

# Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?

**Muriel Barlet, Vanessa Bellamy, François Guillaumat-Tailliet, Steve Jakoubovitch**

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2011/2**, PAGES 123 À 155

ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.112.0123

Date de mise en ligne : 16/12/2011

**Article disponible en ligne à l'adresse**

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-123?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# **Les changements de pratique des médecins liés aux relations avec les tiers payeurs ou les pouvoirs publics**

### **Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?**

Des nouveaux modes de rémunération des médecins généralistes libéraux (forfaits, paiement à la performance...) se développent en France à l'instar de ce qui se passe dans les autres pays de l'OCDE. À partir des résultats d'une enquête menée auprès de 1 900 médecins généralistes libéraux, l'article analyse les opinions des médecins sur l'introduction de nouveaux modes de rémunération. Les opinions des médecins interrogés sont très partagées : 61 % y sont favorables et 39 % défavorables. Ainsi, l'adhésion d'une forte majorité des médecins nécessiterait la mise en place de modes de rémunération mixtes offrant un véritable choix au médecin. Toutefois, pour environ un cinquième des médecins interrogés, c'est avant tout le niveau de leur rémunération qui est une source forte d'insatisfaction. Les souhaits des médecins ne dépendent qu'assez peu de leur génération. Une classification des médecins à partir de leurs opinions sur les modes de rémunération et sur leur niveau de vie permet de distinguer sept profils de médecins, ils sont donc loin de former un groupe homogène sur ces questions. Par conséquent, l'impact d'un changement de mode de rémunération sur la qualité et la quantité des soins ne serait pas univoque.

### **General practitioners: what do they think of their remuneration?**

New remuneration systems for private doctors (fixed fees, performance-based payment) are developing in France as in other OECD countries. Drawing on results from a survey interviewing 1 900 private general practitioners, this article analyses their opinions on the implementation of such systems. Their views differ considerably: 61 % are favourable to the new modes, and 39 % unfavourable. Hence, approval by a vast majority of doctors would require setting up mixed payment systems offering each practitioner a genuine choice. However, one-fifth of the interviewees state that their primary cause of dissatisfaction is the level of their remuneration. Their demands do not appear tightly linked to their generation. A classification of doctors according to their opinions on remuneration systems and on their living standards highlights seven profiles: they are, therefore, far from constituting a homogeneous group regarding these issues. Consequently, the impact of a change in payment systems on the quality and quantity of health care services would not be uniform.

## **Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?**

Muriel Barlet, Vanessa Bellamy, François Guillaumat-Tailliet  
et Steve Jakoubovitch \*

\* Bureau des professions de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

## Introduction

En 2009, les honoraires des médecins généralistes s'élevaient à 8,2 milliards d'euros<sup>1</sup>, soit 3,7 % des dépenses courantes de santé et 17 % des consommations de soins ambulatoires. La hausse récente du tarif de la consultation (passage de 22 à 23 euros depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011) entraînera mécaniquement une augmentation de ce poste de dépenses financé à 71 % par des fonds publics (sécurité sociale, CMU-C...). Modifier ou diversifier les modes de rémunération (paiement à l'acte, forfait, capitation) des médecins libéraux est un des leviers à la disposition des pouvoirs publics permettant d'allouer au mieux cette dépense. Toutefois, le mode de rémunération est un facteur important de l'attractivité de la médecine libérale, les réformes le concernant sont donc délicates. Le choix d'un mode de rémunération optimal est complexe, chacun d'entre eux présentant des avantages et des inconvénients (Grignon, Paris et Polton, 2004 ; Samson, 2009 ; Albouy et Deprez, 2008). De plus, les caractéristiques personnelles des médecins rendent plus ou moins attractifs les différents modes de rémunération. Les profils et les préférences des médecins étant assez diversifiés et les objectifs recherchés multiples, les pays de l'OCDE sont de plus en plus nombreux à mettre en place des systèmes complexes combinant le paiement à l'acte, la capitation, le salariat et le paiement à la performance. La France se dirige également lentement dans cette voie, avec une hausse des forfaits depuis 2004 et l'introduction des CAPI<sup>2</sup> en 2009. Le but de cet article est d'étudier les préférences de médecins généralistes libéraux de cinq régions françaises en termes de mode de rémunération en fonction de leurs caractéristiques personnelles, de leur pratique et de leur environnement. Une telle information paraît déterminante à connaître en vue d'une probable diversification à venir des modes de rémunération. Quels seront les médecins qui seront le plus favorables à d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte et quelles conséquences anticiper sur le niveau de production des soins dans un contexte de baisse de la démographie médicale ? Peut-on uniformément imposer un changement de mode de rémunération sans craindre une désaffection pour la médecine libérale ?

En effet, les médecins généralistes libéraux ne constituent pas un groupe homogène de professionnels, ainsi que l'ont montré Béjean, Peyron et Urbinelli (2007). Cela n'est pas sans conséquences sur les modes de rémunération optimaux à mettre en place. D'une part, tous les médecins n'ont pas les mêmes aspirations, et un modèle unique de rémunération concourra inévitablement à l'insatisfaction d'une plus ou moins grande partie d'entre eux. D'autre part, les caractéristiques

1. Sources : DREES, comptes de la Santé, 2009.

2. Au terme du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), introduit fin 2009, le médecin qui atteint les objectifs fixés dans le contrat reçoit de la caisse primaire d'assurance maladie une rémunération complémentaire.

des médecins préférant tel ou tel mode de rémunération déterminent l'impact de celui-ci sur l'activité des médecins et, par conséquent, sur la production globale de soins. Pour ces deux raisons, il paraît pertinent d'étudier les préférences en matière de mode de rémunération des médecins généralistes libéraux et de relier celles-ci à leurs caractéristiques.

Pour mener à bien cette étude, nous disposons de données récentes et particulièrement riches. Dans le cadre du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (désigné comme «le panel» dans la suite du texte), la DREES a collecté, en partenariat avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des médecins libéraux (URML) de cinq régions, l'opinion détaillée de 1 900 médecins sur les modes de rémunération au cours du premier semestre 2008. Ces médecins ont par ailleurs, pour la plupart, participé aux quatre autres vagues du panel qui se sont déroulées entre mars 2007 et septembre 2009. Ainsi, nous disposons pour chacun d'entre eux d'informations précises concernant leur pratique. Outre les caractéristiques socio-démographiques usuelles (sexe, âge, lieu d'exercice, revenu, activité du conjoint, formation détaillée...), le panel collecte leurs opinions et les interroge sur leur mode de fonctionnement pour un grand nombre de sujets (exercice en groupe, secteur de conventionnement, étendue du réseau professionnel, activité en dehors du cabinet, prévention, opinion sur l'éducation thérapeutique, santé perçue, couverture assurantielle...). Dès lors, l'analyse menée permet de délimiter des groupes de médecins susceptibles de se diriger vers les nouveaux modes de rémunération.

Afin d'exploiter au mieux la richesse de ces données, cette étude propose une classification des médecins selon leurs préférences exprimées pour les différents modes de rémunération. Le profil des médecins de chaque catégorie est ensuite finement décrit. Cette méthode présente l'avantage de synthétiser l'information disponible et d'étudier simultanément les préférences des médecins entre les différents modes de rémunération. En effet, il ressort de notre étude que les médecins favorables à la mise en place de forfaits sont également plus souvent favorables au salariat, il aurait donc été peu pertinent et redondant d'étudier séparément ces opinions. Avant de présenter plus précisément les résultats obtenus à partir des données du panel, qui relèvent d'opinions déclarées, la première partie de l'article fait le point sur les différents modes de rémunération et leur mise en place effective en France comme à l'étranger.

## Les différents modes de rémunération : expériences étrangères et françaises

### ***Une diversification des modes de rémunération de plus en plus fréquente***

On distingue traditionnellement trois principaux modes de rémunération<sup>3</sup> :

- le paiement à l'acte : le médecin reçoit un paiement pour chaque consultation ;
- la capitation : le médecin touche une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou pas ; cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée ;
- le salariat : le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé.

On peut cependant observer une continuité entre ces trois modes de rémunération et les différencier en prenant en compte le degré de forfaitisation. Le paiement à l'acte peut alors être vu comme le système de forfait le plus décomposé (autant que la nomenclature des actes) et le salariat le plus agrégé de la forfaitisation (Grignon, Paris et Polton, 2004). Il est aujourd'hui clairement établi que les comportements des médecins en termes de nombre et de durée des actes, mais aussi de sélection de patientèle, répondent en partie aux incitations financières produites par les différents modes de rémunération (McGuire, 2000 ; Croxson, Propper et Perkins, 2001), incitations qui sont à bien des égards contradictoires.

Ainsi, le paiement à l'acte incite les médecins à réaliser plus d'actes afin d'augmenter leurs revenus. Cette incitation peut être fondée pour développer la prévention et le dépistage des maladies à un stade précoce. Elle peut aussi être néfaste si elle conduit le médecin à raccourcir la durée de la consultation (même si le lien entre durée et qualité des consultations n'est pas immédiat, Freeman *et al.* [2002] le soulignent nettement dans leur revue de littérature) ou à augmenter inutilement le nombre de consultations ou de prescriptions. Le paiement à l'acte peut alors entraîner une demande induite, comme rappelée par Delattre et Dormont (2003), et conduire à une surproduction d'actes médicaux, représentant un surcoût budgétaire pour la collectivité et une perte de temps pour les patients. À l'inverse, les systèmes de forfaits, capitation ou salariat, peuvent inciter les médecins à réduire le nombre d'actes par patient, créant ainsi un risque de sous-production de soins. Cette insuffisance de soins initiaux ou préventifs peut conduire le système de santé à devoir ensuite prendre en charge des patients atteints de pathologies plus lourdes, à des stades plus avancés.

Alors que le paiement à l'acte pousse le médecin à prendre en charge lui-même son patient, à satisfaire ses exigences pour ne pas risquer de le perdre, les systèmes forfaitaires risquent de conduire les médecins à sélectionner dans leur patientèle les patients les moins à risque, puisque le revenu du médecin dépend du nombre de ses patients et non du volume de soins prodigués. Cela peut être toutefois contourné

3. Pour une revue plus détaillée des différents modes de rémunération, se reporter à A.-L. Samson (2009) et V. Albouy et M. Deprez (2008).

par un système de capitation pondérée où le montant du forfait dépend des caractéristiques du patient. Cette pondération peut cependant se révéler insuffisante si le médecin est mieux placé que le payeur pour jauger du niveau de risque de ses patients. De plus, afin de réduire sa charge de travail pour un patient donné, le généraliste est plus enclin à recourir systématiquement aux confrères spécialistes, ce qui peut être préférable en termes de santé publique mais s'avérer plus coûteux. Là encore, il est possible d'inclure dans le forfait les frais de délégation, le médecin se retrouvant gestionnaire d'un budget. D'un point de vue budgétaire, le forfait et le salariat présentent l'avantage de connaître *ex ante* le montant des dépenses de santé.

