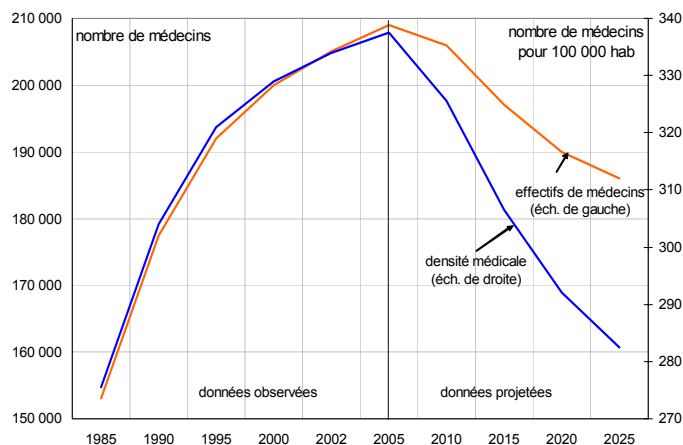


Mode de rémunération des médecins

- La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération des médecins pour une période de 5 ans. Si le paiement à l'acte est étroitement associé à l'image du médecin de ville en France, ce n'est pas forcément le cas à l'étranger, où salariat et paiement au forfait existent aussi.
- Les modes de rémunération sont parfois utilisés pour améliorer la qualité de la prise en charge, en valorisant les actes de prévention par exemple, ou pour encadrer le volume d'activité des médecins. On examine ici les incitations théoriques produites par les différents schémas de rémunération et on les confronte à la réalité de la pratique des médecins, dont la conduite ne dépend pas que de considérations financières. Il en ressort que les schémas de rémunération influencent bien la pratique médicale et pourraient donc être utilisés pour l'améliorer.
- Un plus grand choix de mode de rémunération est réclamé parmi les jeunes générations de médecins, dont une fraction croissante s'oriente vers des activités salariées. Dans un contexte de baisse de la démographie médicale, baisse qui sera importante dans les deux décennies à venir, le paiement à l'acte est le schéma qui incite le plus à une activité soutenue des médecins et devrait donc rester prédominant. Mais dans un contexte où seulement un diplômé sur deux exerce en cabinet libéral et où certaines zones risquent de se retrouver dans une situation de pénurie de médecins, il est indispensable de prendre en compte les aspirations des jeunes diplômés, notamment en termes de rémunération.
- Par ailleurs, la diversité des modes de rémunération peut se révéler utile pour améliorer la qualité de la pratique médicale, ou pour répondre aux évolutions du métier de médecin généraliste, dans un contexte où le poids croissant des maladies chroniques et le recours accru aux spécialistes requiert une activité de coordination des soins accrue.
- Le risque existe cependant pour les finances publiques que les forfaits ne viennent s'ajouter à la rémunération existante à l'acte et qu'ils soient de surcroît intégralement financés par l'assurance maladie.

Sources : DREES Etudes et Résultats, novembre 2004.



Ce document a été élaboré sous la responsabilité de la direction générale du Trésor et de la Politique économique et ne reflète pas nécessairement la position du ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi.

Longtemps présenté comme l'un des socles de la médecine libérale, le paiement à l'acte n'apparaît plus aujourd'hui comme le mode de paiement incontournable et exclusif des médecins de ville. L'idée d'associer le paiement à l'acte à d'autres modes de rémunération progresse dans le débat public.

La diversité des modes de rémunération existe déjà pour les médecins libéraux ayant en parallèle une activité à l'hôpital (17%). Depuis quelques années les médecins ayant une activité purement libérale reçoivent aussi une part de leur revenu sous forme de paiements forfaitaires. Cette part forfaitaire a ainsi représenté 6,1% de la rémunération des omnipraticiens en 2006 alors qu'elle était quasiment inexistante en 2000¹ (0,2%). Ces forfaits rémunèrent par exemple le suivi des patients en affection longue durée (40€) ou les gardes et astreintes. Parallèlement, diversifier les modes de rémunération peut être une piste intéressante pour faciliter la coopération entre professionnels de santé travaillant en collaboration. C'est dans cet esprit que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008 a ouvert la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour une période de 5 ans.

1. Les différents modes de rémunération des médecins

Les modes de rémunération des médecins d'un pays à l'autre sont extrêmement variables. En France, ce sont le paiement à l'acte pour les médecins de ville et le salariat à l'hôpital qui représentent la norme. A l'étranger, les modes de rémunération varient autour de trois modes de rémunération principaux :

- **la rémunération fixe (salariat)** correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail
- **la rémunération à l'acte** est un paiement fonction du nombre de consultations du médecin
- **la capitation** correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Le forfait peut éventuellement intégrer les soins et médicaments prescrits lors de ces consultations (à l'instar du Royaume-Uni).

