cadre de l'expérimentation, les dépenses de soins sont prises en charge par des fonds spécifiques dédiés aux articles 51. Les patients n'ont donc pas à régler pour les soins.

Ils s'engagent cependant à consulter uniquement dans la structure, sauf situations d'urgences et s'il est hors de sa résidence habituelle, pour ne pas entraîner de double facturation.

À noter que dans ce modèle la rémunération n'est jamais intégralement à la capitation puisqu'une part de rémunération à l'acte persiste pour certaines situations spécifiques : Patients hors cabinet ou hors programme, urgences dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et gestes techniques considérés par le programme comme s'écartant des actes « de base » de la médecine générale (ECG, EFR, infiltrations, dépistage de l'apnée du sommeil, etc.).

Une « clause de sauvegarde » s'applique les deux premières années à l'entrée dans le programme. Elle correspond, pour les médecins ayant rejoint le programme, à une compensation financière en cas de perte de revenu par rapport aux montants que le médecin aurait perçu s'il avait continué à être financé selon les règles actuelles de droit de commun.

Le fonctionnement de la capitation du programme Médecin Traitant Renforcé entraîne un nouveau mode de pratique de la médecine qui possède de nombreux avantages pour le médecin, le patient et plus largement le système de santé.

Tout d'abord, en reliant la rémunération du praticien au nombre de patients suivis, la capitation permet de garder un effet incitatif sur l'activité du médecin. En effet, le médecin est incité à augmenter son volume de patientèle pour augmenter sa rémunération, permettant ainsi de répondre en partie à la problématique du manque de médecin.

La rémunération du médecin est pondérée selon les facteurs de risques médico-sociaux et les comorbidités du patient. Ainsi, les patients les plus consommateurs de soins sont également les plus rémunérateurs, donnant un équilibre au système. Cette pondération permet également de mieux valoriser la prise en charge de problématiques négligées par le système actuel car mal rémunérées comme la santé mentale ou les problématiques médico-sociales (fragilité sociale, dépendance, handicap...).

Puisqu'il reçoit un forfait fixe pour chaque patient, indépendamment du nombre de consultations réalisées, le praticien est incité à avoir la pratique médicale la plus efficiente possible afin de revoir le patient le moins possible. Il est également encouragé à optimiser au maximum son temps de travail. Le temps ainsi gagné pourra alors être utilisé par le médecin pour s'occuper de ses patients ou pour prendre en soin de nouveaux patients. Cela représente le cœur de la philosophie du programme Médecin Traitant Renforcé puisque l'ensemble de la pratique médicale va ensuite s'organiser selon ce principe.

Ainsi, le médecin à la capitation est incité, par définition, à développer ses efforts de prévention et d'éducation pour la santé.

Une consultation spécifique de dépistage générale est, par ailleurs, systématiquement proposée aux patients lors de leur entrée dans le programme et de manière annuelle. La réalisation de cette consultation de dépistage est, à son tour, bénéfique pour le médecin puisque c'est notamment à ce moment-là qu'il réalisera le relevé des comorbidités du patient dont sa rémunération dépendra. Il est intéressant de noter que ce système s'oppose à celui de la rémunération à l'acte où la porte d'entrée dans le système de santé se fait généralement pour du soin aigu et où le médecin ne présente aucune incitation supplémentaire à réaliser du dépistage chronophage.

Dans une logique similaire, le médecin à la capitation est encouragé à s'entourer de

collaborateurs pour mener un exercice de groupe afin de déléguer les tâches pouvant lui faire gagner du temps médical.

Il pourra donc se délester des tâches administratives et de gestion du cabinet qu'il pourra confier respectivement à des secrétaires et des assistantes médicales ou à des « coordinateurs administratifs » de la structure de santé.

Dans la même optique, le médecin aura tout intérêt à déléguer certaines tâches médicales et de travailler en coordination avec d'autres professionnels de santé comme les infirmiers, les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), les sages-femmes, etc.

Pour pousser le principe plus loin, une enveloppe annuelle complémentaire est allouée par le programme aux structures afin de leur permettre d'offrir à leurs patients des soins complémentaires actuellement non pris en charge par l'Assurance Maladie. Elle permet par exemple de financer aux patients des psychologues, des diététiciens, des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des ateliers thérapeutiques ou même des assistants sociaux. Cette enveloppe permet donc d'élargir la délégation de tâches mais également de lutter contre le renoncement aux soins du patient tout en lui faisant bénéficier d'une offre de soins plus large.

On peut noter que la logique du paiement à l'acte, quant à elle, fait obstacle au travail en équipe et à la délégation de tâches, en dehors des tâches de secrétariat et de gestion, puisque cela représente alors une « perte de revenu » pour le médecin.

Enfin, la recherche de l'optimisation du temps médical permet de faire émerger de nouvelles pratiques d'exercice chez les médecins participants au programme. On observe par exemple un recours beaucoup plus important des médecins du programme aux moyens de communication à distance notamment téléphone, mail ou téléconsultation pour résoudre les problèmes du patient qui n'exigent pas un contact présentiel. Le patient, lui aussi, gagne du temps et peut également trouver avantage à cette forme de prise en soin.