Il est enfin fréquemment reproché au paiement à l'acte de ne pas valoriser toute une série d'activités du médecin non directement curatives : tâches administratives, formation, enseignement, activités de prévention, etc., qui peuvent plus facilement faire l'objet de forfaits. Face à cette absence de mode de rémunération idéal, les différents pays de l'OCDE adoptent de plus en plus des systèmes mixtes qui combinent paiement à l'acte et forfait. Ainsi, les provinces canadiennes ont récemment mis en place des modes de rémunération combinant le paiement à l'acte et la capitation ou le salariat. Cette réforme et les choix effectués par les médecins ont été étudiés par Devlin et Sarma (2008), ce qui constitue un point de comparaison intéressant pour notre étude. Certains pays ont de plus introduit une part de rémunération à la performance, c'est-à-dire le versement de primes conditionnées à l'atteinte d'objectifs fixés (Fujisawa et Lafortune, 2008). Le Royaume-Uni est fréquemment cité en exemple à la suite de sa réforme de 2003 qui introduit une forte dose de paiement à la performance dans un système où la capitation reste dominante (Burrows, 2010). Un point faible de cette réforme est que les indicateurs ne sont pas toujours très incitatifs car relativement faciles à atteindre. La France suit la même tendance à la diversification des modes de rémunération : même si le paiement à l'acte reste largement majoritaire pour la médecine libérale générale, les forfaits sont en nette progression depuis 2000 et la signature des premiers CAPI marque le début du paiement à la performance.

### ***En France, les forfaits représentent plus de 6 % des honoraires des omnipraticiens en 2008***

La part des forfaits<sup>4</sup>, dans les honoraires hors dépassement des omnipraticiens, qui était quasiment nulle en 2000, a progressé rapidement à partir de 2004, pour passer de 1,7 % à cette date à 6,3 % en 2008 (*cf.* graphique). Si on inclut les dépassements perçus par les omnipraticiens dans leurs honoraires, les chiffres changent peu : les forfaits représentent moins de 0,2 % des honoraires totaux des omnipraticiens en 2000, 1,6 % en 2004 et 6 % en 2008. Pour l'ensemble des spécialités

4. Il s'agit des sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à un acte de soin proprement dit. Ils comprennent la rémunération du médecin traitant, qui entre en vigueur dès 2005, la permanence de soins, les contrats de bonne pratique professionnelle, les aides à la télétransmission, les versements au titre de la responsabilité civile professionnelle, les forfaits de contrat annuel pour les médecins référents (poste qui fond en 2006 avec la fin du dispositif du médecin référent) et les forfaits et majorations pour gardes et astreintes.

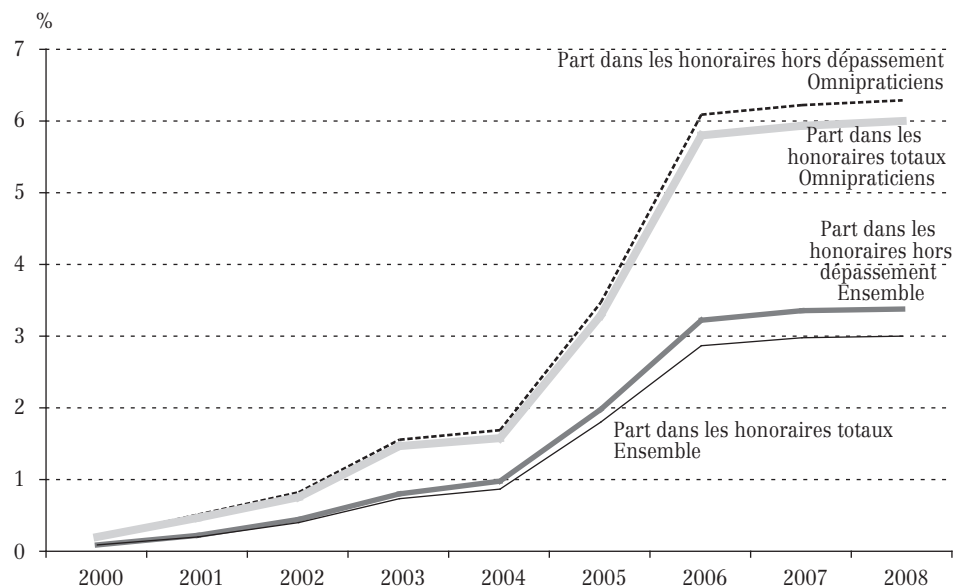
médicales (omnipraticiens et spécialistes), ce taux est moitié moindre, soit 3,4 % des honoraires sans dépassement en 2008.

Les montants annuels moyens versés aux omnipraticiens ont aussi progressé, passant d'environ 200 euros en 2000 à 1900 euros en 2004 pour atteindre 7 900 euros en 2008.

Les réformes de ces dernières années, lorsqu'elles ont conduit à préciser les missions des praticiens et les services attendus de leur exercice, ont octroyé aux professionnels une contrepartie notamment sous forme de forfaits. Ainsi, à partir de 2002, les gardes et astreintes ont été rémunérées. En 2004, les contrats de bonne pratique ont été mis en œuvre, ainsi que les versements au titre de l'assurance responsabilité civile, ce qui a eu un effet très important sur la part des forfaits dans les honoraires et leur montant. La rémunération du médecin traitant pour les patients en ALD (affection longue durée) a bénéficié en quasi-totalité aux omnipraticiens. Mise en place en 2005, elle s'est accélérée en 2006 et a encore augmenté en 2007 et 2008. C'est le premier poste de forfait pour les omnipraticiens (cf. tableau 1). Le deuxième poste regroupe tous les forfaits liés aux astreintes et gardes (pour plus de détails, voir CNAMTS, 2009) et représente 2 % des honoraires hors dépassement des omnipraticiens.

#### GRAPHIQUE

#### Part des forfaits dans les honoraires totaux et hors dépassement entre 2000 et 2008



SOURCES • Fichiers SNIR (CNAMTS).

CHAMP • Ensemble des omnipraticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France métropolitaine.

TABLEAU 1

**Part des forfaits dans les honoraires hors dépassement  
et montant moyen pour les omnipraticiens (en %)**

	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Télétransmission	0,18	0,18	0,19
Gardes et astreintes	2	1,90	2
Rémunération médecin traitant pour ALD <sup>(*)</sup>	3,90	4	4,10
Autres	0,02	0,12	0,01
Total forfaits	6,10	6,20	6,30
<b>Montant moyen annuel en euros</b>	<b>7250</b>	<b>7746</b>	<b>7917</b>

SOURCES • Fichiers SNIR (CNAMTS).

CHAMP • Ensemble des omnipraticiens ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France métropolitaine.

LECTURE • En 2006, 0,18 % des honoraires hors dépassement a été versé au titre de la télétransmission.

(\*) Comprend aussi les forfaits de début et de fin de contrat annuel pour les médecins référents jusqu'à la mise en place du médecin traitant.

### ***Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : un tiers des médecins éligibles ont signé un CAPI en septembre 2010***

L'article L. 162-12-21 de décembre 2009 du Code de la sécurité sociale permet aux médecins qui le souhaitent de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques, en sus des engagements collectifs fixés dans la convention nationale passée entre l'UNCAM et les représentants de médecins. Ces contrats, conclus directement entre le médecin conventionné et la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend, comprennent un certain nombre d'engagements de la part du médecin :

- consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et d'iatrogénie médicamenteuse ;
- favoriser la qualité de la prise en charge de ses patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle ;
- promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science (prescriptions de génériques).

Une liste d'indicateurs correspondant à ces engagements est jointe au contrat, signé pour trois ans. Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le docteur comme médecin traitant. En contrepartie, les médecins concernés bénéficient d'une rémunération complémentaire, liée à l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat<sup>5</sup>. Ce contrat individuel entre les médecins et l'assurance maladie introduit en France pour la première fois le principe de rémunération à la performance et participe à la diversification des modes de rémunération.

5. Pour des informations détaillées concernant le calcul de la contrepartie financière, voir la décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés au JORF n° 0093 du 21 avril 2009.

La CNAMTS a présenté un premier bilan chiffré des CAPI en septembre 2010, soulignant qu'à cette date 14 800 médecins avaient signé ce contrat, c'est-à-dire un médecin éligible sur trois. Sur un an (juillet 2009-2010, soit 5 355 médecins), 66 % des médecins signataires, ceux qui ont atteint en un an 45 % de leurs objectifs sur trois ans, percevront une rémunération de 3 100 euros en moyenne, avec bien sûr des disparités selon le pourcentage atteint. Le dernier quartile (25 % des médecins percevant la rémunération CAPI la plus élevée) percevra en moyenne 5 168 euros, avec un taux d'atteinte d'objectifs de 54 %. Le premier quartile bénéficiera d'un montant de 1 539 euros en moyenne.

## ***Vers de nouveaux modes de rémunération***

Ces nouveaux modes de rémunération semblent appelés à se développer. En juillet 2008, un appel à projet national avec un cahier des charges spécifique a été lancé dans le cadre de l'article 44.1 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008 pour la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération. Cette démarche, axée sur les soins de premiers recours et indépendante du CAPI, a vocation à compléter le dispositif de rémunération à l'acte. Pour ce premier appel d'offres, six régions expérimentatrices ont été retenues par le ministère de la Santé : Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Île-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes<sup>6</sup>. En 2010, une deuxième vague d'appels d'offres a étendu les expérimentations à toutes les régions. Pour en bénéficier, les structures porteuses du projet doivent être des structures de premiers recours (maisons de santé, réseaux de santé, centres de santé et pôles de santé). Elles doivent justifier d'un projet de santé répondant au cahier des charges des expérimentations et d'un exercice pluriprofessionnel. Quatre modules d'expérimentation sont possibles :

- module 1 «forfait missions coordonnées» : mise en place d'un forfait rémunérant les missions coordonnées des professionnels de santé exerçant de façon regroupée, gagé sur l'atteinte des objectifs de santé publique et d'efficience assignés à la structure ;
- module 2 «nouveaux services aux patients» : concerne essentiellement l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- module 3 «coopération entre professionnels de santé» ;
- module 4 «forfait à la pathologie».

Début 2011, cent cinquante-cinq sites répartis dans dix-neuf régions participent aux expérimentations au titre des deux vagues d'appels d'offres. Ces expérimentations introduisent ainsi progressivement des modes de financement nouveaux, sous forme de forfait, visant essentiellement à prendre en compte les activités non rémunérées par le paiement à l'acte.

