

Rémunération des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques

Carine Franc

Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), UMR 1018, Inserm, UPS, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines P. Descartes, hôpital Paul-Brousse

Les dispositifs de paiement à la performance complètent la rémunération des médecins libéraux selon les résultats obtenus par rapport à des objectifs de qualité des soins et de santé publique.

Au cours des dernières décennies, en France comme dans de nombreux pays, les mécanismes de rémunération des médecins exerçant en ville, et particulièrement ceux des médecins généralistes, se sont largement diversifiés. Aux mécanismes de paiement dits traditionnels, largement induits par les modèles de financement global des systèmes de santé et par le statut des médecins eux-mêmes, ont été superposés différents autres systèmes de rémunération. Suivant les pays, il s'agit de forfaits plus ou moins ciblés (*targeted payments*) sur des pathologies, des patients ou des actes particuliers, et de paiements plus larges dits « à la performance ». Ces derniers systèmes de paiement, souvent qualifiés de P4P (*Payment For Performance* ou paiement à la performance), peuvent *a priori* concerner l'ensemble des professionnels de santé exerçant dans le secteur ambulatoire, mais ils ont été le plus souvent appliqués dans le domaine des soins primaires et particulièrement pour le suivi de patients atteints de maladies chroniques.

Dès le début des années 2000, certains pays comme le Royaume-Uni ont rapidement développé un système de paiement basé sur la qualité (*Quality Outcome Framework*, QOF) [3]. De son côté, la France n'a proposé une offre de paiement à la performance pour les médecins généralistes exerçant en ville qu'à la fin des années 2000. Durant cette décennie, pourtant, des changements dans la rémunération des médecins généralistes

étaient déjà intervenus puisqu'au seul paiement à l'acte s'étaient déjà progressivement ajoutés différents forfaits (suivi de patients en affection longue durée [ALD], médecin traitant, coordinations, etc.). Sur la période, deux rapports successifs de l'Inspection générale des affaires sociales ont présenté les résultats d'études sur l'opportunité et les conditions de la mise en œuvre d'un paiement à la performance au regard du contexte français et des expériences étrangères, en concluant qu'il s'agit avant tout d'« *un outil pour améliorer la prise en charge de malades atteints de pathologies chroniques* » [4], puis d'« *un élément important des politiques plus globales de promotion de la qualité et/ou recherche de l'efficacité* » [2]. En 2007, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a offert la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de proposer aux médecins conventionnés de leur compétence d'adhérer à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce contrat comportait des engagements individualisés pour les professionnels « *relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels* ». Il déterminait également les contreparties financières liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.

Cette loi a ainsi permis l'introduction des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) en juillet 2009, puis en 2012 la généralisation de ce système de paiement pour la quasi-totalité des médecins généralistes (et quelques spécialistes) via l'instauration conventionnelle de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Mais pourquoi le paiement à l'acte ne suffit-il pas ? Comment s'est concrétisé un paiement à la performance en France et comment a-t-il pu être instauré dans un climat de négociations entre payeurs et médecins le plus souvent tendu et difficile ? Quels sont les impacts de la Rosp aujourd'hui et quelle place pour ce type de paiement dans la rémunération des médecins généralistes ?

Quels sont les problèmes liés au paiement à l'acte ?

Le système de paiement à l'acte est et reste le principal mécanisme pour rémunérer les médecins libéraux en France comme dans l'ensemble des systèmes d'origine bismarkienne, mais aussi dans bon nombre de *Managed Care* aux États Unis. Ce système dit rétrospectif offre au médecin un revenu égal à la multiplication du nombre d'actes exécutés par le prix de chaque prestation. L'hypothèse implicite à la mise en place d'un tel système est que la contribution d'un médecin peut être décomposée en différentes tâches tarifées indépendamment les unes des autres. En général, les barèmes tarifaires sont négociés et fixés dans des conventions qui régissent les rapports entre les organismes payeurs (caisses, mutuelles...), les patients et les professionnels de santé pour une durée déterminée.

De nombreux travaux menés en économie de la santé ont contribué à la compréhension des mécanismes de rémunération des professionnels de la santé [14, 16]. Les modèles les plus courants pour étudier la relation entre patient et médecin ou entre médecin et payeur s'inscrivent dans le cadre théorique du modèle principal-agent, dans lequel le principal, le patient ou le payeur, délègue à l'agent, le médecin, le soin d'établir le diagnostic et de prescrire le traitement au regard des besoins du patient [10].

Les nombreux résultats théoriques conduisent à associer certaines incitations aux modes de rémunération des médecins

les plus courants. Le paiement à l'acte est, par exemple, souvent considéré comme un mécanisme inflationniste favorable à la diffusion rapide de l'innovation : les médecins, rémunérés à l'acte, exerçant le plus souvent dans un contexte concurrentiel, auraient intérêt à multiplier le nombre d'actes qu'ils fournissent, à prescrire plus de soins médicaux pour augmenter la qualité des soins, mais aussi leurs revenus. L'offre de prévention, le plus souvent déconnectée de la réalisation d'un acte médical, n'est donc que peu ou pas rémunérée dans le système du paiement à l'acte. Ce dernier est réputé pour être favorable aux soins curatifs et à l'inverse, peu enclin à favoriser l'offre de prévention [11].