Comme le paiement à l'acte, le paiement à la capitation rémunère le médecin en fonction de son activité. Dans le premier cas, cette activité est appréhendée par le nombre de consultations ; dans le second par le nombre de patients suivis. Mais à nombre de patients donné, les deux types de paiement produisent des incitations financières inverses : payé à l'acte, le médecin a intérêt à voir le plus souvent possible ses patients ; payé à la capitation, il a au

2. Les incitations générées par ces différentes formes de rémunération

Chacune de ces formes de rémunération produit un système d'incitations différent sur l'activité des médecins. La nature de ces incitations est en général bien établie ; en revanche la théorie économique se prononce peu sur le caractère

La nouveauté aujourd'hui est que cette diversité des modes de rémunération est acceptée par les médecins généralistes, voire même souhaitée parmi les jeunes générations. Ces nouvelles aspirations se sont traduites par une augmentation de la proportion d'omnipraticiens salariés (hospitaliers et non hospitaliers) au détriment de ceux ayant une activité libérale ou mixte : entre 1995 et 2005, le nombre de généralistes débutants optant pour le mode libéral ou mixte n'a pratiquement pas progressé (+0,1%) tandis qu'ils étaient 25% de plus à choisir le salariat.

Ces évolutions des mentalités ont lieu alors que la médecine de ville connaît de profonds changements : l'évolution attendue de la démographie médicale (recul de 16% de la densité de médecins d'ici 2025²) dans un contexte de vieillissement de la population, l'aspiration des jeunes médecins à un exercice de groupe, la féminisation croissante de la profession vont vraisemblablement modifier le visage de la médecine de ville dans les prochaines années. L'évolution des modes de rémunération peut être un outil permettant d'accompagner ou d'accélérer cette évolution.

contraire intérêt à les voir le moins souvent possible. La capitation partagée par ailleurs avec le salariat la caractérise d'être un paiement *prospectif*, dont le montant est prévisible, tandis que le paiement à l'acte est par nature *rétrospectif* (on ne connaît le nombre de consultations qu'en fin de période) donc moins facile à budgéter.

Dans la plupart des pays, ces trois modes de paiement coexistent, mais interviennent dans des proportions variables. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas). La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative. Le salariat y est notamment développé au sein des Health maintenance organizations (HMO), qui sont les assureurs ayant poussé le plus loin la logique d'intégration des soins. L'Allemagne a un système de rémunération sophistiqué qui emboîte un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation (les sommes sont donc fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Ensuite, la répartition entre médecins fait intervenir l'activité (le nombre de consultations), mais ce paiement à l'activité est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations global).

normatif de ces incitations. Une incitation à raccourcir la durée de la consultation peut par exemple être interprétée comme une baisse de la qualité du service médical rendu ou comme une hausse de la productivité selon les situations.

(1) Fréchou H., Guillaumat-Tailliet F (2008) : « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », *Etudes et Résultats, DRESS, n°643*.

(2) Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S. (2004) : « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Etudes et Résultats, DRESS, n°352*.

2.1 Le paiement à l'acte : hausse de productivité mais risque de demande induite et de moindre qualité

La rémunération à l'acte incite les médecins à augmenter le nombre de consultations qu'ils donnent en une heure (leur productivité). L'incitation qu'elle fait porter sur le temps de travail est plus ambiguë : le médecin, ayant augmenté sa rémunération horaire en augmentant sa productivité, peut choisir de réduire son temps de travail tout en maintenant sa rémunération constante. Il peut aussi choisir d'augmenter son temps de travail et d'augmenter son revenu. On considère généralement que c'est ce dernier effet (appelé effet revenu) qui domine.

La rémunération à l'acte est ainsi susceptible d'orienter la pratique médicale vers un double accroissement de l'offre de soins, par augmentation de la productivité horaire du médecin et d'une augmentation de son temps de travail. Pour augmenter le nombre de consultations qu'il réalise, le médecin peut chercher à accroître sa patientèle ou bien augmenter l'intensité des soins prodigués à chacun. C'est cette dernière incitation qui est parfois critiquée dans le paiement à l'acte car contrairement au nombre de patients, qui est fixé, les médecins sont en mesure d'influer directement sur le nombre d'actes réalisés.

L'augmentation de l'offre de soins générée par le paiement à l'acte n'est pas nécessairement mauvaise, notamment en situation de pénurie d'offre. Le problème vient de ce que les médecins, du fait de leur expertise, ont la possibilité d'influencer la demande de soins au delà de ce qui est nécessaire. Désireux d'augmenter leur offre de travail, ils peuvent en théorie, s'ils ne sont pas dans une zone en pénurie d'offre, « gonfler » artificiellement la demande (en faisant revenir plus souvent leurs patients par exemple). Ce phénomène, dit de « demande induite », conduit à une situation de surproduction de soins.

Au-delà de ce risque de dépasser le volume optimal de soins prodigués (qu'on ne sait d'ailleurs pas très bien définir), l'incitation à augmenter la productivité horaire générée par le paiement à l'acte peut avoir un autre effet pervers : raccourcir la durée de consultation. Si la durée de consultation est positivement corrélée à la « qualité » de cette consultation, on peut craindre que la rémunération à l'acte ne favorise le volume de soins au détriment de leur qualité.

2.2 La capitation : concurrence et maîtrise globale de la dépense mais des effets pervers importants

Le paiement sous forme de capitation produit également une incitation individuelle à augmenter la production de soins. Elle invite le médecin à augmenter la taille de la patientèle. Mais la taille de la population étant fixée, cela se traduit par une augmentation de la concurrence entre médecins.