Le récent rapport d'Élisabeth Hubert (Hubert, 2010) sur la médecine de proximité propose également un élargissement des modes de rémunération des

6. Deux régions du panel ont été sélectionnées à l'issue de ce premier appel d'offres, Bretagne et Bourgogne, pour participer à une expérimentation qui a débuté en 2009. Compte tenu de l'ampleur limitée de cette première expérimentation et du calendrier de l'enquête (printemps 2008), l'impact sur les réponses des médecins du panel est certainement mineur.

médecins libéraux. Même s'il préconise que le paiement à l'acte reste la base de la rémunération des médecins, il propose trois innovations : moduler le tarif des actes en fonction de leur complexité ; prévoir un forfait rétribuant l'ensemble des professionnels de santé intervenant de manière coordonnée dans certaines situations complexes ; prévoir un financement spécifique et pérenne pour les structures pluridisciplinaires que sont les maisons et les pôles de santé.

Lors de la troisième vague d'enquête du panel réalisée en 2008, ces différents types de rémunération ont été abordés. En effet, les médecins ont été interrogés sur leur souhait d'une plus grande liberté tarifaire, ce qui rejoint l'idée d'un tarif à l'acte avec plusieurs cotations possibles. Leur opinion sur les forfaits a également été recueillie, mode de rémunération actuellement testé par les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération. Enfin, on leur a demandé s'ils souhaitaient qu'une part de leur activité soit salariée. Or, si l'on finance les structures dans lesquelles ils exercent, cela assure au médecin un revenu fixe assimilable à un salaire. Utiliser ces données d'enquête, représentatives de médecins généralistes de cinq régions françaises aux caractéristiques très différentes, permet donc de fournir une information statistiquement fiable sur l'opinion des médecins sur ces modes de rémunération en cours de développement.

## Données et premières analyses

### *Présentation du panel*

En 2007, la DREES a constitué, en collaboration avec des ORS et des URML, un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Aulagnier *et al.*, 2007). Ce panel reprend les principes fondateurs d'une première expérience conduite de 2002 à 2007 en région PACA auprès de 600 médecins généralistes libéraux (*cf.* Ventelou *et al.*, 2005, pour un aperçu). La collecte a débuté en mars 2007 auprès des médecins de cinq régions partenaires : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Ce panel a pour objectifs d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins, d'une part, leurs pratiques de prise en charge, d'autre part, et d'en identifier les principaux déterminants. Les médecins ont été interrogés pendant trois ans, selon une périodicité d'une vague d'enquête par semestre. Dans le but d'enrichir les analyses, des données extraites des relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) ont complété les données d'enquête après information auprès des médecins participants. Ces décomptes d'activité envoyés par l'assurance maladie aux médecins permettent de documenter finement l'activité professionnelle (nombre d'actes et de consultations, prescriptions d'actes de soins infirmiers, de kinésithérapie, de biologie, montant total des prescriptions de pharmacie remboursable...) et les caractéristiques de la patientèle (répartition par âge, part de la patientèle en ALD, bénéficiaire de la CMU...) des médecins.

Le panel regroupe des médecins généralistes libéraux exerçant dans cinq régions présentant des caractéristiques contrastées en termes de populations de médecins, de densités médicales (sur-dense : PACA ; sous-dense : Basse-Normandie, moyennement denses : Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire) et de caractéristiques sociodémographiques (taille de la population, degré d'urbanisation, part de la population âgée...), cela afin de percevoir les éventuelles différences d'organisation et de modalités de la pratique liées à ces environnements distincts.

Les médecins avec un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, radiologie, SOS médecins...) ont été exclus, ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de trois mois. L'échantillon a été préalablement stratifié sur le sexe, l'âge (moins de 45 ans, de 45 à 52 ans, 53 ans et plus) et le type de la commune d'exercice du médecin (commune urbaine, multipolarisée, rurale). Les échantillons dans chaque région sont, de ce point de vue, représentatifs de la population de médecins généralistes libéraux.

De l'ordre de 5 000 médecins ont été sollicités par courrier puis par téléphone pour aboutir à un échantillon de 1 900 répondants par vague environ. Les taux de participation (rapport entre le nombre de médecins éligibles ayant accepté de participer au panel et le nombre de médecins éligibles joignables) des médecins dans le panel ont varié selon les régions de 51,3 % à 67,3 %. Le taux d'attrition (part des médecins répondant à une vague mais pas aux suivantes) est relativement faible : seuls 16 % des médecins répondant en vague 1 n'étaient plus présents en vague 5. Les cinq régions s'avèrent homogènes du point de vue du sexe et de l'âge ; les différences sont en revanche significatives pour la distribution des médecins selon le type de la commune d'exercice. Les caractéristiques (sexe, âge et type de commune d'exercice) des médecins ayant refusé de participer au panel ont été comparées à celles des participants dans chacune des régions. Aucune différence significative n'est apparue, à l'exception des régions Bretagne et Pays de la Loire pour lesquelles les médecins refusant de participer étaient légèrement plus âgés que les participants (la différence étant d'un an en moyenne).

Pour cette étude, nous avons mobilisé principalement des questions posées en vague 3 (collectées au printemps 2008). Nous avons complété les éventuelles valeurs manquantes par les réponses fournies à ces mêmes questions posées éventuellement lors d'autres vagues (1 et 5 principalement). Deux types de variables proviennent de la vague 5 (mai à septembre 2009) : celles concernant la perception du niveau de vie et celles concernant les revenus (*cf.* annexe). La perception par le médecin de son état de santé est issue de la vague 4. L'échantillon de praticiens est ainsi ramené à 1 717 médecins, ceux ayant répondu aux vagues 3 et 5.

## ***Opinions sur les modes de rémunération et perception du niveau de vie***

Notre étude porte sur les opinions des médecins vis-à-vis de leur mode de rémunération et sur leur perception de leur niveau de vie. Les questions mobilisées concernent à la fois la situation actuelle des médecins, mais aussi leurs souhaits éventuels de voir évoluer leurs conditions de rémunération (*cf.* encadré).

## LES QUESTIONS CONCERNANT LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DANS LE PANEL [ENCADRÉ 1]

Quatre questions concernent les opinions des médecins sur leur mode de rémunération :

- T-43 « Êtes-vous satisfait du mode de rémunération à l'acte de votre activité libérale ? »
- T-45 « Seriez-vous favorable à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte ? »
- T-46 « Un nouveau mode de rémunération est la rémunération au forfait, c'est-à-dire un paiement reçu par le médecin en contrepartie de la prise en charge globale d'un patient ou pour une série d'actes et/ou un suivi dans le cadre du traitement d'une pathologie précise. Seriez-vous favorable à une proportion plus importante de forfaits dans votre rémunération ? »
- T-50 « Accepteriez-vous qu'une partie de la rémunération de votre activité libérale devienne salariée ? »

Ces quatre questions ont les modalités suivantes : Oui tout à fait/Plutôt oui/Plutôt non/Non pas du tout, qui ont été regroupées en deux modalités : Oui/Non.

Toutefois, la question sur les forfaits T-46 décrite ci-dessus n'a pas été introduite telle quelle dans l'analyse des données. Elle a été croisée avec la question T-49 : « Entre ces deux formules de rémunération au forfait, laquelle aurait votre préférence ? »

- Que le forfait soit basé sur les pathologies à prendre en charge ?
- Que le forfait soit basé sur le patient pour sa prise en charge globale ?
- Aucune des deux.

Au final, les modalités de cette nouvelle variable sont les suivantes :

- Pas favorable à l'introduction d'une part plus importante de forfait dans votre rémunération.
- Favorable à l'introduction d'une part plus importante de forfait dans votre rémunération avec une préférence pour un forfait basé sur les pathologies à prendre en charge.
- Favorable à l'introduction d'une part plus importante de forfait dans votre rémunération avec une préférence pour un forfait basé sur le patient pour sa prise en charge globale.
- Favorable à l'introduction d'une part plus importante de forfait dans votre rémunération avec une préférence pour un forfait ni basé sur le patient ni sur la pathologie.

Une question porte sur la liberté tarifaire dont les praticiens souhaiteraient éventuellement disposer : T-44 « Souhaiteriez-vous pouvoir disposer d'une plus grande liberté dans la fixation du tarif de vos consultations ? » Avec les modalités : Oui/Non/Indifférent.

Deux questions viennent éclairer la perception qu'ont les médecins de leur situation financière :

- F-5 « Finalement, comment pourriez-vous qualifier votre niveau de vie ? » Avec les modalités : Très faible/Faible/Plutôt faible/Plutôt élevé/Élevé/Très élevé. Au regard de la répartition des modalités dans la population, on a effectué le regroupement suivant : Faible ou très faible/Plutôt élevé/Élevé ou très élevé.
- F-4 « À propos de votre budget familial, pouvez-vous me dire parmi ces propositions celle qui convient le mieux à votre cas ? » Avec les modalités : Vous y arrivez difficilement/C'est juste mais il faut faire attention/Ça va/Vous êtes à l'aise. De même que précédemment, on a effectué les regroupements suivants : Juste ou n'y arrive pas/Ça va/À l'aise.

Près de 60 % des répondants sont satisfaits du mode de rémunération à l'acte de leur activité libérale (*cf.* tableau 2). Les opinions des médecins interrogés sur la rémunération à l'acte sont donc assez partagées puisque pour 40 % d'entre eux ce mode de rémunération est une source d'insatisfaction. Ils sont même 61 % à se dire favorables à des changements de modes de rémunération. Ainsi, une partie des personnes satisfaites de leur mode actuel serait néanmoins prête à le faire évoluer. Près de 47 % des médecins interrogés accepteraient qu'une partie de leur rémunération soit salariée et la moitié serait favorable à plus de forfait. Ils sont ainsi 63 % à être favorables à l'un ou l'autre de ces modes de rémunération. Ces premiers résultats montrent qu'aucun consensus sur les modes de rémunération ne se dégage, les médecins se partageant pratiquement à parts égales entre opinion favorable et opinion défavorable. Ainsi, l'adhésion d'une forte majorité des médecins supposerait la mise en place de modes de rémunération mixtes offrant différentes possibilités au médecin.

53 % des médecins interrogés souhaiteraient une plus grande liberté dans la fixation des tarifs mais 35 % ne le souhaiteraient pas et 11 % y seraient indifférents. La formulation de la question laisse plusieurs interprétations possibles : une plus grande liberté dans la fixation des tarifs peut signifier des honoraires libres comme en secteur 2 ou des tarifs fixes mais variant en fonction de la durée, de la pathologie... Toutefois, adapter le tarif des consultations n'apparaît pas non plus comme une solution plébiscitée par les médecins généralistes.