À l'inverse, le système de paiement par capitation, dans lequel le médecin reçoit un paiement forfaitaire pour chaque patient inscrit à son cabinet, est connu pour promouvoir davantage la prévention. En effet, dans un système de capitation, la rémunération du médecin est indépendante du volume de soins délivrés et donc du nombre de consultations. Ainsi, à l'inverse du paiement à l'acte, ce système conduit les médecins à mieux contrôler l'ensemble de dépenses induites par leurs décisions médicales, afin de diminuer leurs charges financières, qui ne sont plus « mécaniquement » remboursées. Les médecins ont également intérêt à maintenir, autant que possible, leurs patients en bonne santé par éthique professionnelle, pour leur réputation, mais aussi pour diminuer leur charge de travail, sans que leurs revenus ne soient modifiés [10]. Pour cette même raison, ce système de forfait *per capita* peut conduire les médecins à sélectionner les patients en bonne ou très bonne santé. Pour limiter cette sélection de patients, les forfaits associés à la capitation, dans les systèmes où ce système prévaut, dépendent *a minima* de l'âge des patients.

Pour contrer ces incitations bien connues des mécanismes traditionnels de paiement, les financeurs du système ont de plus en plus recours à des paiements mixtes, en instaurant par exemple des forfaits *per capita* et/ou pour certaines maladies prises en charge, en complément d'un paiement à l'acte, ou des paiements pour certains actes spécifiques en complément d'un paiement par capitation.

Quel que soit le système de paiement « initial » des médecins, la difficulté majeure est celle d'élaborer un contrat

qui encourage à la poursuite d'objectifs *a priori* contradictoires, à savoir davantage de qualité des soins, davantage de sécurité pour les patients et moins de dépenses [5]. Les incitations à poursuivre un objectif de qualité sont d'autant plus complexes à élaborer que la qualité des soins est difficile à mesurer et que ses dimensions peuvent dépendre du point de vue adopté (patients, cliniciens, régulateur, payeurs, etc.). La mise en place d'un paiement à la performance est donc cohérente avec les résultats de la théorie économique : un agent économique rationnel est sensible aux incitatifs économiques de sorte qu'en présence d'asymétries d'information, un paiement additionnel calculé sur sa performance devrait permettre d'améliorer sa productivité [12, 13]. En effet, la difficulté voire l'impossibilité de mesurer le niveau d'effort du médecin par les résultats de l'activité médicale, eux-mêmes difficiles à mesurer et ce même *ex post*, rend impossible l'élaboration d'une rémunération basée sur la productivité des médecins [1]. Pour pallier les asymétries d'information, comme l'aléa moral par exemple [6, 9, 17], la mise en place d'un système d'incitations économiques des médecins apparaît comme une solution. Ces incitations, le plus souvent traduites par l'instauration d'un mécanisme monétaire de bonus-malus, conduisent à une situation qualifiée de second rang, dans laquelle une rente informationnelle est cédée à l'agent (le médecin qui détient davantage d'informations) par le principal (le payeur ou le patient).

Toutefois, le design d'un paiement à la performance – système d'incitations économiques – est complexe à élaborer car il va dépendre des objectifs fixés, de la nature des asymétries d'information à « contrôler », mais aussi du contexte de l'offre, qu'il s'agisse du contexte géographique, de l'intensité de la concurrence entre les médecins, de la nature des mécanismes de paiement existants, etc., de la collecte et du contrôle des données disponibles et indispensables pour le calcul des compensations financières. Enfin, comme la juxtaposition d'incitations financières et de systèmes de paiements aux propriétés incitatives différentes est susceptible de produire des résultats contrastés, il est difficile de transposer trop rapidement les résultats des évaluations d'un pays à un autre.

Comment s'est concrétisée la mise en place d'un paiement à la performance en France ?

Le premier paiement à la performance « à la française » a donc été le Capi : ce contrat type était offert à partir de juillet 2009 par les organismes locaux de l'assurance maladie, qui, sur la base du volontariat, contractaient de gré à gré avec les médecins généralistes libéraux éligibles volontaires. Le Capi prévoyait le versement de compensations financières en contrepartie de l'amélioration d'indicateurs sélectionnés sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament, et issus de comparaisons internationales. Ainsi, seize objectifs cibles communs à tous les médecins étaient évalués indépendamment les uns des autres à la date anniversaire du contrat. Le médecin recevait alors un bonus (positif ou nul) lié à sa capacité d'atteindre les objectifs ou d'améliorer ses résultats pour les indicateurs via un système de points, avec une prime maximale de 5 000 euros.

