

Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ?

Anne-Laure SAMSON est ATER à l'université Paris Dauphine et membre du laboratoire EconomiX à l'université Paris X-Nanterre. Sa thèse, soutenue en décembre 2008, porte sur les revenus des médecins généralistes.

Les revenus des médecins sont une variable clé de la régulation de notre système de santé. Du côté de l'offre de soins, ils sont déterminants pour le maintien de l'attractivité des études de médecine et de la profession de médecin. Par ailleurs, les revalorisations des tarifs des consultations influencent fortement les dépenses de la Sécurité sociale. Enfin, le secteur 2 et les dépassements d'honoraires nuisent à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Parce qu'elle implique les médecins, l'État et les patients, la rémunération des médecins est un enjeu de politique économique considérable.

Cet article s'intéresse aux revenus des médecins libéraux¹, généralistes et spécialistes, qui représentent 59 % de l'ensemble des médecins français. En France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les médecins constituent une des professions les mieux rémunérées. En 2004, un médecin généraliste gagnait en moyenne 5 200 € nets mensuels et un médecin spécialiste 8 000 €. En comparaison, le salaire moyen d'un cadre était de 2 900 €.

Ces médecins sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité et au volume de soins qu'ils délivrent au cours de chaque consultation. Nous présentons ici l'impact de ce système de paiement, principe fondateur de la médecine

¹ Le terme de revenus renvoie aux honoraires nets des charges professionnelles (loyer, location de matériel, frais de personnel, déplacements,...). Nous nous concentrons ici sur les médecins libéraux, exclusifs ou non. Certains d'entre eux ont une activité mixte : ils combinent leur activité libérale avec un emploi salarié, à l'hôpital par exemple. Nous n'étudions que les revenus issus de leur activité libérale.

libérale, sur le montant et la dispersion des revenus des médecins et montrons pourquoi une remise en cause partielle de ce système de rémunération est nécessaire pour assurer l'efficacité de notre système de santé.

Le médecin : un « libéral » intégré au système conventionnel

Le 6 décembre 1928 eut lieu l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français. Cinq principes de défense de la médecine libérale furent édictés [Hassenteufel, 1997] : libre choix du médecin par le malade, respect du secret professionnel, liberté totale de prescriptions et, en ce qui concerne la rémunération des médecins, paiement à l'acte et libre entente du prix entre le patient et le médecin.

En vertu de ce dernier principe, les médecins fixaient leurs tarifs en fonction des revenus de leurs patients. Bien que depuis 1945, les tarifs soient régulés par des conventions départementales, conduisant à des disparités importantes de tarifs entre les différents départements, les médecins, très hostiles à toute entrave à l'un des principes fondateurs de la médecine libérale, continuaient pour la plupart à pratiquer leurs propres tarifs.

Mais à partir du milieu des années 1960, la pression démographique a commencé à être forte chez les médecins ; ces derniers craignaient que la « pléthore » de médecins ne constitue une menace pour le niveau de leurs revenus². Jointe à la nécessité d'éviter la concurrence par les prix entre médecins, celle de maintenir des niveaux de revenus élevés a conduit les médecins à accepter la première convention nationale (1971) et donc l'instauration de tarifs conventionnels, fixés par arrêté ministériel³. En contrepartie, les caisses prenaient en charge une partie des cotisations sociales des médecins. Aujourd'hui, 99 % des médecins libéraux sont « conventionnés » : le

² En fait, il s'agit plus d'un sentiment de pléthore que d'un réel excès de médecins [Déplade, 2007], sentiment suscité par l'accroissement des effectifs d'étudiants en médecine dans les années 1960 (en raison de la hausse du niveau d'études mais aussi de la généralisation de l'assurance maladie, qui rend l'exercice de la médecine plus sécurisant). La densité de médecins *libéraux* n'était en fait que de 67 médecins pour 100 000 habitants au début des années 1960 ; elle a atteint un maximum de 196 en 1995 et décroît légèrement depuis : elle est aujourd'hui de 187 [Eco-Santé, 2009].

paiement à l'acte est maintenu en échange de l'application des tarifs fixés par les conventions nationales.

Dès lors, la profession de médecin fait figure d'exception au sein de l'ensemble des professions libérales. Certes, le médecin a le statut d'un libéral, mais ses revenus sont garantis par l'ensemble de la collectivité, laquelle exerce un droit de regard sur sa rémunération.

La problématique des revenus des médecins a été au cœur même de la naissance du système conventionnel, ainsi que de l'ensemble des réformes conduites par les pouvoirs publics à partir de cette date (résumées dans le tableau 1).