Avec la capitation, le praticien est en théorie incité à avoir une pratique médicale efficace, notamment à ne voir ses patients que lorsque c'est nécessaire. La capitation n'est pas pour autant exempte de risques :

- si le praticien n'est pas responsabilisé conjointement sur le niveau de prescriptions, il peut avoir intérêt à satisfaire aux attentes de ses patients (médicaments, arrêts maladie...), même lorsque celles-ci ne sont pas justifiées, de peur que ses patients ne changent de médecin traitant ;

- si le praticien est responsable d'un budget global, comme c'est le cas au Royaume Uni (si le forfait qu'il touche par patient inclut les médicaments et soins qu'il prescrit), il peut être au contraire incité à « rationner » les soins. On peut même craindre que certains médecins évincent de leur clientèle les patients aux pathologies les plus lourdes (surtout si le forfait intègre mal cet aspect dans sa tarification) ;
- en sens inverse, quand le forfait n'inclut pas le coût des soins secondaires (*i.e.* les prescriptions découlant de la visite chez le généraliste), la capitation peut encourager le report excessif de patients vers d'autres structures médicales (spécialistes, hôpital).

En outre, la capitation expose le médecin au risque que sa clientèle ait un état de santé plus dégradé que la moyenne sur laquelle a été calibré le forfait. Théoriquement, la taille de la clientèle (autour de 1500 patients par médecin) permet de limiter ce risque : le forfait est insuffisant pour soigner certains patients, excédentaire sur d'autres, mais globalement le médecin doit s'y retrouver. Toutefois, compte tenu de la concentration des dépenses de santé, il existe un risque que le médecin suive une proportion importante de personnes en très mauvaise santé et que la mutualisation au niveau de ses patients ne fonctionne pas.

La réponse des systèmes où la capitation existe à ce risque a été d'ajuster le montant du forfait aux caractéristiques du patient. En pratique, cet ajustement est toutefois difficile à réaliser. La variable qui prédit le mieux les dépenses de santé futures sont les dépenses passées (elle permet d'expliquer le quart de la variabilité des dépenses futures). Mais on ne peut utiliser cette variable pour ajuster le forfait car elle inciterait les médecins à « gonfler » les soins de leurs patients. Dès lors, à l'étranger, les forfaits ne sont ajustés qu'en fonction d'un nombre limité de critères (sexe, âge, fait d'être atteint d'une maladie chronique) et le médecin continue d'être exposé au risque d'avoir des patients plutôt en mauvaise santé parmi ces catégories.

2.3 Le salariat : un revenu garanti pour le praticien, une meilleure qualité de soins mais un risque désincitatif sur l'offre des médecins

Le salariat permet de déconnecter la rémunération de l'acte médical. Les décisions que prend le médecin sur la façon de soigner ses patients n'ont aucun impact sur sa rémunération. On s'attend à ce que le médecin porte plus d'attention à chacun de ses patients, quitte à y passer plus de temps. Si l'on considère que la durée de la consultation est un indicateur de qualité des soins, le salariat favorise donc la qualité des soins. Le médecin en retire le bénéfice d'un revenu garanti. Pour le gestionnaire, la dépense annuelle du médecin salarié est connue à l'avance et davantage contrôlable, ou du moins prévisible.

En revanche, le salariat pose un problème d'incitation à l'effort. La valorisation de l'effort y est en effet difficile, soit parce que l'effort individuel est peu observable par un tiers, soit parce qu'il n'est de toute façon pas rémunéré (salaire fixe indépendamment de la productivité). Dès lors, le médecin salarié n'est pas véritablement incité à accroître l'intensité de son effort (nombre de patients vus par heure).

3. Les études empiriques confirment que les incitations financières orientent effectivement la pratique médicale

La littérature empirique conclut que dans l'ensemble les médecins sont sensibles aux incitations produites par les différents schémas de rémunération, et qu'ils modifient leur pratique dans le sens de ces incitations. Leurs réactions en réponse à des changements de mode de rémunération sont toutefois diverses. Conjointement aux incitations financières, ce sont aussi les considérations éthiques et les représentations de « bonne pratique » qui déterminent les comportements.

3.1 Des dépenses de santé plus élevées dans les systèmes où le paiement à l'acte domine, mais pouvant refléter une meilleure réponse aux besoins

Les comparaisons internationales font apparaître des écarts importants entre les pays selon les modes de rémunération des médecins. Les pays où le paiement à l'acte est dominant ont des dépenses de santé plus élevées que ceux qui rémunèrent leurs médecins à la capitation ou par salaire. Ce type de comparaison doit toutefois être interprété avec prudence, pour au moins deux raisons :

- ces écarts de niveaux de dépenses entre systèmes de santé à l'organisation différente peuvent s'expliquer par d'autres facteurs que le mode de rémunération ; le salariat ou la capitation sont souvent présents dans des systèmes où la santé est un service public, systèmes qui peuvent contrôler plus rigoureusement les dépenses ;
- il est possible que les systèmes avec paiement à l'acte répondent mieux aux besoins de soins de la population; qu'il y ait des dépenses supplémentaires ne signifie pas en soi que la production de soins est inefficace. Pour que ce soit le cas il faut se trouver dans une situation de « demande induite », c'est-à-dire que le praticien génère artificiellement une production de soins que le patient ne souhaiterait pas s'il disposait de la même expertise que lui.