Les disparités entre régions du panel peuvent être importantes sur ces questions. Près de 10 points d'écart séparent PACA des Pays de la Loire en ce qui concerne l'acceptabilité par les médecins d'un mode de rémunération qui soit différent de celui à l'acte : 56 % y sont favorables en PACA contre 65 % en Pays de la Loire. Les avis sont encore plus divers concernant la liberté tarifaire : si 61 % des enquêtés de PACA souhaitent une plus grande liberté tarifaire, ils sont «seulement» 42 % en Basse-Normandie. Les médecins de PACA et de Basse-Normandie se déclarent en majorité défavorables à l'introduction de davantage de forfaits dans leur rémunération, mais ceux qui le sont en Basse-Normandie – région de faible densité médicale où les généralistes ont une patientèle nombreuse – souhaitent qu'il soit basé sur le patient, tandis qu'en PACA – région dense où la patientèle est plus réduite et plus âgée – les avis sont plus partagés entre forfait basé sur le patient et forfait basé sur la pathologie. Cependant, une fois contrôlées par un modèle toutes choses égales par ailleurs prenant en compte l'âge, le sexe et les conditions d'exercice des médecins, les différences d'opinions apparaissent plus liées à l'âge des médecins qu'à leur région d'exercice.

Sur l'ensemble des médecins du panel, la satisfaction à l'égard de la rémunération à l'acte est croissante avec l'âge et au total de 9 points plus élevée pour le quart des médecins les plus âgés que pour le quart des médecins les plus jeunes (*cf.* tableau 2). De façon symétrique, une part de médecins décroissante avec l'âge accepterait qu'une partie de sa rémunération devienne salariée (51 % des plus jeunes s'y déclarent prêts, contre 43 % des plus âgés). Le développement des forfaits divise les médecins en deux groupes de même taille quel que soit leur âge, mais les plus âgés se déclarent en faveur d'un forfait basé sur le patient davantage que sur la pathologie (25 % *versus* 19 %), ce qui n'est pas

le cas des médecins de moins de 48 ans (21 % *versus* 21 %). Quant au souhait d'une plus grande liberté pour fixer les tarifs de consultation, c'est entre 48 et 53 ans qu'il est le plus affirmé.

Concernant la perception qu'ils ont de leurs ressources, 23 % des praticiens interrogés considèrent leur niveau de vie comme étant élevé ou très élevé et 71 % le jugent plutôt élevé. 6 % des médecins du panel trouvent tout de même que leur niveau de vie est faible ou très faible. La proportion de médecins qualifiant leur niveau de vie d'élevé ou très élevé est plus grande chez les plus âgés, de même que la part de ceux qui se déclarent à l'aise du point de vue de leur budget familial, avec d'assez forts écarts régionaux. Les médecins de PACA sont près de 8 % à considérer que leur niveau de vie est faible, contre 5 % en Pays de la Loire. Ce résultat n'est pas surprenant et tient probablement en partie des contextes régionaux différents. En PACA, où la densité de médecins généralistes est plus élevée, le revenu moyen des médecins généralistes est plus faible. La seconde question subjective, concernant le budget familial, conduit à des résultats proches de la précédente. En effet, si 42 % des enquêtés jugent qu'ils sont à l'aise financièrement, ils ne sont « que » 36 % en PACA mais plus de 45 % en Bretagne et en Bourgogne. À nouveau, une fraction non négligeable des médecins interrogés (20 %) a une opinion très négative sur sa situation financière puisqu'elle considère que « *c'est juste financièrement* » ou qu'elle n'y arrive pas. Ce résultat est primordial pour notre étude puisque, avant même le mode de rémunération, c'est son niveau qui peut poser problème à une partie des médecins généralistes. Ce résultat n'est pas trivial lorsqu'on sait qu'en moyenne le revenu des médecins généralistes libéraux est bien plus élevé que celui des cadres supérieurs (Dormont et Samson, 2011). Analyser les opinions des médecins sur leur mode de rémunération sans tenir compte de leur appréciation sur le niveau de celle-ci conduirait à négliger ce qui peut être, pour certains, leur principale source de difficultés.

TABLEAU 2

Répartition par tranches d'âge des réponses aux questions concernant les modes de rémunération et l'opinion des médecins sur leur situation financière (en %)

	Moins de 48 ans	De 48 à 53 ans	De 54 à 58 ans	Plus de 58 ans	Ensemble
T-43 « Êtes-vous satisfait du mode de rémunération à l'acte de votre activité libérale ? »					
Oui	53,8	57,3	62,9	62,3	59,2
Non	46,2	42,7	37,1	37,7	40,8
Total	100	100	100	100	100
T-45 « Seriez-vous favorable à des modes de rémunération de l'activité libérale différents de la rémunération à l'acte ? »					
Oui	61,1	64,7	58,2	58,5	60,6
Non	38,9	35,3	41,8	41,5	39,4
Total	100	100	100	100	100
T-46 « Un nouveau mode de rémunération est la rémunération au forfait, c'est-à-dire un paiement reçu par le médecin en contrepartie de la prise en charge globale d'un patient ou pour une série d'actes et/ou un suivi dans le cadre du traitement d'une pathologie précise. Seriez-vous favorable à une proportion plus importante de forfaits dans votre rémunération ? »					
Oui	50,4	49,8	50,7	49,3	50
Non	49,6	50,2	49,3	50,7	50
Total	100	100	100	100	100
T-50 « Accepteriez-vous qu'une partie de la rémunération de votre activité libérale devienne salariée ? »					
Oui	50,9	46,1	46,9	42,9	46,7
Non	49,1	53,9	53,1	57,1	53,4
Total	100	100	100	100	100
T-44 « Souhaiteriez-vous pouvoir disposer d'une plus grande liberté dans la fixation du tarif de vos consultations ? »					
Oui	54,3	57,6	52,9	47,4	53,1
Non	35,5	31,9	32,4	41,7	35,5
Indifférent	10,2	10,5	14,7	10,9	11,4
Total	100	100	100	100	100
F-5 « Finalement, comment pourriez-vous qualifier votre niveau de vie ? »					
Faible ou très faible	6,1	6	6,9	5,2	6,1
Plutôt élevé	70,7	69,5	71,1	72,3	70,9
Élevé ou très élevé	23,2	24,5	22	22,5	23,1
Total	100	100	100	100	100
F-4 « À propos de votre budget familial, pouvez-vous me dire parmi ces propositions celle qui convient le mieux à votre cas ? »					

	Moins de 48 ans	De 48 à 53 ans	De 54 à 58 ans	Plus de 58 ans	Ensemble
Juste ou n'y arrive pas	21,8	23,1	20	16,6	20,4
Ça va	43	33,3	38,9	35,3	38,2
Vous êtes à l'aise	35,2	43,6	41,1	48,1	41,5
Total	100	100	100	100	100

SOURCES • Ministère chargé de la Santé, DREES : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; URCAM : données extraites du RIAP.

CHAMP • Ensemble des médecins du panel enquêtés au cours de la vague 3 et de la vague 5 (1 717).

TABLEAU 3

Les médecins sont-ils favorables à plus de forfaits ? (en %)

	Moins de 48 ans	De 48 à 53 ans	De 54 à 58 ans	Plus de 59 ans	Ensemble
Favorables à l'introduction d'un forfait basé sur la pathologie	21,3	18,9	19,2	18,5	19,4
Favorables à l'introduction d'un forfait basé sur le patient	21,3	25,2	25,3	25,3	24,3
Favorables à l'introduction d'un forfait ni basé sur le patient ni sur la pathologie	7,8	5,7	6,2	5,5	6,3
Pas favorables à l'introduction d'un forfait	49,6	50,2	49,3	50,7	50
Total	100	100	100	100	100

SOURCES • Ministère chargé de la Santé, DREES : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; URCAM : données extraites du RIAP.

CHAMP • Ensemble des médecins du panel enquêtés au cours de la vague 3 et de la vague 5 (1 717).

## Profils de médecins : caractérisation et description des classes

### *Méthodologie de la typologie des médecins*

Étant donné le nombre important de questions posées aux médecins concernant les modes de rémunération et la perception qu'ils ont de leur propre situation financière, il est préférable d'avoir recours à des méthodes d'analyses multidimensionnelles. En effet, celles-ci, contrairement aux statistiques descriptives usuelles, permettent l'analyse simultanée d'un grand nombre de variables (et non pas seulement deux à deux ou éventuellement à trois). On peut ainsi détecter les interactions possibles entre les différentes réponses aux questions sur les rémunérations.

La typologie présentée dans cette étude a été réalisée en deux temps : une analyse des correspondances multiples (ACM) a permis de mettre en évidence les principaux critères selon lesquels s'opposent les médecins en matière d'opinions concernant leur mode de rémunération. À la suite de cette ACM, une classification

ascendante hiérarchique (CAH) a permis de dégager sept classes de médecins homogènes, regroupés en trois grands groupes<sup>7</sup>.

Les variables «actives», c'est-à-dire les variables à partir desquelles on construit les classes de médecins, sont les variables d'opinion du médecin portant sur les modes de rémunération possibles et sur la perception qu'il a de sa propre situation financière. Des variables illustratives complètent l'analyse<sup>8</sup>, il s'agit de variables sociodémographiques ou renseignant sur la pratique médicale, l'activité et les caractéristiques professionnelles du médecin. On peut ainsi caractériser chacune des sept classes de médecins.

Néanmoins, les corrélations entre les variables supplémentaires peuvent cacher ou amplifier l'impact des différentes caractéristiques des médecins sur l'appartenance aux différentes classes. Pour affiner les résultats, des modèles logit sont mis en œuvre pour mesurer l'impact des variables supplémentaires sur l'appartenance à une classe (plutôt qu'aux six autres), toutes choses égales par ailleurs.

La partition en sept classes (*cf.* tableau 4) permet de délimiter des groupes de médecins aux opinions bien différenciées en matière de modes de rémunération et de perception de leur situation financière. Trois classes constituent un premier groupe de médecins, plutôt favorables à un changement de mode de rémunération. Leurs opinions divergent quant aux modalités de mise en œuvre de ces changements. Un deuxième groupe est constitué des deux classes suivantes, où les médecins ne sont pas favorables à un changement de rémunération. Enfin, les deux dernières classes se retrouvent dans le fait de ne pas avoir d'idées tranchées quant au mode de rémunération, mais de s'inquiéter de leur situation financière.

7. Nous n'analyserons pas ici les résultats de l'ACM, préalable à la réalisation de la CAH. On n'introduit pas dans la CAH directement les observations mais les coordonnées des individus sur les axes, en sortie de l'ACM. Le critère de proximité est ici la distance de Ward, qui permet d'agrèger des classes en minimisant la variance intraclasses (donc en maximisant la variance interclasses). Le choix du nombre de classes a été réalisé après observation de différents critères ainsi que du dendrogramme. Une autre possibilité aurait consisté, d'après les indicateurs, à ne retenir que cinq classes. L'agrégation aurait concerné alors les classes 1 et 2 (qui n'en formeraient plus qu'une seule) et les classes 6 et 7. La perte d'informations nous a semblé dommageable. Découper en moins de cinq classes fait perdre trop d'informations au regard du nombre de variables actives.