L'instauration du *numerus clausus* en 1971, qui fixe le nombre d'étudiants admis à s'inscrire en deuxième année de médecine en est un exemple. Initialement, il a été mis en place pour contenir la progression des dépenses de santé. Tout d'abord fixé à 8 588 places, il est resté stable à ce niveau relativement élevé pendant plusieurs années. Mais dès la fin des années 1970, les syndicats de médecins prennent massivement conscience qu'un nombre excessif de praticiens peut constituer une menace pour leurs revenus [Déplaudé, 2007]. Leur mobilisation conduit à une forte réduction du *numerus clausus* à partir de 1978 ; celle-ci est continue jusqu'à la fin des années 1990⁴.

Autre exemple, la création du secteur 2 (secteur à « honoraires libres ») lors de la troisième convention nationale de 1980. Pour maintenir la progression des revenus des médecins, tout en limitant les revalorisations tarifaires afin de freiner la progression des dépenses de santé, les pouvoirs publics décident de la création d'un deuxième secteur de conventionnement qui autorise les médecins à pratiquer des tarifs libres. En échange, leurs cotisations sociales ne sont plus prises en charge par les caisses. Ce secteur est cependant gelé en 1990 ; rencontrant un véritable succès auprès des médecins (et en particulier des spécialistes), il a contribué à creuser les inégalités dans l'accès aux soins. Aujourd'hui, 87 % des généralistes libéraux appartiennent au secteur 1, contre 60 % des médecins spécialistes [Eco-Santé, 2009].

³ Tarifs qui seront ensuite revalorisés à chaque nouvelle convention nationale où lors de l'ouverture de fenêtres conventionnelles.

⁴ Le *numerus clausus* atteint alors le plancher de 3 500 places, une réduction de plus de la moitié par rapport à son niveau initial. L'amorce d'une diminution de la densité médicale a conduit les pouvoirs publics à l'augmenter progressivement : il a été relevé à 7 300 places en 2008.

Les médecins se sont toujours opposés aux politiques de maîtrise des dépenses de santé qui pèsent lourdement sur leurs revenus (et leur autonomie). Mais appartenant à une profession à hauts revenus, ils ne peuvent pas utiliser l'argument de leur rémunération pour susciter l'adhésion de l'opinion publique à leur cause. Ils utilisent donc généralement un registre de légitimation centré sur la santé de la population [Hassenteufel, 1997]. Ce fut par exemple le cas en 1996 lors des manifestations contre le plan Juppé, qui prévoyait la mise en place d'une enveloppe globale, limitant le volume d'activité des médecins (et donc leurs revenus) : « en attaquant la médecine libérale, le gouvernement joue avec la santé des français » (tract du Syndicat des Médecins Libéraux (SML) du 17/12/95).

Tableau 1 – Évolution de l'organisation de la médecine libérale

Année	Principales réformes
La défense de la médecine libérale	
1928	Assemblée constitutive de la CSMF (5 principes de défense de la médecine libérale)
1945	Tarifs fixés par des conventions départementales – médecins très divisés
Un tournant majeur dans l'histoire de la médecine libérale	
1969	1 ^{er} accord national sur le tarif de la consultation (fixé à 13 francs)
1971	1 ^{ère} convention nationale : élaboration d'un tarif opposable en échange de l'exonération d'une partie des cotisations sociales des médecins
1972	Instauration du <i>numerus clausus</i> à l'entrée des études de médecine (stable autour de 8 600 places pendant 6 ans)
1972	Création de la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) qui fixe la valeur des actes médicaux définis par des lettres clés
1976	2 ^{ème} convention nationale : réglementation sur le « droit permanent à dépassement » des tarifs fixés
1978	Début de la forte diminution du <i>numerus clausus</i>
Des politiques marquées par la volonté de maîtrise des dépenses de santé	
1980	3 ^{ème} convention nationale : création du secteur 2 (forte opposition des médecins généralistes)
1985	4 ^{ème} convention nationale
1986	Création du 1 ^{er} syndicat de médecins généralistes (MG France) – enjeu principal : la revalorisation universitaire et financière de la médecine générale par rapport à la médecine spécialisée.
1988	MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) des médecins libéraux – conditions d'accès

	facilitées à partir de 1996
1990	5 ^{ème} convention nationale : gel du secteur 2
1993	6 ^{ème} convention nationale : références médicales opposables, « objectifs quantifiés nationaux » en matière de maîtrise des dépenses de santé, création des unions professionnelles régionales pour améliorer la gestion et la qualité du système de santé...
1996	Ordonnances Juppé (enveloppe globale)
1998	8 ^{ème} convention nationale (uniquement pour les médecins généralistes) : mise en place du médecin référent
2005	9 ^{ème} convention nationale : mise en place du dispositif de médecin traitant
2009	10 ^{ème} convention nationale (en cours) : conditions sur la liberté d'installation, contrôle des dépassements,...