3.2 Le suivi des pratiques consécutif à un changement de mode de rémunération valide plutôt le fait qu'un paiement à l'acte suscite un surcroît d'activité s'accompagnant de phénomènes de « demande induite »

Les situations dans lesquelles les médecins sont confrontés à des changements tarifaires sont rares, mais les études qui exploitent ces cas concluent que, payés à l'acte, les médecins ajustent partiellement le volume de soins quand ils sont confrontés à un choc tarifaire ou à des facteurs de nature à limiter leur activité.

La capacité des médecins à influencer la demande de soins est confirmée empiriquement, même si l'ampleur de ce phénomène est plus limitée que ce qu'on a souvent cru historiquement. Elle est confirmée par les études qui relient l'activité médicale et la densité de médecins. Une étude française récente³ montre notamment que l'installation de nouveaux médecins dans une zone ne se traduit pas par une baisse correspondante de l'activité de leurs confrères.

Une étude américaine plus ancienne estimait que les obstétriciens avaient partiellement compensé la baisse de leur revenu engendrée par la diminution de la fertilité aux États-Unis par une hausse du taux de césariennes aux patientes⁴. D'autres études soulignent enfin que les médecins payés à l'acte avec des tarifs conventionnés augmentent le volume de leurs actes quand il y a un gel des tarifs ou une baisse brutale de ceux-ci⁵.

Au total, ces études suggèrent que les médecins utilisent leur capacité d'influer sur le volume des soins pour accroître leur revenu, mais le jugement sur le caractère « inutile » des soins ainsi produits reste assez nuancé⁶.

Tableau 1 : rémunération des médecins et dépenses de santé (2000)

densité médicale	paiement à l'acte		rémunération mixte		salariat ou capitation majoritaires	
	pays	part des dépenses santé dans le PIB	pays	part des dépenses santé dans le PIB	pays	part des dépenses santé dans le PIB
Au-dessus de la moyenne	Autriche Belgique France Allemagne Suisse	9,4%	Danemark Pays-Bas	8,8%	Grèce Italie République Slovaque Espagne Suède	7,8%
En dessous de la moyenne	Canada	9,2%	Australie Irlande Japon Nouvelle-Zélande Norvège	7,7%	Grande-Bretagne	7,3%

Source : OCDE, *human resources for health care project* and OECD health data 2003.

(3) Delattre E, Dormont B (2003) : «Fixed Fees and Physician-Induced Demand: A Panel Data Study on French Physicians» *Health Economics*.

(4) Gruber J, Owings M (1996), *Rand Journal of Economics*, vol 26 n°1.

(5) Rochaix L et Jacobzone S, (1997) : « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et Prévision*, n°129-130. Nguyen N. X, Derrick F. W (1997) : «Physician behavioral response to a Medicare price reduction», *Health services research*, vol 32 (3).

(6) Ces expériences contrôlées sont toutefois rares et compte tenu de la difficulté à les mettre en place, ne portent que sur un nombre limité de médecins.

Cependant plusieurs études ont construit une expérience contrôlée sur ce sujet. La première a affecté aléatoirement 15 pédiatres d'une même clinique à une rémunération à l'acte ou au salariat⁷. Les pédiatres rémunérés à l'acte ont réalisé un nombre de consultations plus élevé.

La deuxième expérience sur ce sujet concerne des médecins suivant des enfants américains pris en charge par MEDICAID. Aux États-Unis, il n'existe pas d'équivalent de la sécurité sociale (c'est-à-dire d'assurance publique) pour l'ensemble des américains. Les seules personnes couvertes par une assurance publique sont les personnes de condition très modeste (couvertes par MEDICAID) et celles de plus de 65 ans (couvertes par MEDICARE). Cette expérience américaine⁸ a comparé les pratiques médicales de plusieurs groupes de médecins généralistes (choisis aléatoirement) rémunérés différemment. Trois groupes de médecins avec des rémunérations différentes ont été constitués. Avant l'expérimentation, les médecins qui suivaient les patients de MEDICAID étaient (mal) rémunérés à l'acte. Les médecins du premier groupe ont continué à être rémunérés à l'acte mais avec une rémunération supérieure à celle qui prévalait avant l'expérimentation⁹; les médecins du second groupe sont passés à la rémunération à la capitation, avec un budget incluant la plupart des soins secondaires. Les médecins du troisième groupe ont continué à être payés à l'acte, au même tarif que celui qui prévalait avant le début de l'expérimentation. Ce schéma expérimental permet non seulement d'observer le comportement des médecins sous des modes de paiement différents mais aussi de voir si ce comportement diffère selon le niveau de rémunération.