8. Ces variables ne participent pas à l'élaboration de la typologie.

TABLEAU 4  
Caractéristiques des classes : les variables actives

Libellé variable	% de cette modalité dans ce groupe							
	Classe 1 (365-21,3 %)	Classe 2 (249-14,5 %)	Classe 3 (108-6,3 %)	Classe 4 (493-28,7 %)	Classe 5 (176-10,2 %)	Classe 6 (226-13,2 %)	Classe 7 (100-5,8 %)	% population (1 717)
<b>Variables actives</b>								
T-43 « Est satisfait de la rémunération à l'acte »	43,3	53	45,4	79,9	68,2	50,4	49	59,2
T-45 « Favorable à d'autres modes de rémunération »	92,9	86,3	83,3	22,9	45,5	63,3	61	60,6
T-50 « Favorable à une partie de rémunération salariée »	77,8	59,8	56,5	18,9	37,5	44,3	48	46,7
Favorable à plus de forfait :	79,2	100	100	3	30,7	44,7	43	50
– dont forfait basé sur la pathologie	0	100	0	0	10,2	19,5	22	19,4
– dont forfait basé sur le patient	79,2	0	0	3	20,5	25,2	21	24,3
– dont forfait ni basé sur le patient ni sur la pathologie ou NSP	0	0	100	0	0	0	0	6,3
Pas favorable à l'introduction d'un forfait	20,8	0	0	97	69,3	55,3	57	50
<b>Liberté tarifaire</b>								
Indifférent	0	0	8,3	0	100	0	11	11,4
Plus de liberté tarifaire	57,3	67,5	45,4	51,1	0	73,5	67	53,1
Moins de liberté tarifaire	42,7	32,5	46,3	48,9	0	26,6	22	35,5
<b>Niveau de vie</b>								
Faible ou très faible	0	0	3,7	0	0	0	100	6,1
Plutôt élevé	75,6	72,7	73,2	71,4	75	87,2	0	70,9
Élevé ou très élevé	24,4	27,3	23,2	28,6	25	12,8	0	23,1
<b>Budget familial</b>								
À l'aise	51	49,8	38	57,4	40,9	0	6	41,5
Ça va	49	50,2	38	42,6	43,8	0	23	38,2
C'est juste ou n'y arrive pas	0	0	24,1	0	15,3	100	71	20,4

SOURCES • Ministère chargé de la Santé, DREES : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; URCAM : données extraites du RIAP.

CHAMP • Ensemble des médecins du panel enquêtés au cours de la vague 3 et de la vague 5.

TABLEAU 5

## Caractérisation des classes : les variables supplémentaires

Libellé variable	% de cette modalité dans ce groupe							% population
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	
<b>Variables sociodémographiques</b>								
% de femmes	22,7 <sup>(*)</sup>	24,1	29,6	27,2	18,2 <sup>(***)</sup>	27,9	35 <sup>(**)</sup>	<b>25,6</b>
<b>Conjoint éventuel et son activité</b>								
Célibataire ou NSP	11 <sup>(***)</sup>	10,4 <sup>(*)</sup>	13	13,2	9,1 <sup>(*)</sup>	17,7 <sup>(**)</sup>	23 <sup>(***)</sup>	<b>13,1</b>
En couple et conjoint actif temps plein	35,1	40,2	42,6	39	31,8 <sup>(**)</sup>	42 <sup>(*)</sup>	32	<b>37,8</b>
En couple et conjoint actif temps partiel	21,9 <sup>(***)</sup>	18,1	20,4	15,8 <sup>(*)</sup>	18,8	14,6 <sup>(*)</sup>	14	<b>17,7</b>
En couple et conjoint retraité	4,7	4	2,8	3,5	4	4	3	<b>3,8</b>
En couple et conjoint sans activité professionnelle	22,2	22,5	14,8 <sup>(**)</sup>	23,7	24,4	18,6 <sup>(*)</sup>	22	<b>22</b>
En couple et autre	5,2	4,8	6,5	4,9	11,9 <sup>(***)</sup>	3,1 <sup>(**)</sup>	6	<b>5,6</b>
<b>Type d'espace de la commune d'exercice</b>								
Rural	22,7	18,4 <sup>(**)</sup>	32,4 <sup>(***)</sup>	25,2 <sup>(*)</sup>	21,6	22,1	20	<b>23,1</b>
Périurbain	17	15,7 <sup>(**)</sup>	21,3 <sup>(*)</sup>	18,3 <sup>(*)</sup>	15,9	10,6 <sup>(***)</sup>	14	<b>16,3</b>
Pôle urbain	60,3	65,9	46,3 <sup>(**)</sup>	56,5 <sup>(***)</sup>	62,5	67,3 <sup>(**)</sup>	66	<b>60,6</b>
<b>Nombre de personnes dans le ménage</b>								
Une personne	8,7	6,4	11,1	8,5	11,9 <sup>(**)</sup>	5,8 <sup>(*)</sup>	10	<b>8,5</b>
Deux personnes	23,6	28,9 <sup>(*)</sup>	23,2	25,3	20,5	19,5 <sup>(**)</sup>	28	<b>24,2</b>
Trois personnes	19,2	17,7	19,4	20,7	24,4 <sup>(*)</sup>	15,8 <sup>(*)</sup>	24	<b>19,8</b>
Quatre personnes	25,2	23,3	26,9	25,4	18,2 <sup>(**)</sup>	28,8 <sup>(*)</sup>	26	<b>24,9</b>
Cinq personnes et plus	23,3	23,7	19,4	20,1 <sup>(*)</sup>	25	30,1 <sup>(***)</sup>	12 <sup>(***)</sup>	<b>22,6</b>
<b>Région d'exercice</b>								
Basse-Normandie	10,7	9,6	9,3	11,8	11,4	10,6	9	<b>10,7</b>
Bourgogne	15,3	14,1	18,5	14	16,5	13,3	14	<b>14,7</b>
Bretagne	19,5	16,9	23,1 <sup>(*)</sup>	19,3	12,5 <sup>(**)</sup>	15,5	15	<b>17,8</b>
PACA	28	32,9	29,6	33,1	27,8 <sup>(*)</sup>	36,3 <sup>(*)</sup>	43 <sup>(***)</sup>	<b>32,2</b>
Pays de la Loire	26,6	26,5	19,4	21,9 <sup>(*)</sup>	31,8 <sup>(***)</sup>	24,3	19 <sup>(*)</sup>	<b>24,6</b>
<b>Variables d'activité/pratiques médicales</b>								
Secteur 1	88,8 <sup>(**)</sup>	88,8 <sup>(*)</sup>	90,7 <sup>(*)</sup>	86	72,7 <sup>(***)</sup>	85,4	78 <sup>(**)</sup>	<b>85,4</b>
MEP occasionnel	13,4 <sup>(*)</sup>	12,1 <sup>(**)</sup>	10,2 <sup>(**)</sup>	16,6	17,1	23 <sup>(***)</sup>	19	<b>15,9</b>
En cabinet de groupe	55,9 <sup>(***)</sup>	54,2 <sup>(**)</sup>	52,8	45,8 <sup>(**)</sup>	49,4	41,6 <sup>(***)</sup>	39 <sup>(**)</sup>	<b>49</b>
Présence d'un secrétariat médical	60,6	62,7 <sup>(*)</sup>	61,1	54,2 <sup>(***)</sup>	62,5	60,6	53	<b>58,8</b>
Fait des gardes	49,3	45,8	56,5 <sup>(**)</sup>	45,2	46	43,4	42	<b>46,5</b>
Participe à l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles)	34,3 <sup>(*)</sup>	32,5	38 <sup>(*)</sup>	29,4	26,1 <sup>(*)</sup>	33,2	26	<b>31,4</b>
<b>Participation à la FMC (formation médicale continue)</b>								
Participe à la FMC :	79,8 <sup>(*)</sup>	87,5 <sup>(***)</sup>	85,2	79,1 <sup>(**)</sup>	82,4	81,4	87 <sup>(**)</sup>	<b>82,1</b>
– dont une fois en douze mois	8 <sup>(*)</sup>	8,8	11,1	9,9	12,5	11,5	16 <sup>(**)</sup>	<b>10,3</b>
– dont tous les trois mois	33,4	35,7 <sup>(*)</sup>	28,7	28,6	27,8	37,6 <sup>(**)</sup>	33	<b>32</b>
– dont une fois par mois	27,7	30,5	36,1 <sup>(**)</sup>	28,8	36,4 <sup>(**)</sup>	23 <sup>(**)</sup>	24	<b>29</b>

– dont plusieurs fois par mois	10,7	12,5	9,3	12,4 <sup>(*)</sup>	5,7 <sup>(**)</sup>	9,3	14	<b>10,8</b>
<b>A une activité...</b>								
... auprès d'une association représentative de médecins	19,5	16,5	15,7	14,4 <sup>(**)</sup>	17,1	21,2 <sup>(*)</sup>	22	<b>17,5</b>
... hospitalière	17,8 <sup>(*)</sup>	13,7	20,4 <sup>(*)</sup>	13,6 <sup>(*)</sup>	18,2	15	10 <sup>(*)</sup>	<b>15,4</b>
... dans un établissement pour personnes âgées	40,6	42,2	43,5	40	36,9	38,1	37	<b>39,9</b>
<b>Autres</b>								
Se considère en bonne santé	80,3 <sup>(**)</sup>	81,1 <sup>(**)</sup>	73,2	78,7	80,1	68,6 <sup>(***)</sup>	65 <sup>(***)</sup>	<b>77,1</b>
Acquisition d'autres diplômes	37,5	41	44,4	38,7	34,1 <sup>(*)</sup>	38,9	38	<b>38,7</b>
Est satisfait de son activité professionnelle	80,6	76,3	79,6	83,9 <sup>(***)</sup>	79,6	73,5 <sup>(**)</sup>	45 <sup>(***)</sup>	<b>77,8</b>
Dans le cadre de l'exercice libéral, souhaiterait travailler moins	48,5 <sup>(*)</sup>	47,4	38 <sup>(*)</sup>	40,2 <sup>(***)</sup>	44,9	47,4	51	<b>44,9</b>

Libellé variable	Moyenne dans la classe							Moyenne dans la population
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	
Âge	52,4	52,5	51,8	53,1 <sup>(*)</sup>	53,6 <sup>(**)</sup>	51,5 <sup>(**)</sup>	53	<b>52,6</b>
Nombre d'actes (C + V) (2008)	4839	5135 <sup>(**)</sup>	4722	5207 <sup>(***)</sup>	4900	4483 <sup>(***)</sup>	3749 <sup>(***)</sup>	<b>4875</b>
Nombre de patients avec acte (2008)	1504 <sup>(*)</sup>	1526 <sup>(**)</sup>	1527	1512 <sup>(**)</sup>	1459	1361 <sup>(***)</sup>	1154 <sup>(***)</sup>	<b>1467</b>
Nombre d'actes (C + V) par patient (2008)	3,3 <sup>(**)</sup>	3,4	3,3	3,5 <sup>(***)</sup>	3,4	3,4	3,4	<b>3,4</b>
Densité de généralistes libéraux (pour 100 000 habitants) <sup>(1)</sup>	114	116	111	112	109 <sup>(*)</sup>	118 <sup>(**)</sup>	116	<b>114</b>
Durée hebdomadaire déclarée (heures)	54,7 <sup>(*)</sup>	54,6 <sup>(*)</sup>	57,6 <sup>(*)</sup>	56,2	55,7	56,1	55,9	<b>55,6</b>
Durée de consultation déclarée (minutes)	18,5	17,2 <sup>(***)</sup>	19,2	17,8 <sup>(***)</sup>	19,1 <sup>(*)</sup>	19,6 <sup>(***)</sup>	21,5 <sup>(***)</sup>	<b>18,5</b>
Revenus annuels d'activité	66 725	68 388	64 145	70 602 <sup>(***)</sup>	67 692	64 396	47 042 <sup>(***)</sup>	<b>66 563</b>
Contribution du médecin aux revenus du ménage (%) <sup>(2)</sup>	78,4 <sup>(**)</sup>	79,6	78,9	79,9	80,6	85 <sup>(***)</sup>	83,8 <sup>(**)</sup>	<b>80,4</b>
Revenus annuels du ménage	86 056 <sup>(*)</sup>	87 045 <sup>(*)</sup>	82 168	88 932 <sup>(***)</sup>	84 479	76 419 <sup>(***)</sup>	57 102 <sup>(***)</sup>	<b>83 664</b>

SOURCES • Ministère chargé de la Santé, DREES : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; URCAM : données extraites du RIAP; INSEE : base permanente des équipements 2008; INSEE : recensement de la population 2007.