Des revenus libéraux très dispersés

Parce que le paiement à l'acte relie étroitement le revenu des médecins au nombre d'actes qu'ils pratiquent ainsi qu'à la composition de leur activité, il contribue à générer des écarts importants de revenus entre spécialités médicales, mais également entre médecins au sein d'une même spécialité.

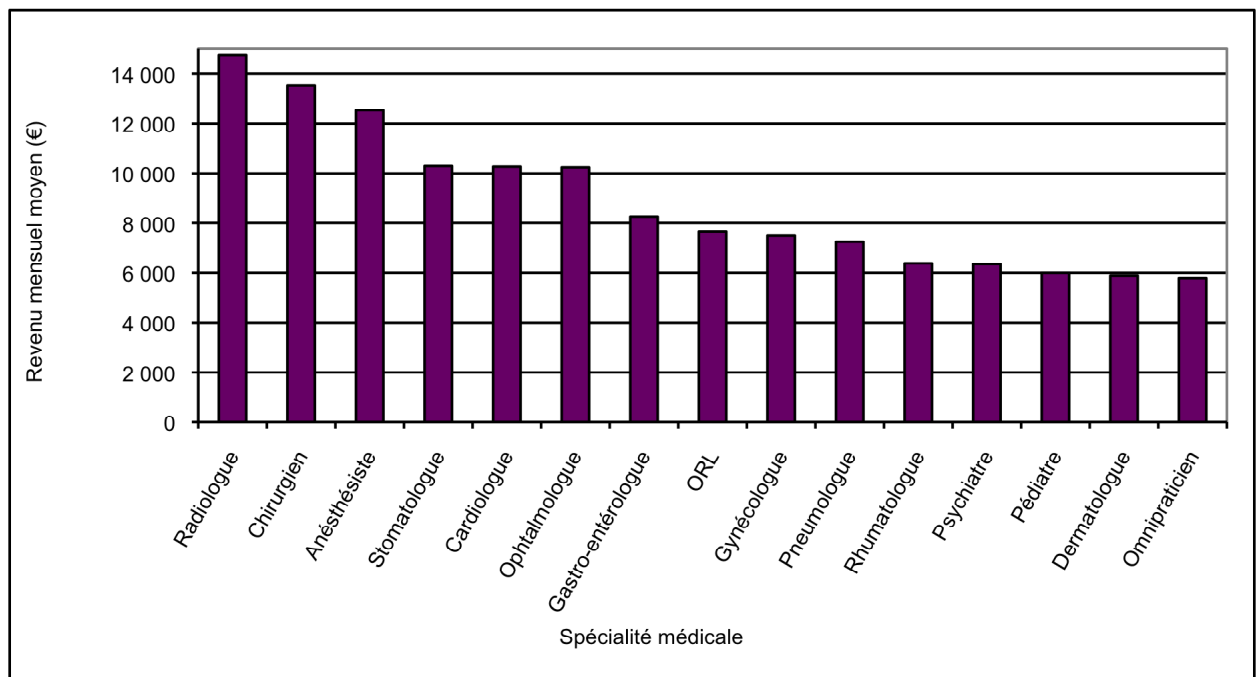
Les revenus sont très dispersés entre spécialités médicales (graphique 1). Le revenu mensuel moyen d'un radiologue était de 15 000 € en 2005, de 10 000 € pour un ophtalmologue et de 5 700 € pour un généraliste [IGAS, 2009]. Malgré les tentatives de revalorisation de cette profession, les médecins généralistes, devenus spécialistes avec la réforme des études médicales de 2004 et au cœur du dispositif de soins avec la mise en place du médecin traitant (2005), sont les moins bien rémunérés parmi l'ensemble des médecins libéraux⁵. En effet, le tarif de leur consultation reste très inférieur à celui des médecins spécialistes. Ils effectuent par ailleurs beaucoup moins d'actes techniques, qui sont plus rémunérateurs. Enfin, 87 % d'entre eux sont en secteur 1 et ils pratiquent peu de dépassements d'honoraires (les dépassements représentaient, en 2005, 4,8 % des honoraires totaux des généralistes contre 30 % de ceux des chirurgiens et 43 % de ceux des stomatologues [Fréchou et Guillaumat-

⁵ Selon la source des données, le classement entre les différentes spécialités peut varier, mais les médecins généralistes restent en dernière ou en avant-dernière place.

Tailliet, 2008]). Dans ces conditions, on conçoit que les étudiants en médecine choisissent en priorité les postes de spécialistes à l'issue des épreuves classantes nationales. En 2008, 98 % des postes vacants à l'issue de la procédure d'affectation des étudiants étaient des postes de médecine générale [Vanderschelden, 2009].