Les résultats attestent de la sensibilité de l'activité des médecins à leur mode de rémunération. Mieux payés, les médecins (qu'ils soient à l'acte ou à la capitation) ont vu plus régulièrement leurs patients. Cette augmentation a été plus nette pour le paiement à l'acte : les enfants traités par des médecins payés à l'acte à un tarif plus élevé ont eu plus de consultations (un quart de plus) que ceux suivis par des médecins payés à la capitation. D'autre part, comme attendu, le forfait versé pour la capitation incluant la plupart des soins secondaires, les médecins payés au forfait ont moins renvoyé leurs patients vers d'autres spécialités médicales que ceux payés à l'acte. Selon l'académie américaine de pédiatrie (et malgré les difficultés à se prononcer sur cette question), le volume le plus « pertinent » de soins dispensés était plutôt celui des médecins payés à la capitation.

Une dernière étude suggère que la hausse de l'activité des médecins lorsqu'ils passent à une rémunération à l'acte pourrait n'être que transitoire. Les médecins danois ont ainsi

fait l'expérience d'un changement de mode de rémunération en 1987. Avant, tous les médecins étaient rémunérés à la capitation. Après 1987, les médecins de la ville de Copenhague ont été rémunérés dans un système mixte associant capitation et paiement à l'acte. Leur nombre de « contacts » avec les patients a alors fortement augmenté comparé à celui des médecins des environs qui eux, continuaient à être payés à la capitation¹⁰. Le nombre de consultations et le taux d'analyses et traitements prescrits ont largement crû. Mais la hausse du nombre de consultations n'a été que transitoire : un an après le changement, les médecins de la ville de Copenhague se sont à nouveau alignés sur l'activité des médecins du comté, toujours payés à la capitation. En revanche, les médecins payés à l'acte ont continué à moins adresser les patients vers des spécialistes et vers l'hôpital et ont produit plus de prestations médicales eux-mêmes.

3.3 Le paiement par capitation augmente effectivement le taux d'adressage vers d'autres professionnels

De son côté, le paiement à la capitation produit bien effectivement ce que l'analyse économique prédit. Le suivi des pratiques des médecins danois a ainsi montré que le taux d'adressage vers d'autres professionnels de santé (des spécialistes) avait diminué lorsque les médecins étaient passés à la rémunération à l'acte.

Une étude similaire sur médecins généralistes norvégiens¹¹ confirme ces résultats : en 1993, quatre municipalités ont diminué la part de la rémunération à l'acte de leurs médecins ; par ailleurs, la partie fixe a été remplacée par une rémunération à la capitation (ce qui a eu pour effet de redoubler l'incitation à augmenter sa clientèle et à consacrer moins de temps à chaque patient). Le taux d'adressage vers des spécialistes a augmenté sensiblement suite à ce changement.

Dans le cas où le forfait n'est pas ajusté au risque du patient (ou l'est mal), le deuxième risque inhérent au paiement par capitation est celui de la sélection des patients ; les médecins ont un intérêt financier à évincer de leur liste les patients nécessitant les soins les plus lourds (et plus d'attention de leur part). Empiriquement toutefois, ce type de comportement n'a pas été vérifié à ce jour.

Enfin il a été montré aux États-Unis (Cutler and Reber 1998) que les patients les plus malades choisissaient préférentiellement les systèmes assurantiels avec paiement à l'acte plutôt qu'avec capitation. On pourrait interpréter cette observation par le fait que la qualité perçue est moindre dans le cas où les médecins sont payés par capitation.

(7) Hickson, G.H., Altemeier, W.A., and Perrin, J.M. (1987) : «Physician reimbursement by salary or fee-for-service: Effect on physician practice behavior in a randomized prospective study». *Pediatrics*.

(8) Davidson S. M., Mannheim L.M., Werner S.M. (1992) : «Prepayment with Office-Based Physicians in Publicly Funded Programs: Results from the Children's Medicaid Program», *Pediatrics* ; 89:761-767.

(9) L'objet de ce relèvement des tarifs était de voir si la mauvaise qualité des soins dispensés aux patients couverts par MEDICAID venait du fait que les tarifs opposables étaient très en dessous de ceux du marché.

(10) Krasnik, Groenwegen, Petersen (1990) : «Changing remunerations systems : effects on the activity in general practice», *British Medical Journal*, 300.

(11) Iversen T, Luras H. (2000) : « The effect of capitation on GP's referral decisions » *Health Economics*, 9.

3.4 Certaines études empiriques attestent enfin de l'effet présumé du salariat sur les soins délivrés

Ainsi la rémunération par un salaire est associée à des consultations plus longues¹², à un nombre d'actes par patients et un nombre de patients par médecin moindre. A l'exception d'une étude qui conclut que le passage au salariat¹³ des médecins anglais n'a pas entraîné de baisse de leur productivité, la plupart des études confirment aussi la diminution du volume de

soins associée au passage à la rémunération sous forme de salaire¹⁴.

En revanche, l'effet empirique du salariat sur la qualité des soins apparaît plus ambigu. Des études (Folland, *Managed Care*, 2003) menées aux États-Unis sur les HMO – dont beaucoup ont développé le salariat comme instrument de maîtrise des coûts – ne suggèrent pas d'effet significatif sur la qualité (ni à la hausse ni à la baisse). Cette question soulève de nombreuses polémiques.