CHAMP • Ensemble des médecins enquêtés au cours des vagues 3 et 5 du panel (1 717).

(\*) Statistiquement significatif avec un risque d'erreur inférieur à 10 %.

(\*\*) Statistiquement significatif avec un risque d'erreur inférieur à 5 %.

(\*\*\*) Statistiquement significatif avec un risque d'erreur inférieur à 1 %.

(1) Il s'agit du nombre de médecins généralistes au sens de la base permanente des équipements (BPE, source INSEE, si un médecin a deux cabinets il est compté deux fois) divisé par la population résidant dans le bassin de vie ou « canton ou ville » (pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants) dans lequel exerce le médecin interrogé.

(2) Part du revenu d'activité dans le revenu du ménage.

## **Des médecins favorables à un changement de rémunération**

Ces médecins représentent 42 % de l'ensemble de l'échantillon retenu, soit 722 praticiens. Ce groupe, quasi exclusivement caractérisé par des positions fortement marquées en faveur de changements dans les modes de rémunération, se découpe en trois classes bien distinctes.

365 praticiens «enthousiastes» (21,3 % des praticiens interrogés) constituent la classe la plus favorable au changement de rémunération : 93 % contre 61 % en moyenne dans l'échantillon (*cf.* tableau 4 *supra*) et la moins satisfaite de la rémunération à l'acte (43 % contre 60 % en moyenne). En particulier, les médecins de cette classe souhaitent le plus fréquemment voir une partie de leur rémunération devenir salariée (78 % *versus* 47 %). Ils sont aussi largement ouverts à plus de forfait dans leur rémunération (79 % *versus* 50 %). Ils plébiscitent un forfait basé sur le patient (tous ceux qui souhaitent une part plus importante de forfait dans leur rémunération souhaitent un forfait basé sur le patient), sur sa prise en charge globale, et non sur les pathologies, ce qui les distingue fortement des autres classes de ce groupe. Même s'ils effectuent un nombre d'actes proche de la moyenne des enquêtés, les médecins de cette première classe effectuent significativement moins d'actes par patient (3,3 contre 3,4 en moyenne), ce qui peut expliquer leur préférence pour un forfait basé sur le patient. Néanmoins, l'impact d'un tel changement de rémunération sur leur activité pose question. Il est admis que la capitation désincite les médecins à multiplier le nombre d'actes par patient. Or ces médecins ont déjà un nombre d'actes par patient inférieur à la moyenne, une telle mesure pourrait les conduire à diminuer encore la quantité de soins qu'ils prodiguent à chacun de leur patient, par exemple en les orientant systématiquement vers des médecins spécialistes, ce qui serait plus onéreux pour le système d'assurance maladie.

Aucun médecin de cette classe ne semble déclarer de difficultés financières et, effectivement, les revenus de leurs ménages sont au-dessus de la moyenne (86 056 euros *versus* 83 664 euros ; *cf.* tableau 5 *supra*), leurs revenus d'activité n'étant pas significativement supérieurs à la moyenne et leur durée de travail légèrement inférieure (54,7 heures contre 55,6 heures). Ils exercent plus fréquemment en secteur 1 (89 % contre 85 % en moyenne). Ils ont plus souvent un conjoint qui travaille à temps partiel (22 % *versus* 18 % en moyenne). De plus, les médecins de cette classe exercent plus fréquemment que la moyenne (56 % *versus* 49 %), mais aussi que les médecins de chacune des autres classes, en cabinet de groupe. Il y a donc une corrélation entre exercice regroupé et ouverture aux nouveaux modes de rémunération, ce qui va dans le sens des expérimentations actuellement mises en place dans les maisons ou les pôles de santé. De manière générale, les médecins exerçant en groupe semblent toujours les plus ouverts aux évolutions de médecine libérale. Ainsi ces médecins consacrent plus de temps à la formation et sont davantage informatisés (Baudier *et al.*, 2010) et adhèrent plus fortement aux recommandations de bonnes pratiques (Guerville *et al.*, 2009).

Enfin, les médecins de cette première classe ont également plus fréquemment une activité à l'hôpital (18 % contre 15 %) et ils sont plus nombreux que la moyenne à souhaiter travailler moins dans le cadre de l'exercice libéral (48 % *versus* 45 %). Ces deux caractéristiques laissent penser qu'une fraction des médecins de cette

classe s'est tournée vers l'exercice salarié. Cette classe ne se distingue par contre pas fortement en termes d'âge ni de région d'exercice mais ce sont un peu plus souvent des médecins hommes (87 % *versus* 84 % en moyenne). Tous ces résultats sont confirmés par l'analyse toutes choses égales par ailleurs.

La deuxième classe, les «pro-forfaits pathologie» comporte 249 médecins interrogés, soit 14,5 % de l'ensemble de l'échantillon. Si 86 % d'entre eux sont favorables à un changement de mode de rémunération, la totalité est favorable à plus de forfait, et un forfait basé sur les pathologies à prendre en charge (et non sur la prise en charge globale du patient), contrairement à la première classe.

Même si au niveau de leur ménage ces médecins ne ressentent pas de difficultés financières (le revenu de leur ménage s'élève à 87 045 euros contre 83 664 euros en moyenne), ils ne gagnent pas significativement plus que la moyenne : 68 388 euros *versus* 66 563 euros annuellement. Toutefois, ils effectuent un nombre d'actes significativement plus élevé (5 135 contre 4 875) car ils ont une patientèle assez nombreuse. Néanmoins, les médecins de cette classe déclarent, dans l'enquête, un nombre d'heures de travail hebdomadaire à peu près identique à la moyenne. Cela s'explique par une durée de consultation moins longue (1 minute en moins) que la moyenne et que les médecins de toutes les autres classes. Pour ces médecins, il convient de se demander quel serait l'impact d'un forfait à la pathologie sur leur durée de consultation qui apparaît déjà courte au regard de ce que déclarent les autres médecins. Si ce sont des raisons pécuniaires qui incitent ces médecins à faire des actes courts et nombreux, la mise en place de forfaits pourrait les conduire à rallonger la durée de leur consultation. Une autre hypothèse serait que la «pression de la salle d'attente» pousse ces médecins à travailler vite. Néanmoins, ces derniers exercent dans des bassins de vie où la densité de médecins généralistes est plus élevée que la moyenne. Ils pourraient donc probablement réduire la taille de leur patientèle sans nuire à l'offre de soins de leur zone d'exercice. En résumé, des forfaits à la pathologie pourraient conduire ces médecins à réduire leur patientèle, augmenter leur durée de consultation pour les patients les plus complexes tout en maintenant leur revenu cible. En ce sens, l'introduction de ce mode de rémunération pourrait conduire à une meilleure qualité des soins de premiers recours mais une offre plus réduite.

Comme précédemment, ces médecins favorables aux changements sont plus fréquemment que la moyenne en cabinet de groupe (54 % *versus* 49 %). Ils exercent moins fréquemment en dehors des pôles urbains, ce qui rejoint l'idée qu'ils ne sont pas dans des zones où l'accès aux soins est problématique. Cette classe ne se distingue pas de la moyenne en termes d'âge et de sexe, ni de région d'exercice. À nouveau, les principaux résultats sont confirmés par l'analyse toutes choses égales par ailleurs et en particulier le fait que cette classe se caractérise par une durée de consultation plus courte que la moyenne.

Enfin, la troisième classe favorable au changement de modes de rémunération comporte 108 médecins (6 % de l'échantillon) favorables au changement mais sans préférence entre le forfait au patient et le forfait à la pathologie. Ils sont, pour 83 % d'entre eux, pour un changement dans les modes de rémunération, et pour la totalité favorables à plus de forfait (100 %). En revanche, à l'inverse des deux premières classes, ils n'ont pas d'avis sur le type de forfait ou ne souhaitent ni un forfait à la pathologie ni un forfait au patient. Ces médecins sont aussi largement

plus favorables que la moyenne à une part de salariat dans leur rémunération (57 %). Environ un quart des médecins de cette classe déclarent avoir des difficultés dans leur budget familial, et près de 4 % considèrent que leur niveau de vie est faible ou très faible.

Les panélistes de la troisième classe déclarent une durée de travail hebdomadaire de 57,6 heures contre 55,6 en moyenne, bien que le nombre d'actes (C + V) soit proche de la moyenne. Cela s'explique par des durées de consultation plus longues (significativement dans la régression toutes choses égales par ailleurs), par une patientèle assez large et par la pratique d'activités professionnelles hors consultations. Ils sont notamment 57 % contre 47 % à effectuer des gardes et 21 % contre 15 % à avoir une activité hospitalière. Ce sont majoritairement des médecins en secteur 1 (91 % contre 85 %) et moins fréquemment des médecins à exercice particulier (10 % contre 16 % en moyenne). De plus, ils exercent plus fréquemment en zone rurale (32 % contre 23 %) et moins fréquemment dans les pôles urbains (46 % contre 61 %). La densité médicale de leur zone d'exercice est inférieure à la moyenne observée pour l'ensemble des enquêtés. Enfin, ils sont plus fréquemment impliqués dans des activités professionnelles qui sont peu valorisées dans le cadre du paiement à l'acte : 38 % contre 31 % participent à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et ils sont 36 % (contre 30 %) à suivre plusieurs modules de formation médicale continue (FMC) par mois. Ainsi, les motivations de cette classe au changement de modes de rémunération sont probablement différentes de celles des deux premières. Ce sont des médecins qui se caractérisent par une poly-activité assez développée qui peut refléter leur goût pour la diversité, goût les conduisant également à vouloir diversifier leur mode de rémunération. Comme ce sont des médecins qui travaillent beaucoup, on pourrait supposer que quitter le paiement à l'acte serait un moyen de valoriser financièrement la diversité et l'ampleur de leurs activités. Néanmoins, ils ne semblent pas souffrir de leur forte implication professionnelle car ils sont moins nombreux que la moyenne à déclarer souhaiter travailler moins en libéral (38 % contre 45 %). Ces médecins semblent assez insensibles aux incitations financières du paiement à l'acte, celui-ci ne les conduit ni à raccourcir leur consultation ni à multiplier le nombre d'actes par patient. Introduire de nouveaux modes de rémunération constituerait donc une meilleure reconnaissance de la diversité de leurs activités mais serait sans impact sur leur pratique.