Le maintien de l'attractivité de la médecine générale doit devenir aujourd'hui une question majeure pour les pouvoirs publics.

Graphique 1 – Les écarts de revenus entre spécialités médicales en 2005



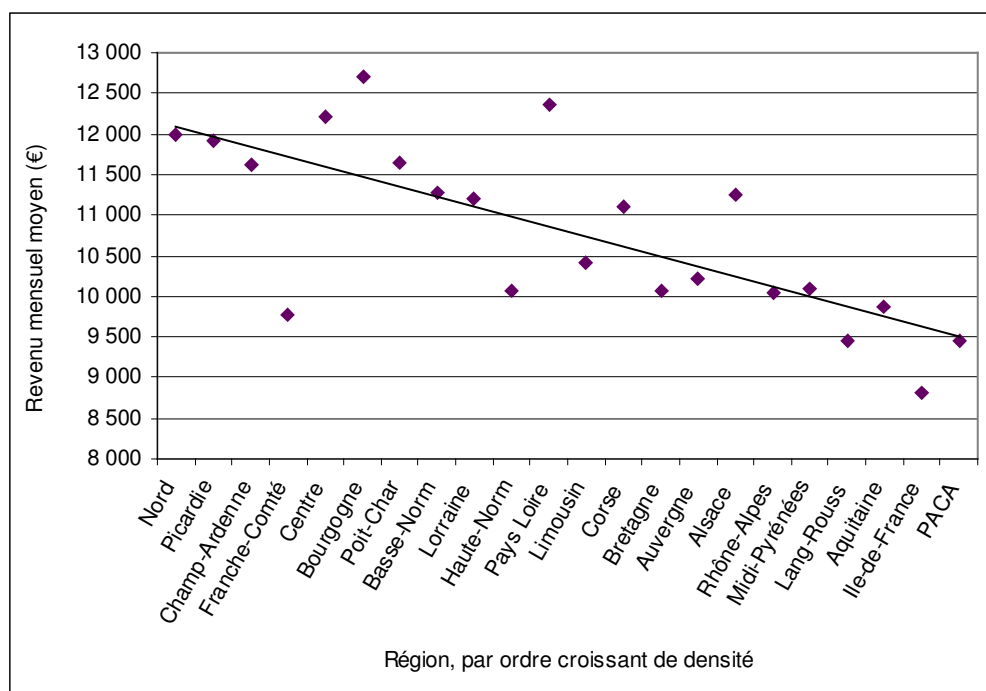
Source : IGAS [2009]

À spécialité donnée, de fortes disparités subsistent entre les médecins ; elles s'expliquent (en partie) par la localisation des médecins, leur genre, leur ancienneté, mais aussi leur secteur de conventionnement.

On observe une relation négative entre la densité de médecins sur un territoire et leurs revenus. Le graphique 2 illustre cette relation pour les ophtalmologues libéraux⁶ en 2005, mais ce constat peut se généraliser à l'ensemble des spécialités. Les médecins

choisissant d'exercer dans des régions où la densité médicale est forte (comme en PACA ou en Languedoc-Roussillon, régions plus attractives en termes de qualité de vie) sont confrontés à un niveau de demande plus faible que les médecins exerçant dans le Nord, où la densité médicale est relativement faible. En conséquence, leur activité et leurs revenus sont inférieurs. Indépendamment de toute mesure spécifique visant à encourager les médecins à s'installer dans des régions sous dotées en médecins, ces résultats montrent qu'il existe déjà un sérieux avantage financier à s'installer dans ces zones ; cet avantage s'accompagne toutefois d'une charge de travail accrue.

Graphique 2 – Une relation négative entre densité moyenne et revenu mensuel par région : l'exemple des ophtalmologues



Source : Eco-Santé [2009]

Toutes spécialités confondues, les revenus libéraux des hommes sont en moyenne 1,7 fois supérieurs à ceux des femmes [Attal-Toubert et Legendre, 2007]. Ces

⁶ Il s'agit ici d'une analyse univariée. On ne contrôle pas les autres facteurs explicatifs susceptibles d'influencer les écarts de revenus entre régions (par exemple, composition par âge et sexe des médecins ou de la clientèle par région).

dernières ont un temps de travail inférieur à celui de leurs collègues masculins : elles sont par exemple 27 % à travailler à temps partiel contre seulement 5 % des hommes [Niel et Vilain, 2001]. Une étude sur données américaines [Rizzo et Zeckhauser, 2007] montre par ailleurs que les femmes ont un « revenu de référence » inférieur de 26 % à ceux de leurs collègues masculins. En outre, ces derniers réagissent activement lorsque leur revenu passe en dessous de leur niveau de référence : sans augmenter leur durée totale de travail, ils raccourcissent la durée de consultation et modifient la structure des soins fournis en faveur d'une plus grande proportion de procédures plus rémunératrices.