4. Les réponses possibles aux inconvénients respectifs des trois grands schémas de rémunération

4.1 L'instauration d'un mode de rémunération mixte peut être une solution

Les différents modes de rémunérations ont bien une influence sur la pratique médicale. La difficulté est que chaque incitation peut à la fois être interprétée comme une qualité ou comme un défaut selon le mode de pratique initial. Dans le cas où l'on vise à multiplier les objectifs des médecins, la théorie économique préconise de façon un peu schématique de diversifier les modes de paiements. Par exemple, si l'on recherche un compromis entre objectifs (qualité et quantité de soins produite par exemple), il faut intégrer ces deux dimensions dans le schéma de rémunération et avoir recours à des paiements mixtes.

Dans le cas où le médecin est rémunéré à l'acte, cela signifie introduire des paiements forfaitaires pour rémunérer certaines activités. Ce type de paiement mixte a par exemple été introduit en France, d'abord lors de la mise en place du système de médecin référent où le suivi de chaque dossier des patients était rémunéré par un forfait de 46€, puis avec le forfait de 40€ versé pour le suivi des patients en affection longue durée. Au Québec, la réforme de 1999 a consisté à proposer aux médecins à l'hôpital de passer d'une rémunération à l'acte à un mode de rémunération mixte combinant une part fixe et une partie variable proportionnelle à leur activité. L'une des finalités de cette réforme était que les médecins aient les moyens de consacrer une partie de leur temps aux charges administratives et d'enseignement¹⁵.

Inversement, dans le cas où le médecin est salarié ou payé à la capitation, le passage à une rémunération mixte signifie introduire des paiements à l'acte sur des activités pour lesquelles on souhaite une pratique plus intensive. C'est l'incitation à la productivité qui motive en général ce choix. On trouve des exemples dans la rémunération des médecins britanniques (pour les visites de nuit, les vaccinations, la petite chirurgie).

Toutefois, ces modes de paiements mixtes atténuent mais ne suppriment pas les défauts de chaque type de rémunération. Dans un schéma où la rémunération à l'acte dominerait, l'introduction d'une partie fixe (associée à une rémunération à l'acte à taux variable) limite mais ne supprime pas l'incitation à accroître le volume des soins.

Du point de vue des finances publiques, l'introduction de paiements forfaitaires dans les systèmes de paiement à l'acte ne se substitue pas forcément à ce dernier mais vient plutôt s'y ajouter. Il convient alors d'éviter que les forfaits ne deviennent qu'un effet d'aubaine pour les médecins, sans contrepartie sur le niveau des soins dispensés.

4.2 Une « fausse bonne idée » : les enveloppes fermées avec points flottants

Lorsque le paiement à l'acte domine, une piste de correction du caractère inflationniste consiste à instaurer un système d'enveloppes fermées avec point flottant. Le principe est de définir *ex post* la valeur de la consultation en fonction du respect global de budgets préalablement définis. Par exemple, un dépassement de 10% de l'enveloppe conduit à une baisse équivalente du tarif de la consultation.

Cette piste a été explorée en Allemagne dans les années 1980, au Canada (au Québec dans les années 1970, en Alberta et en Nouvelle Ecosse au début des années 1990), et aux États-Unis pour les soins dispensés à des patients couverts par Medicare. Ces expériences font apparaître les effets potentiellement pervers de cette forme d'encadrement du volume d'activité. Paradoxalement, elle peut entraîner une multiplication du volume d'actes chez le médecin. La raison réside dans le décalage entre le niveau de responsabilisation (collectif) et les pratiques divergentes (individuelles).

Chaque médecin, individuellement, a intérêt à réaliser un grand nombre d'actes pour se prémunir du risque de voir le prix de la consultation baisser. Ce comportement va être d'autant plus répandu que les médecins anticiperont un dépassement de l'enveloppe globale. Au Québec et en Allemagne, l'expérience a conduit les syndicats de médecins à demander (en complément) un mécanisme de plafonnement individuel du volume d'activité qui fasse mieux correspondre le niveau de responsabilité avec le niveau auquel se joue la décision sur le volume d'activité (voir 4.3). La comparaison entre les expériences en Alberta et en Nouvelle Ecosse (en 1992) montre que la fixation d'un plafond irréaliste peut être inutile voire contre-productive.

(12) Gosden T., Pedersen L., Torgerson D. (1999) : «How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour», *Quarterly Journal of Medicine*, 92(1).

(13) Gosden T., Sibbald B., Williams J. (2003) : «Paying doctors by salary : a controlled study of general practitioner behaviour in England», *Health Policy*, 64 (3).

(14) Gosden T., Forland F., Kristiansen I. S. (2001) : «Impact of payment method on behaviour of primary care physicians : a systematic review», *Journal of Health Services Research and Policy*, 6 (1).