Enfin, comme les panélistes des deux classes précédentes, les médecins de la troisième classe exercent plus souvent en cabinet de groupe. En termes d'âge, de sexe et de situation familiale, ils ne se distinguent pas de la moyenne.

En résumé, pour les 722 médecins (soit 42 % de l'échantillon) appartenant aux trois classes favorables aux nouveaux modes de rémunération, les situations sont assez diversifiées. Si, pour les classes 2 et 3, l'introduction de plus de forfait pourrait accroître la satisfaction des médecins sans nuire simultanément à l'offre et à la qualité des soins, cela est moins clair pour la première classe favorable au forfait patient. Enfin, le point commun des médecins de ces trois premières classes est d'exercer plus fréquemment en cabinet de groupe.

## **Des médecins peu favorables à un changement de rémunération**

Ce groupe représente 39 % de l'échantillon des répondants, soit 669 médecins. Il est moins favorable que la moyenne aux changements de mode de rémunération et se partage en deux classes qui décrivent un dégradé dans le refus du changement de rémunération, la première, les « conservateurs », étant plus fortement opposée aux changements que la seconde.

493 praticiens, soit 29 % des répondants, constituent la classe 4, celle des « conservateurs » : leur situation financière est très satisfaisante et ils ne souhaitent pas modifier les modes de rémunération. En effet, 80 % des médecins de cette classe sont satisfaits de la rémunération à l'acte. Seulement 3 % d'entre eux seraient favorables à plus de forfait (50 % en moyenne) et 19 % à plus de salariat (*versus* 47 %).

29 % d'entre eux considèrent leur niveau de vie comme élevé ou très élevé, contre 23 % dans l'échantillon, et 57 % se déclarent « à l'aise » financièrement, contre 42 % en moyenne. En effet, cette classe est celle où les médecins gagnent le plus : 88 932 euros annuels pour leur ménage (*versus* 83 664 euros) et 70 602 euros (*versus* 66 563 euros) pour leur revenu d'activité. Ils effectuent aussi largement plus d'actes que la moyenne, soit 5 207 par an, ce qui est dû à une large patientèle et à un nombre d'actes par patient plus élevé. Ils déclarent une durée de consultation significativement inférieure à celle déclarée en moyenne par les enquêtés, ainsi leur temps de travail est proche de la moyenne. Ils sont plus âgés que les médecins des autres classes. Ils fonctionnent un peu moins que la moyenne en cabinet de groupe, disposent moins souvent que la moyenne d'un secrétariat médical (54 % contre 59 %) et exercent plus fréquemment en dehors des pôles urbains.

Ces médecins semblent tirer profit de la rémunération à l'acte et apprécier la médecine libérale traditionnelle (ils ont moins souvent que les autres médecins des activités hospitalières ou auprès d'associations représentatives de médecins). Il semble qu'ils apprécient leur niveau d'activité élevé qui conduit, dans le système actuel, à une rémunération élevée : 84 % sont satisfaits de leur activité en général et seulement 40 % souhaitent travailler moins en libéral contre 45 % des panélistes. Néanmoins, on peut s'interroger sur le nombre plus élevé d'actes par patient qu'ils délivrent : cela pourrait être aussi bien la conséquence d'une patientèle qui requiert plus de soins qu'un signe de demande induite.

La classe 5 regroupe 176 médecins, soit 10 % de l'échantillon. Leurs réticences aux changements de mode de rémunération sont moins marquées que celles du groupe précédent, bien qu'ils soient « seulement » 46 % à être favorables à d'autres modes de rémunération. 70 % d'entre eux se prononcent contre l'introduction d'un forfait (contre 97 % dans la classe précédente) et ils sont 63 % à être défavorables à l'introduction du salariat.

Ils gagnent légèrement plus que la moyenne des généralistes interrogés (leur revenu d'activité est de 67 692 euros contre 66 563 euros). Cette classe est peu féminisée (18 % contre 26 %) et est la plus âgée des sept classes. Elle comporte plus de médecins en secteur 2 : 27 % *versus* 15 % sur l'ensemble des répondants. Enfin, les médecins de cette classe exercent dans des bassins de vie où la densité médicale est relativement faible. Pour ces derniers, la double condition « exercer

dans des zones faiblement dotées» et «exercer en secteur 2» peut conduire à leur faire apprécier la rémunération à l'acte. En effet, ils ont potentiellement une patientèle nombreuse et peuvent fixer librement le tarif de leurs consultations.

Quel serait l'effet pour les médecins de ce groupe de l'introduction de nouveaux modes de rémunération ? Outre que les médecins n'y sont pas favorables, cette évolution pourrait réduire le nombre d'actes réalisés par les médecins de la classe 4 sans dégrader l'offre de soins, s'il est vérifié qu'ils induisent une partie de leur activité. En ce sens, l'effet est moins pervers que ce que nous suggérions pour les médecins de la première classe.

### ***Une seule préoccupation, le niveau de vie***

Enfin, les médecins restants (326 individus) ne sont pas caractérisés par les questions d'opinions sur le changement de mode de rémunération (à l'exception de la question de la liberté tarifaire) mais par leurs préoccupations financières. Ils sont très nombreux à dire qu'ils doivent «faire attention» ou qu'ils y «arrivent difficilement» et ont effectivement des revenus beaucoup moins élevés que la moyenne, qui vont de pair avec un nombre d'actes lui aussi plus bas que les autres. Ils se répartissent en deux classes.

Les médecins de la sixième classe (226, soit 13 % de l'échantillon) ont un revenu proche de la moyenne tout en effectuant moins d'actes : leur revenu d'activité est de 64 396 euros contre 66 563 euros et ils effectuent 4 483 actes contre une moyenne de 4 875. Ils se démarquent surtout par un revenu du ménage faible : les ménages des médecins de ce groupe gagnent 7 200 euros de moins que la moyenne des ménages des répondants. Ils indiquent tous avoir des difficultés avec leur budget familial, mais aucun ne considère que son niveau de vie soit faible.

Concernant leur pratique médicale, ils sont plus nombreux à avoir un mode d'exercice particulier : 23 % contre 15 %, et sont seulement 40 % à exercer en groupe. Ils font aussi moins de gardes que la moyenne et participent moins à l'EPP. Leur consultation dure en moyenne une minute de plus. Enfin, ils exercent dans des espaces plus densément pourvus en médecins généralistes libéraux : en moyenne 118 omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants dans leurs bassins de vie contre 114 parmi les répondants au panel, ce qui les conduit à avoir une patientèle restreinte.

Cette classe est plus jeune que les autres : 51,5 ans contre 52,6 dans l'échantillon des répondants. Deux pôles se distinguent au sein de cette classe en termes de configuration familiale, puisque les médecins de cette classe sont à la fois plus nombreux que la moyenne à appartenir à des ménages de cinq personnes ou plus (30 % contre 23 % en moyenne) mais aussi à être célibataire (18 % contre 13 %). Enfin, ils sont plus nombreux que la moyenne à ne pas se considérer comme en bonne santé (31 % contre 23 %). Pour cette classe, il semble donc que ce soit un mélange d'offre locale en médecine générale abondante et de considérations extérieures à leur exercice professionnel (famille, santé) qui suscitent leur

mécontentement. L'introduction de nouveaux modes de rémunération ne semble donc pas pouvoir répondre à leurs préoccupations.

La septième et dernière classe (100 individus soit 6 % de l'échantillon) est constituée d'une population qui touche en moyenne beaucoup moins de revenus de son activité que la moyenne (47 042 euros contre 66 563 euros), effectuant aussi largement moins d'actes (3 749 contre 4 875). Les durées de consultation déclarées sont par contre significativement plus longues (3 minutes de plus) et la patientèle de ces médecins est plus restreinte que la moyenne (1 154 patients contre 1 467). Tous les répondants de cette classe considèrent avoir un niveau de vie faible et ils sont 70 % à déclarer avoir des difficultés avec leur budget familial (contre 20 % des individus interrogés). La préoccupation du niveau de vie est la seule à caractériser cette classe, avec la question de la liberté tarifaire, qu'ils sont 67 % à souhaiter. 35 % des individus de ce groupe sont des femmes (contre 26 % en moyenne) et la région PACA est assez fortement surreprésentée (43 % contre 32 %). Les médecins de cette classe sont aussi moins nombreux à se déclarer en bonne santé (65 % contre 77 %).

Les médecins de ces deux dernières classes évoquent des problèmes de niveaux de vie mais sous des formes différentes. La sixième est composée d'individus ayant un revenu d'activité dans la moyenne, effectuant un nombre d'actes lui aussi dans la moyenne et ont une situation professionnelle ou familiale particulière.

À l'inverse, les individus de la classe 7 ont un revenu plus bas que la moyenne qui s'explique par un nombre d'actes moins importants. Leur insatisfaction provient de leur vie professionnelle et ils ne rentrent pas dans le schéma du médecin ne comptant pas ses heures mais qui gagne bien sa vie (ils sont seulement 45 % de satisfaits par leur activité professionnelle contre une moyenne de 78 %). Ils ne sont pas plus que les autres médecins favorables à plus de forfait ou plus de salariat.

## ***Âge, sexe, région, activité ont des effets non univoques sur les opinions des médecins***

Une analyse toutes choses égales par ailleurs de l'appartenance à chacune des sept classes mises en avant précédemment permet de compléter notre étude<sup>9</sup>. Il est ainsi intéressant de noter que l'effet de l'âge sur les préférences des médecins n'est pas si marqué que le laisse entendre souvent le débat public. S'il est vrai que les classes 4 et 5 opposées aux changements de mode de rémunération sont plutôt des classes où les médecins sont âgés, à l'inverse les classes 1, 2 et 3 ne se caractérisent pas par la jeunesse de leurs membres. Il serait ainsi préjudiciable, en termes de satisfaction des médecins, de ne viser que les jeunes médecins lors de l'introduction de nouveaux modes de rémunération. De même, les femmes ne se

9. Notre ambition n'est pas ici de modéliser les comportements qui conduisent les médecins à appartenir à telle ou telle classe. Il aurait fallu pour cela mener une analyse multinomiale, dont les résultats auraient été difficiles à synthétiser compte tenu du nombre de classes. Nous souhaitons plus simplement « contrôler » les effets d'un certain nombre de caractéristiques.

retrouvent pas spécialement dans les classes les plus favorables aux changements de mode de rémunération.