Des différences importantes de revenus sont observées en fonction de l'avancée dans la carrière des médecins. Les profils de carrière des médecins n'ont été étudiés que pour les médecins généralistes [Dormont et Samson, 2008]⁷. En raison de la difficulté de se constituer une clientèle et des investissements importants à rembourser, les revenus des généralistes sont généralement très faibles en début de carrière ; toutes choses égales par ailleurs⁸, ils croissent ensuite rapidement pour atteindre un maximum au bout de 12 années d'expérience. Ils décroissent ensuite, et plus fortement à partir de 25 ans d'expérience. Le médecin libéral, qui, contrairement aux salariés, a une grande latitude dans l'allocation de son temps de travail au cours de sa carrière, semble préférer concentrer son activité en début de carrière, pour progressivement alléger sa charge de travail.

Cette même étude sur les carrières des médecins généralistes met par ailleurs en évidence de très fortes disparités de revenus entre cohortes de médecins, c'est-à-dire en fonction de leur date d'installation en libéral. L'écart entre les revenus des différentes cohortes de médecins peut atteindre 20 %, toutes choses égales par ailleurs. Les médecins généralistes installés dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du baby-boom et d'un *numerus clausus* très élevé : ils ont les revenus les plus faibles. En revanche, la diminution progressive du *numerus clausus* a amélioré la

⁷ Seules des données de panel, permettant de suivre les médecins sur l'ensemble de leur carrière, permettent de caractériser les profils de carrière des médecins. De telles données ne sont, à l'heure actuelle, disponibles que pour les médecins généralistes.

⁸ D'autres effets, notamment les effets temporels, les effets de la densité, le genre du médecin, interviennent pour déterminer les profils et l'évolution des revenus avec l'expérience.

situation financière des cohortes installées à partir du milieu des années 1990. Les revenus des médecins généralistes sont donc très fortement influencés par la situation de la démographie médicale qui prévaut lors de leur installation.

Enfin, les tarifs sont libres pour les médecins du secteur 2. La pratique des dépassements est devenue courante, en particulier chez les spécialistes pour qui le taux moyen de dépassement est passé de 23 % en 1985 à 45 % en 2004 [IGAS, 2007]. Cette liberté tarifaire creuse très nettement les écarts de revenus entre spécialités médicales et au sein des spécialités. À titre d'exemple, les taux de dépassement chez les chirurgiens du secteur 2 sont compris entre 14 % (1^{er} décile) et 229 % (9^{ème} décile). En outre, en se généralisant, ces dépassements d'honoraires, qui restent à la charge du patient, nuisent très fortement à la couverture des soins et sont susceptibles de creuser encore plus les inégalités d'accès aux soins.

Une nécessaire remise en cause du paiement à l'acte ?

Fondement de la médecine libérale, le paiement à l'acte n'est cependant pas exempt de critiques. Une comparaison internationale permet de situer le mode de rémunération des médecins français par rapport aux différents systèmes de paiement et d'évaluer sa pertinence dans le contexte actuel d'évolution de la médecine ambulatoire.

On distingue trois modes de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat. Les propriétés de ces différents systèmes de rémunération sont décrites dans le tableau 2 (définition, effet sur les dépenses de santé, sur la qualité des soins et sur l'accès aux soins)⁹.

Tableau 2 – Les propriétés des systèmes de paiement

	Paiement à l'acte	Capitation	Salariat
Définition du mode de rémunération	Les revenus dépendent du nombre d'actes effectués, de la composition des actes (plus ou	Une somme forfaitaire annuelle par patient inscrit auprès du médecin ; son montant	Un salaire mensuel fixe, basé sur une durée de travail fixée, et indépendant de l'intensité de

⁹ Pour plus de détails sur les caractéristiques des différents systèmes de paiement, le lecteur peut se référer à Grignon *et al.* [2002] ou Albouy et Deprez [2008].