Le médecin à l'acte n'est lui pas incité à ce genre d'exercice, en dehors de la téléconsultation, puisqu'il n'est pas rémunéré.

Annexe 2 - Guide d'entretien

Cet entretien est enregistré afin de pouvoir le retranscrire dans son intégralité. Vos réponses seront anonymisées.

Afin d'obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine, je réalise une thèse visant à identifier les freins et moteurs à l'élargissement du programme « Médecin Traitant Renforcé », dont je vais vous expliquer le principe.

Population étudiée :

- Homme / Femme ? Quel âge avez-vous ? Dans quel milieu exercez-vous (rural, semi-rural ou urbain) ? Dans quel type de structure exercez-vous (cabinet de groupe, MSP) ?

Question préliminaire : Avez-vous déjà entendu parler de l'article 51 du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 ? Du programme Médecin Traitant Renforcé ?

Vous êtes libre de m'interrompre pour me faire des remarques ou me poser des questions à tout moment.

→ Présentation du programme (Cf. Annexe 1)

Volet capitation :

- Que pensez-vous de la rémunération à la capitation ?
- Indépendamment de votre opinion sur la capitation, qu'est-ce qui vous motiverait/freinerait à adopter ce type de rémunération ?
 - Frein/moteurs d'un point de vue psychologiques ?
 - Frein/moteurs d'un point de vue technique ?
 - Pour vous ? Pour les autres médecins ?

Volet mode d'exercice spécifique créé par le programme :

- Que pensez-vous du mode du modèle d'exercice de la médecine générale exercée dans le programme Médecin Traitant Renforcé ?
- Indépendamment de votre opinion sur la capitation, qu'est-ce qui vous motiverait/freinerait à adopter ce type de rémunération ?
 - Frein/moteurs d'un point de vue psychologiques ?
 - Frein/moteurs d'un point de vue technique ?
 - Pour vous ? Pour les autres médecins ?

Par rapport à votre patientèle :

- Comment pensez-vous que votre patientèle réagira à l'adoption du programme MTR ?
- Votre patientèle aurait-elle un impact dans l'adoption du programme Médecin Traitant Renforcé ?

Résumé

Identification des freins et moteurs à l'élargissement du programme « Médecin Traitant Renforcé » aux maisons médicales des Hauts-de-France.

Introduction : Le programme « Médecin Traitant Renforcé (MTR) » expérimente, dans le cadre de l'article 51 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un mode de rémunération à la capitation pour les médecins généralistes libéraux français. Il semble présenter de nombreux avantages pour le médecin, le patient et le système de santé. Ce travail avait pour but d'identifier les freins et moteurs à l'adoption de ce programme chez les médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France.

Matériel et méthode : Une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 18 médecins généralistes des Hauts-de-France de mars à septembre 2023.

Résultats : Les éléments retrouvés conditionnant l'adoption ou non de ce modèle portaient principalement sur les modalités de rémunérations des praticiens, leurs conditions d'exercice ainsi que de l'impact du programme pour le patient. L'absence de confiance entre les médecins et l'État était également citée.

Discussion : Les médecins libéraux semblaient plutôt septiques mais le programme ne vise cependant pas à remplacer la rémunération à l'acte mais à proposer une alternative. Les jeunes médecins sont probablement une meilleure cible pour ce programme car il semble correspondre à leurs aspirations.

Conclusion : Ce travail a mis en lumière les éléments déterminants à l'adoption du programme MTR, qui relèvent pour la plupart de préférence quant à leurs modalités d'exercice plus que de vrais freins techniques.

Mots clés : Médecin généraliste, capitation, réforme de santé, article 51

Abstract

Identification of the obstacles and drivers for the expansion of the « Médecin Traitant Renforcé » program to medical center in Hauts-de-France.

Introduction : The « Médecin Traitant Renforcé (MTR) » program, experimented under Article 51 of the Social Security Financing Bill for 2018, introduces a capitation-based payment model for French independent general practitioners. It appears to offer numerous benefits for doctors, patients, and the healthcare system. This study aimed to identify the barriers and drivers for the adoption of this program among independent general practitioners in the Hauts-de-France region.

Material and methods : A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with 18 general practitioners from Hauts-de-France from March to September 2023.

Results : The factors influencing the adoption of this model primarily revolved around the practitioners' payment methods, working conditions, as well as the program's impact on patients. The lack of trust between doctors and the government was also mentioned.

Discussion : Independent physicians seemed rather skeptical, but the program, however, does not aim to replace fee-for-service payment but to provide an alternative. Young doctors are probably a better target for this program as it appears to align with their aspirations.

Conclusion : This work has highlighted the key factors influencing the adoption of the MTR program, which are mostly related to preferences regarding their practice methods rather than genuine technical obstacles.

Keywords : General practitioner, capitation, health reform, article