(15) Gaynor M; Gertler P. (1995) : «Moral Hazard and Risk Spreading in Partnerships», *Rand Journal of Economics*, 26 (4).

tive. Ainsi en Nouvelle Ecosse, malgré l'existence de dispositifs de plafonnement individuel de l'activité des médecins, la fixation d'un objectif d'évolution des dépenses peu crédible (0%) s'est traduite par une augmentation du volume des actes de 7%. En Alberta, malgré l'absence de mécanismes individuels de plafonnement de l'activité, la fixation de l'évolution des dépenses à un niveau crédible (5,5%) en accord avec les syndicats de médecins, a conduit à une baisse de l'activité de 2,2%. Cet exemple souligne les effets pervers à placer les médecins dans un environnement incertain (l'incertitude portant sur le prix des soins)¹⁶.

4.3 Le plafonnement individuel d'honoraires n'est pas non plus la panacée pour contrôler l'évolution du volume des soins

Le plafonnement individuel du revenu d'activité peut apparaître comme une réponse aux contradictions de mécanismes de sanctions collectives à des comportements individuels. Généralement, ce plafonnement prend la forme d'une rémunération réduite du nombre d'actes une fois que le plafond (de revenu ou d'actes) est atteint. Ce type de mécanismes a existé en France avec des plafonds très élevés pour les professions d'infirmiers et de kinésithérapeutes.

Ce type d'encadrement du volume d'activité présente néanmoins des défauts. Fixé à un niveau d'activité relativement élevé, le mécanisme a un intérêt limité en termes d'encadrement du volume d'activité. Il peut néanmoins être utile pour sanctionner des médecins lorsque l'on juge leur volume d'activité sûrement incompatible avec une pratique médicale de qualité (plus de 50 consultations par jour par exemple).

Fixé à un niveau plus bas, le mécanisme devient par construction plus intéressant pour encadrer les volumes d'activité mais les effets pervers sont plus nombreux. Il est en premier lieu compliqué par le fait que l'activité des médecins varie au fil de leur carrière, plutôt faible en début de carrière lorsque ceux-ci se constituent une clientèle, l'activité de chaque médecin augmente avant de se stabiliser et de diminuer à nouveau en fin de carrière. Etablir un plafond peu supérieur à la moyenne du volume d'activité moyen conduit *de facto* à sanctionner les médecins en milieu de carrière. De plus, le plafonnement de l'activité médicale se heurte au développement du temps partiel accompagnant la féminisation du corps médical. Il n'est pas réaliste de penser que l'on peut adapter le plafond selon le temps travaillé, dans la mesure où le nombre d'heures travaillées est une information susceptible d'être manipulée par la profession médicale (puisqu'elle est difficilement vérifiable).

Enfin, ce dispositif ne sanctionne peut être pas les médecins qui devraient être sanctionnés. Fondamentalement, l'encadrement du volume d'actes veut corriger le fait que certains médecins induisent une demande et produisent des actes non nécessaires. Les

médecins qui ont ce type de comportement ne sont pas forcément ceux qui ont le volume d'activité le plus élevé. On peut penser au contraire que ce sont ceux qui n'ont pas naturellement une grande patientèle qui peuvent être tentés de « fidéliser » leurs patients en leur prescrivant des soins secondaires peu nécessaires, et en les incitant à consulter régulièrement. De ce point de vue, le mécanisme de droits à tirage semble beaucoup plus intelligent pour encadrer le volume d'actes produit.

4.4 Les «droits à tirage» sont une formule de plafonnement a priori plus adaptée

L'encadrement du volume d'activité par un « droit à tirage » est proche du principe du plafonnement de l'activité, mais régule le volume de soins produit par patient. Ce dispositif existe en Allemagne sous le nom de « Praxisbudget ». Il consiste à définir un quota d'actes moyen par patient. Le plafond d'activité correspond à ce quota d'actes multiplié par le nombre de patients vus au moins une fois dans le trimestre. Une fois que le médecin a atteint ce plafond, il n'est plus payé par les caisses d'assurance maladie. Le quota d'actes peut de surcroît être ajusté selon le profil de la patientèle. La mise en place de ce dispositif en Allemagne (en 1996) semble avoir eu un effet notable sur le nombre d'actes (cf. graphique 1).

Par rapport à la capitation, la différence réside dans le fait que si le volume d'actes délivré est inférieur au plafond, la caisse ne rembourse que le volume d'actes effectué (et non un forfait). Cela élimine le risque négatif sur l'effort du médecin. En revanche, l'activité étant plafonnée, le médecin n'est pas incité outre mesure¹⁷ à augmenter son volume de soins. Ce schéma de rémunération est de plus cohérent avec le fait que la demande induite par les médecins prend probablement la forme d'une incitation à revenir consulter plus souvent que nécessaire. En revanche, en pratique, il requiert l'existence du tiers payant pour les consultations (pour pouvoir comptabiliser « en direct » le nombre d'actes réalisé par le médecin).