	moins rémunérateurs) et du prix des actes (tarifs fixés en France pour les médecins du secteur 1 ; tarifs libres en France pour les médecins du secteur 2 ou aux États-Unis).	peut varier selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, maladie chronique, milieu socio-économique...). Elle est indépendante de la fréquence des consultations et du volume de soins prodigués. Le nombre total de patients peut être plafonné.	l'activité pendant ce temps de travail.
Exemples de pays concernés (1)	France (MG + la moitié des MS), Canada, Allemagne, États-Unis	Royaume-Uni (pour les MG)	Finlande (pour les MS), France (pour la moitié des MS), Danemark (pour les MS), Royaume-Uni (pour les MS)
Pour augmenter ses revenus, le médecin doit...	Augmenter le nombre d'actes effectués (si les tarifs sont fixés), en augmentant le temps de travail ou en raccourcissant la durée accordée à chaque consultation.	Augmenter le nombre de patients inscrits sur sa liste (si le nombre maximum de patients n'est pas fixé). À nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'actes et revenu.	Augmenter le nombre d'heures travaillées (heures supplémentaires). À nombre de patients fixé, pas de lien entre nombre d'actes et revenu.
Effets sur les dépenses de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de surproduction de soins : incitation à la multiplication des actes pour augmenter les revenus ; - Incitation à la demande induite (quand la densité est élevée ou quand les tarifs des actes diminuent) ; - Sans « <i>gate-keeper</i> », les patients ont la possibilité de consulter plusieurs médecins pour une même maladie ; - Niveau de dépense connu <i>ex-post</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune incitation à la multiplication des actes et à la demande induite ; - Maîtrise du niveau de dépense <i>ex-ante</i> ; - Systèmes de paiement moins coûteux que le paiement à l'acte. 	
Effets sur la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients ; - Soins de qualité ; - Incitation à la productivité (effet néfaste si la durée de la consultation est positivement corrélée à la qualité des soins) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Incitation à satisfaire les besoins des patients ; - Faible incitation à la qualité : risque de trop réduire le volume de soins prescrits, le nombre et la durée des consultations si le médecin est responsable d'un budget global 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible incitation à répondre à la demande et à satisfaire les besoins des patients ; - Faible incitation à la qualité : risque de réduire le temps des consultations et le volume de soins prescrits ; - Incitation à minimiser le

	- Aucune incitation à la prévention : actes curatifs plus que préventifs.	(qui inclut aussi les prescriptions) ou de reporter les patients vers d'autres structures (spécialistes, hôpital) si ce n'est pas le cas ; - Aucune incitation à la productivité - Incitation à la prévention et à la prise en charge globale du patient (susceptible de limiter leur production d'actes et donc leur effort).	nombre de consultations (création de files d'attente) ; - Aucune incitation à la productivité (salaire fixe).
Effets sur l'accès aux soins	- Les dépassements et, plus généralement, la multitude des tarifs des actes médicaux peuvent creuser les inégalités d'accès aux soins.	- Incitation à la sélection des patients les moins « à risque » (d'autant plus lorsque le forfait inclut aussi les médicaments et soins prescrits par le médecin).	- Incitation à la sélection des patients les moins « à risque ».

Notes de lecture :

(1) Il s'agit ici du mode de paiement dominant pour les médecins de chacun des pays. Ainsi, aux États-Unis, la majorité des médecins généralistes et spécialistes sont payés à l'acte, mais certains sont payés à la capitation ou sont salariés.

(2) MG = médecin généraliste ; MS = médecin spécialiste.

On reproche au paiement à l'acte d'engendrer une surproduction de soins : pour augmenter leurs revenus, les médecins sont incités à multiplier le nombre d'actes effectués. Ainsi, des comportements de demande induite ont pu être mis en évidence en France pour les médecins généralistes du secteur 1 [Delattre et Dormont, 2003] : lorsque la densité dans leur zone d'exercice augmente, les médecins voient leur nombre de consultation chuter, car ils sont plus nombreux à se partager le même nombre de patients. Ils compensent ce rationnement en augmentant le volume de soins délivrés au cours de chaque consultation.

Une comparaison internationale [Majnoni d'Intignano, 1999] montre que le système de soins français est efficace pour la médecine curative mais en retard, voire défaillant, pour la médecine préventive.

Le paiement à l'acte incite en effet les médecins à répondre aux besoins des patients et à fournir des soins de qualité. Une étude américaine [Cutler et Reber, 1998] montre

d'ailleurs que les patients les plus malades choisissent principalement des systèmes assurantiels avec paiement à l'acte plutôt qu'avec capitation ; aux yeux des patients, les soins prodigués par des médecins payés à l'acte paraissent de meilleure qualité.

En revanche, ce système de paiement n'incite aucunement les médecins à effectuer des soins préventifs.

Pour autant, les autres modes de rémunération des médecins ne sont pas exempts de critiques. Si la capitation n'incite pas à la multiplication des actes, elle n'incite pas non plus à procurer aux patients des soins de qualité ; assurés de toucher leur forfait, les médecins peuvent être tentés de minimiser le nombre de consultations accordées à chaque patient, ainsi que leur durée¹⁰. C'est encore plus le cas pour les médecins salariés.