Il ne semble pas non plus exister de spécificités régionales expliquant les opinions des médecins. Si certaines régions sont significativement plus présentes dans certaines classes, ce résultat tombe lorsqu'on raisonne à âge, sexe et mode d'exercice comparables<sup>10</sup>. Ces différences de structure expliquent l'ensemble des écarts observés entre régions dans les statistiques descriptives.

Les médecins qui effectuent un grand nombre d'actes (médecins de la classe 2 et de la classe 4) n'ont pas tous la même opinion sur les modes de rémunération. Pour les médecins de la classe 4, il semble qu'ils apprécient le lien direct entre actes et revenu qu'implique le mode de paiement actuel, en revanche les médecins de la classe 2 souhaiteraient plus de paiement au forfait. Ce constat distingue nos résultats de ceux mis en avant par Devlin et Sarma (2008) qui, à partir d'une méthodologie complètement différente, montrent qu'au Canada ce sont les médecins qui auraient eu tendance à faire de nombreux actes dans un modèle de rémunération à l'acte qui ont choisi d'autres modes de rémunération.

## Conclusions et perspectives

Les opinions des médecins, interrogés dans un panel mené de 2007 à 2009 dans cinq régions françaises, sont très partagées au sujet de la rémunération à l'acte (60 % s'en déclarent satisfaits) et de l'introduction de nouveaux modes de rémunération (61 % y sont favorables). Leur âge, leur sexe ou leur région d'exercice n'apparaissent pas déterminants, en particulier les jeunes médecins ne sont pas les seuls à souhaiter l'introduction de nouvelles formes de rémunération et les écarts entre régions s'estompent lorsqu'on raisonne à âge, sexe et conditions d'exercice comparables.

Les profils construits à partir des opinions des médecins sur les modes de rémunération et sur leur propre niveau de vie suggèrent fortement qu'un changement de mode de rémunération a des effets difficiles à prévoir tant en termes de satisfaction des médecins que sur la qualité et la quantité des soins, car les médecins généralistes libéraux ont des comportements très diversifiés. Laisser le choix aux médecins ne conduirait pas nécessairement à une meilleure allocation de l'offre de soins. Est-il alors possible de cibler certaines catégories de médecins ? Deux résultats de notre étude nous paraissent à cet égard intéressants. Premièrement, les médecins appartenant aux profils les plus favorables aux évolutions des modes de rémunération exercent plus souvent en cabinet de groupe. Il est donc pertinent de mener des expérimentations dans ces structures où les volontaires seront plus nombreux, mais cela ne garantit pas que l'élargissement à l'ensemble des médecins se fasse sans difficulté. Deuxièmement, il pourrait être pertinent de cibler les médecins effectuant de nombreux actes et situés dans des zones

10. Mode d'exercice particulier (MEP), exercice en groupe, durée de consultation, durée de travail, secteur de conventionnement, densité médicale, revenu...

relativement denses en médecins généralistes ; ces derniers effectuent mécaniquement des consultations plus courtes, ce qui peut nuire à la qualité des soins qu'ils prodiguent. Les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte pourraient les inciter à allonger leurs consultations. Toutefois, les médecins ayant cette double caractéristique se répartissent en deux profils dont l'opinion diverge sur l'évolution des modes de rémunération, ce ciblage conduirait alors à mécontenter une partie des médecins.

En vague 5 comme en vague 1 du panel, il est demandé aux médecins de déclarer :

- d'une part, le «revenu net annuel avant impôts du ménage» auquel il appartient. Si l'individu ne souhaite pas faire une réponse «en clair», il lui est proposé de se positionner dans une tranche de revenus ;

- d'autre part, sa contribution aux revenus du ménage, plus précisément, «la part des revenus de son activité médicale dans le revenu total net du ménage».

Pour estimer les revenus générés par l'activité médicale, on multiplie le revenu net annuel du ménage par la contribution déclarée. Cela suppose d'avoir un chiffre unique quand le médecin a répondu en tranches, et d'imputer des valeurs lorsque le médecin n'a pas répondu à l'une ou l'autre des deux variables qui nous intéressent ici. On a donc procédé en plusieurs étapes :

- tout d'abord, une imputation des revenus du ménage pour l'ensemble des médecins répondants à chaque vague ;
- on calcule ainsi un revenu d'activité à partir de ce revenu du ménage. Les médecins n'ayant pas répondu à la question de leur contribution aux revenus du ménage verront leur revenu d'activité imputé.

Afin d'attribuer un revenu aux médecins qui ont déclaré le revenu de leur ménage en tranches ou qui n'ont rien déclaré du tout, on utilise des procédures classiques d'imputations avec résidus simulés. On modélise les revenus (le log) en tenant compte des réponses en tranches. Au final, ce sont 1 771 médecins sur les 1 875 de la vague 5 qui ont vu leur revenu imputé, dont 391 sans information sur la tranche de revenu.

Dans la deuxième étape, on calcule le revenu d'activité en multipliant le revenu du ménage par le pourcentage de contribution déclaré. Pour les individus n'ayant pas fourni cette contribution, on impute directement le revenu d'activité. On utilise cette fois-ci une régression robuste, qui permet d'écarter des calculs les individus les plus atypiques au regard des variables explicatives. Les résultats, pour la vague 5 du panel, sont regroupés dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU

## Revenus imputés des médecins interrogés en vague 5 du panel

	<b>Vague 5</b>
Nombre de médecins interrogés	1 875
<b>Revenu du ménage</b>	
Réponse en clair	104 (5,5 %)
Réponse en tranches	1 380 (73,6 %)
Non-réponse	391 (20,9 %)
<b>Contribution au revenu du ménage</b>	
Réponse en clair	1 835 (98 %)
Non-réponse	40 (2 %)
<i>Après imputation éventuelle</i>	
<b>Revenu du ménage</b> (moyenne en euros)	
Sur les réponses en clair <sup>(*)</sup>	81 381
Sur les réponses en tranches	83 997
Sur les non-réponses	83 385
<b>Ensemble</b>	<b>83 724</b>
<b>Revenu d'activité</b> (moyenne en euros)	
Sur les répondants à la contribution	66 522
<b>Ensemble</b>	<b>66 622</b>
<i>Quelques statistiques (revenu d'activité)</i>	
Médiane	60 033
Q1	43 228
Q3	82 947
Q3/Q1 <sup>(**)</sup>	1,9
D9/D1 <sup>(***)</sup>	3,4

SOURCES • Ministère chargé de la Santé, DREES : panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; URCAM : données extraites du RIAP.

CHAMP • Ensemble des médecins du panel enquêtés au cours de la vague 5.

(\*) Sans imputation.

(\*\*) Le rapport interquartile est le rapport entre le montant de revenu auquel sont inférieurs 75 % des revenus (Q3) et le montant auquel sont inférieurs 25 % des revenus (Q1).

(\*\*\*) Le rapport D9/D1 met en évidence l'écart entre le haut et le bas de la distribution; c'est une des mesures de l'inégalité de cette distribution.

Si le revenu d'activité des médecins répondants est de 66 600 euros annuels en moyenne, cette dernière recouvre des disparités importantes. En effet, le rapport interquartile est de 2 et le rapport entre le dernier et le premier décile est de 3,4.

Nous avons effectué les mêmes redressements sur la vague 1 du panel, les questions sur le sujet n'ayant pas été posées en vague 3. Nous avons choisi de prendre les revenus de la vague 5 pour plusieurs raisons :

- la question sur la perception du niveau de vie étant déjà issue de la vague 5, il paraît assez cohérent de prendre les revenus de la même vague ;
- on peut penser que les médecins ayant déjà répondu à 4 vagues d'enquête sont, dans une certaine mesure, « fidélisés » et sont plus enclins à donner une réponse précise et de meilleure qualité concernant cette question sensible des revenus ;
- enfin, les moyennes des revenus d'activité de la vague 5 sont plus proches des revenus d'activité connus par ailleurs (Bellamy, 2010).

## Références bibliographiques

**Albouy V., Deprez M. (2008)**, « Mode de rémunération des médecins », *Lettre Trésor-Eco*, n° 42.

**Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P., Guillaumat-Tailliet F. (2007)**, « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, DREES, n° 610.

**Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. (2010)**, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 157.

**Béjean S., Peyron C., Urbinelli R. (2007)**, "Variations in activity and practice patterns: A French study for GPs", *The European Journal of Health Economics*, Springer, vol. 8 (3), p. 225-236.

**Bellamy V. (2010)**, « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 735.

**Burrows M. (2010)**, « Financement et organisation des soins primaires au Royaume-Uni, l'exemple du Primary Care Trust de Salford », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre.

**CNAMTS (2009)**, « La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire », *Points de repère*, n° 28.

**Croxxon B., Proper C., Perkins A. (2001)**, "Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme", *Journal of Public Economics*, Elsevier, vol. 79 (2), p. 375-398.

**Delattre E., Dormont B. (2003)**, "Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on french physicians", *Health Economics*, vol. 12, p. 741-754.

**Devlin R.A., Sarma S. (2008)**, "Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians", *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 27 (5), p. 1168-1181.

**Dormont B., Samson A.-L. (2011)**, *Est-il profitable d'être médecin généraliste? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs*, Document de travail, Série Études et Recherche, DREES, n° 105.

**Freeman G.K., Horder J.P., Howie J.G., Hungin A.P., Hill A.P., Shah N.C., Wilson A. (2002)**, "Evolving general practice consultation in Britain: Issues of length and context", *BMJ*, vol. 324, avril, p. 880-882.

**Fujisawa R., Lafortune G. (2008)**, "The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries?", *OECD Health Working Papers*, n° 41.

**Grignon M., Paris V., Polton D. (2004)**, "Influence of physician payment methods on the efficiency of the health care system", in Forest P.G., Marchildon G.P., McInstosh T., *Changing Health Care in Canada*, The Romanow Papers, vol. 2, University of Toronto Press.

**Guerville M.-A., Paraponaris A., Régi J.-C., Vaissade L., Ventelou B., Verger P. (2009)**, « Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation

des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique», *Études et Résultats*, DREES, n° 708.

**Hubert E. (2010)**, *Mission de concertation sur la médecine de proximité*.

**McGuire T.G. (2000)**, "Physician agency", in *Handbook of Health Economics*, édition 1, vol. 1, chapter 9, Elsevier, p. 461-536.

**Samson A.-L. (2009)**, «Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins?», *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, 2009/1, La Découverte.

**Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J.C., Verger P. (2005)**, «Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région PACA», *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, janvier-mars.