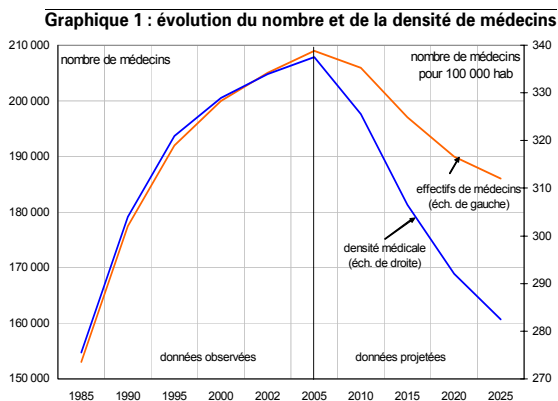
Pour intelligent qu'il soit, ce schéma n'est toutefois pas exempt d'effets pervers. Certains sont communs avec la capitation : il peut par exemple inciter le médecin à augmenter le plus possible sa patientèle, si possible avec des patients ayant une faible morbidité, tout en pratiquant l'adressage des cas plus complexes. Le mode de calcul trimestriel peut aussi entraîner des effets de report de l'activité d'un trimestre à l'autre. **Surtout, ce mode de rémunération n'est efficace que si le régulateur est à même de fixer un quota d'actes pertinent.** Le risque de sélection de clientèle sera en effet élevé si le quota d'actes moyen est sous-calibré. D'un autre côté, l'efficacité en termes d'encadrement des dépenses sera relativement limitée si le quota est fixé à un niveau trop élevé. La calibration du quota d'actes est donc importante, mais à la fois son calcul sur base historique et celui sur une base normative posent des problèmes méthodologiques.

(16) Même s'il faut rester prudent sur les conclusions que l'on peut tirer à partir de données sur une seule année.

(17) On peut craindre toutefois qu'un nombre limité de médecins adoptent des comportements stratégiques et ajustent leur volume de soins au niveau du plafond.

5. Quelles applications au contexte français ?

Le risque d'une surproduction associée au paiement à l'acte a inquiété les gestionnaires de l'assurance maladie dans les années 1980 et 1990 : la densité de médecins augmentait et le risque était alors bien réel que certains médecins génèrent artificiellement de la demande. La question va être de moins en moins d'actualité dans les années à venir. La démographie médicale a connu un retournement et on attend une baisse de 15% de la densité de médecins sur le territoire. **Dans ce contexte, le paiement à l'acte, reliant mieux l'activité à la rémunération, ne parait pas devoir être fondamentalement remis en question.**



Source : DREES

Par ailleurs, les modalités d'un plafonnement de l'activité sont difficile à définir. En France, un dispositif de reversement avait été mis en œuvre dans les ordonnances d'avril 1996 issues du «plan Juppé». Les organismes de Sécurité

Sociale pouvaient exiger des médecins libéraux le remboursement des dépenses excédant l'objectif national. En plus de faire l'objet d'une opposition forte de la part des médecins, les modalités du reversement ont été annulées à deux reprises : une première fois en 1998 par le Conseil d'Etat au motif que certains praticiens étaient exonérés de reversement alors qu'ils avaient pu contribuer au dépassement mais bénéficiaient d'appartenir à une zone dans laquelle les comportements étaient plus «vertueux». Le projet, repris dans le projet de Loi de financement de la sécurité sociale de 1999 sous une forme de reversement collectif, a ensuite été censuré par le Conseil constitutionnel au motif que le reversement ne dépendait pas du comportement individuel du médecin en matière d'honoraires et de prescription.

Si la diversification des modes de rémunération ne parait pas forcément s'imposer pour réguler le volume d'activité, elle peut toutefois être recherchée pour d'autres raisons. Elle peut par exemple aider à développer les activités de dépistage et de prévention en introduisant une rémunération en fonction d'objectifs comme au Royaume-Uni (on appelle cela la rémunération à la qualité); elle peut également aider à réguler les prescriptions de médicaments, dont la France détient le record en Europe. Elle peut enfin répondre à la demande des médecins en termes de demande d'exercice et jouer sur l'attractivité de la profession : dans un contexte où seulement un diplômé sur deux de médecine générale exerce en cabinet, cet aspect doit être examiné avec attention.

Valérie ALBOUY, Muriel DEPREZ

Éditeur :

Ministère de l'Économie,
de l'Industrie et de l'Emploi

Direction générale du Trésor
et de la Politique économique

139, rue de Bercy
75575 Paris CEDEX 12

Directeur de la Publication :

Philippe Bouyoux

Rédacteur en chef :

Philippe Gudin de Vallerin

(01 44 87 18 51)

tresor-eco@dgtpe.fr

Juillet 2008

n°41. Le rôle des facteurs financiers dans la hausse des prix des matières agricoles
William ARRATA, Bertrand CAMACHO, Catherine HAGEGE, Pierre-Emmanuel LECOQ,
Ivan ODONNAT

n°40. Éclatement de la bulle sur le marché immobilier américain
Stéphane SORBE

Juin 2008

n°39. Perspectives d'évolution des dépenses de retraite et rôle d'un fonds de réserve
Falilou FALL, Nicolas FERRARI

n°38. Quel effet des réformes structurelles dans un État membre de la zone euro sur le reste de la zone ?
Thibault GUYON, Bérengère JUNOD-MESQUI

Mai 2008

n°37. Effectifs des collectivités territoriales
Sandy FRERET, Patrick TAILLEPIED

n°36. La situation économique mondiale au printemps 2008
Aurélien FORTIN

Derniers numéros parus