Tout système de rémunération unique présente donc à la fois des avantages et des inconvénients. Afin de combiner les objectifs de qualité et de quantité des soins fournis, la plupart des pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de rémunérations « mixtes » : capitation et paiement à l'acte au Danemark et aux Pays-Bas pour les médecins généralistes ; salariat et paiement à l'acte pour certains spécialistes aux États-Unis [OCDE, 2008]. Au Québec depuis 1999, les médecins spécialistes hospitaliers peuvent (sur la base du volontariat) adopter un mode de rémunération qui associe une rémunération partielle à l'acte à une rémunération forfaitaire par jour travaillé. Dumont *et al.* [2008] montrent que le revenu des médecins ayant adopté ce mode de rémunération mixte s'est accru de 8 %. Par ailleurs, le temps moyen par service médical a augmenté de 3,8 % : les auteurs suggèrent que ce nouveau mode de rémunération a introduit une substitution entre la quantité et la qualité des services¹¹. Les médecins ont également accru le temps consacré aux tâches administratives et d'enseignement, activités non rémunérées par la rémunération à l'acte.

Plus récemment, les systèmes de « paiement à la performance » (*pay for performance*), initiés au Royaume-Uni à partir de 1990, se sont largement développés dans les pays de l'OCDE. Ils s'ajoutent aux systèmes de paiement déjà existant en

¹⁰ Et d'autant plus si les médecins exercent dans des régions où la densité médicale est faible et qu'ils ne redoutent pas la concurrence.

¹¹ Dans l'hypothèse où la durée de la consultation est positivement corrélée à la qualité des soins.

proposant une rémunération complémentaire fondée sur la réalisation d'objectifs destinés à inciter les médecins à améliorer la qualité des soins. Concernant la Grande-Bretagne, les études montrent cependant que les objectifs fixés en termes de qualité des soins sont probablement trop faciles à atteindre. En outre, leur réalisation est auto-déclarée. La majorité des médecins ont atteint des objectifs supérieurs au niveau nécessaire pour percevoir le surcroît de rémunération [Gravelle *et al.*, 2008].

En pratique, en France, les modes de rémunération des médecins commencent à se diversifier¹². Le premier pas fut la mise en place du « médecin référent » en 1997, qui proposait aux médecins généralistes référents une capitation annuelle (fixée à 150 F, soit 22,87 € par patient, puis doublée en 2001). Ce système a toutefois connu une adhésion très limitée des médecins généralistes (10 % d'entre eux) ainsi que des patients (1 %).

Depuis 2000, les médecins reçoivent une partie de leur rémunération sous forme forfaitaire. Ces forfaits rémunèrent plus directement la qualité des soins et la prévention (rémunération des gardes et astreintes, rémunération du médecin traitant, suivi des patients atteints d'une affection longue durée). Ces forfaits représentent encore une faible proportion de la rémunération des médecins (6,1 % de la rémunération des généralistes, 3 % de celle des anesthésistes en 2006 [Fréchou et Guillaumat-Tailliet, 2008]), mais elle est en augmentation.

Par ailleurs, pour la première fois à partir de mars 2009, des médecins traitants *volontaires* pourront être en partie rémunérés « à la performance », sur des objectifs de dépistage et de prévention (objectifs de vaccination, de dépistage des cancers,...), de suivi des pathologies chroniques et d'efficacité des prescriptions (utilisation systématique de génériques). Le complément de rémunération pourrait atteindre 5 600 € annuels, soit près de 10 % de la rémunération des généralistes.

L'évolution actuelle de la médecine ambulatoire en France conforte la nécessité de dépasser le paiement à l'acte et de diversifier les modes de rémunération des médecins, notamment pour la médecine de premier recours.

¹² Nous ne traitons pas ici du cas des médecins qui pratiquent à la fois une activité libérale et salariée et pour qui le mode de rémunération est déjà mixte. En 2005, c'était le cas de 19 % des généralistes et de 42 % des spécialistes libéraux [IGAS, 2009].

Dans les départements où la densité médicale est faible, le paiement à l'acte est le mode de rémunération qui incite le plus à une activité soutenue des médecins : il peut permettre de compenser la faiblesse de l'offre de soins, même si cela s'accompagne d'une forte charge de travail pour les médecins (qui pourraient donc préférer un système avec capitation). Intégrer une part de capitation dans la rémunération des médecins, avec un forfait variant en fonction de la zone dans laquelle le médecin exerce (comme en Grande-Bretagne) pourrait probablement contribuer à améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

La récente mise en place du système de « médecin traitant » va de pair avec une prise en charge globale du patient, incompatible avec la seule rémunération à l'acte. En outre, la faible attractivité de la médecine générale est aujourd'hui un des problèmes majeurs de l'organisation de la médecine ambulatoire. Sa revalorisation nécessite une réévaluation des revenus des médecins généralistes par rapport à ceux des autres spécialités. Cet objectif n'est pas incompatible avec une modification, même partielle, du mode de rémunération des médecins français. Bien que la rémunération des médecins spécialistes français se situe dans la moyenne des autres pays de l'OCDE, la France est un des pays où la rémunération des médecins généralistes est la plus faible : avec une moyenne de 84 000 \$ par an, la France est certes devant la Finlande et la République Tchèque, mais loin derrière le Canada (106 000 \$), l'Allemagne (112 000 \$), le Royaume-Uni (121 000 \$) ou les États-Unis (146 000 \$) qui ont adopté des modes de rémunération mixtes [OCDE, 2008]¹³.

La médecine générale se caractérise aujourd'hui par sa féminisation croissante¹⁴ et le développement de la médecine de groupe. Les aspirations des médecins ont évolué (notamment en termes de conditions et de temps de travail) ; elles incluent probablement une rémunération qui ne soit plus fonction du seul nombre d'actes réalisés mais qui valorise également la prise en charge du patient sur le long terme.

Enfin, les dépassements d'honoraires considérables, qui ne sont nullement

¹³ Les différences dans les modes de rémunérations n'expliquent cependant pas la totalité des écarts de revenus entre généralistes des différents pays.

¹⁴ La proportion de femmes parmi les médecins libéraux est passé de 16 % en 1983 à 30 % en 2007 [Eco-Santé, 2009] ; la tendance est à l'accroissement de cette proportion puisque le nombre d'étudiantes en médecine dépasse aujourd'hui celui des étudiants.

synonymes de qualité des soins, sont un des effets néfastes du paiement à l'acte. Un autre mode de rémunération, moins inflationniste, permettrait de lutter contre cette pratique qui creuse les inégalités dans l'accès aux soins.

Conclusion

L'évolution de la médecine ambulatoire montre qu'il faut aujourd'hui remettre – partiellement – en cause le paiement à l'acte pour se tourner vers des modes de rémunération complémentaires qui permettraient à la médecine française d'être réellement efficiente, c'est-à-dire d'atteindre un compromis entre : pour les patients, qualité des soins et facilité d'accès aux soins ; pour les médecins, maintien de revenus élevés et de bonnes conditions de travail ; pour l'État, équité dans l'accès aux soins et maîtrise des dépenses de santé. La diversification des modes de rémunération des médecins est en route ; le paiement à l'acte, principe fondateur de la médecine libérale, semble aujourd'hui dépassé.

BIBLIOGRAPHIE

ALBOUY V. et DEPRESZ M. (2008), « Mode de rémunération des médecins », *Trésor-Eco*, n°42, Dgtpe

ATTAL-TOUBERT K. et LEGENDRE N. (2007), « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres », *Études et résultats*, n° 578, Drees.

CUTLER D. et REBER S. (1998), « Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 113, p. 433-466.

DEPLAUDE MO. (2007), « L'emprise des quotas. Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-2000) », *Thèse pour le doctorat en science politique*, Université Panthéon-Sorbonne.

DELATTRE E. et DORMONT B. (2003), « Fixed fees and physician-induced demand : a panel data study on french physicians », *Health Economics*, vol. 12, p. 741-754.

DORMONT B. et SAMSON AL. (2008), « Medical demography and intergenerational

inequalities in GPs' earnings », *Health Economics*, vol. 17, p. 1037-1055.

DUMONT E., FORTIN B., JACQUEMET N. et SHEARER B. (2008), « Physicians' multitasking and incentives : empirical evidence from a natural experiment », *Journal of Health Economics*, vol. 27, p. 1436-1450.

Eco-Santé (2009), disponible sur : <http://www.ecosante.fr>

FRECHOU H. et GUILLAUMAT-TAILLIET F. (2008), « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 », *Études et résultats*, n° 643, Drees.

GRAVELLE H., SUTTON M. et MA A. (2008), « Doctor behaviour under a pay for performance contract : further evidence from the quality and outcomes framework », *Center for Health Economics Research Paper*, n° 34.

GRIGNON M., PARIS V., *et al.* (2002), « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, étude n°35, Credes.

HASSENTEUFEL P. (1997), « *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne* », Presses de Sciences Po.

IGAS (2007), « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport RM2007-054P.

IGAS (2009), « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », rapport RM2008-147P.

MAJNONI D'INTIGNANO B. (1999), « La performance qualitative du système de santé français », *Régulation du système de santé français*, rapport du Conseil d'analyse économique, n°13, la documentation française.

NIEL X. et VILAIN A. (2001), « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », *Études et résultats*, n° 114, Drees.

OCDE (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° 5.

RIZZO J. et ZECKHAUSER R. (2007), « Pushing incomes to reference points : why do male doctors earn more ? », *Journal of Economic Behaviour and Organization*, n° 63, p. 514-536.

VANDERSCHULDEN M. (2009), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *Études et résultats*, n° 676, Drees.