Le succès de ces contrats auprès des médecins généralistes éligibles a été inattendu, particulièrement au regard du contexte de très forte opposition des principaux syndicats de médecins généralistes. Selon l'assurance maladie, entre juillet 2009 et avril 2011, près de 16 000 médecins avaient signé un Capi, soit plus d'un médecin éligible sur trois [15]. Face à ce succès, et contre toutes attentes, tous les syndicats de médecins généralistes, sans exception, ont signé la généralisation d'un paiement à la performance dans la convention de 2011. La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique prévue pour le 1^{er} janvier 2012 s'est appliquée à l'ensemble des médecins généralistes éligibles (sauf refus explicite dans les trois mois suivant la réception de la convention), de sorte que le premier versement des bonus a eu lieu en avril 2013. Dans cette convention de 2011, le nombre d'indicateurs évalués était sensiblement augmenté par rapport au Capi, passant de 16 à 24, dont 19 étaient calculés sur la base des données du Système national des données de santé (SNDS) et 5 étaient calculés sur la base de données déclarées par les médecins.

Le dispositif a encore été modifié et complété dans la convention médicale signée en 2016 : outre le nombre et

la nature de certains indicateurs, cette nouvelle convention prévoyait la création d'une commission paritaire nationale en charge du suivi et de l'ajustement régulier du dispositif. Ainsi, en janvier 2017, la Rosp comptait 29 indicateurs de qualité et d'efficience (17 ayant été modifiés par rapport à la convention de 2011), dont 25 étaient calculés sur la base des données du SNDS et 4 sur la base de données déclarées par les médecins généralistes eux-mêmes. Ces indicateurs étaient répartis en trois volets, recentrés uniquement sur la pratique clinique (laissant la partie qui relevait du volet « organisation du cabinet » à d'autres sources de financements). Le volet « suivi des pathologies chroniques » comptait 8 indicateurs, le volet « efficience et prescription » était constitué de 9 indicateurs, et, enfin, le volet « prévention » compte aujourd'hui 12 indicateurs. En effet, ce dernier a été particulièrement renforcé lors des dernières négociations menées par la commission paritaire nationale de sorte que ce volet compte maintenant pour 41 % des points, donnant aux indicateurs de prévention un rôle important dans le calcul de la compensation financière.

Quels sont les « résultats » de la Rosp aujourd'hui ?

Finalement, ce paiement à la performance offre en 2018 un complément de revenus pour un médecin généraliste d'un montant maximal de 9 100 euros par an, avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins et de la prise en charge. En 2018, la rémunération additionnelle moyenne des médecins généralistes liée à la Rosp s'élève à 4 915 euros pour 50 785 médecins (contre 4 621 euros en 2017, soit une augmentation de 6,4 %, pour 49 796 médecins cette année-là). En considérant en plus les médecins à expertise particulière libéraux (MEP), la rémunération additionnelle moyenne s'élève à 4 705 euros pour 55 102 médecins généralistes au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte (contre 4 522 euros en 2017, soit une augmentation de 4 %, pour 52 939 médecins) [7]. Globalement, en 2018, la rémunération de la Rosp pour les médecins traitants de l'adulte et de l'enfant a représenté une enveloppe de près de 267 millions d'euros, contre 244 millions en 2017, soit une augmentation de 9,5 %.

Ces compensations financières correspondent donc à la contrepartie financière des « bonnes performances » des médecins

généralistes dans leur capacité à atteindre les objectifs cibles des indicateurs ou à les améliorer [7]. Les résultats pour le volet « suivi des pathologies chroniques » – pathologies qui concernent près de 11 millions de personnes bénéficiant du dispositif des ALD (17 % des assurés) – sont plutôt favorables, avec notamment en 2018 une sensible amélioration du dépistage de la maladie rénale chronique. Les résultats pour le volet « optimisation et efficience des prescriptions » ont toujours été très favorables pour tous les indicateurs, avec une progression continue d'année en année, et ce depuis l'instauration de la première version de la Rosp. Après quelques ajustements afin d'améliorer la pertinence des indicateurs et retrouver des marges de progression, les 9 indicateurs de ce volet « optimisation et efficience des prescriptions » continuent de progresser.

Bien que les attentes soient très fortes, notamment parce que la prévention constitue un facteur essentiel de la réduction de la mortalité et de la morbidité et donc *a priori* des dépenses de santé, les résultats du volet « Prévention » ont toujours été contrastés voire décevants. Les principaux objectifs de ces indicateurs visent à encourager le dépistage des cancers et la vaccination et à limiter le recours aux antibiotiques « pour lutter contre le développement des résistances aux bactéries et éviter les risques iatrogéniques liés à la consommation de médicaments » [7]. En 2018, les résultats restent contrastés, et ce malgré une sensible révision à la baisse des niveaux fixant les objectifs à atteindre et donc une baisse sensible de l'ambition des objectifs de ce volet. En rendant moins « difficile » l'atteinte de certains objectifs, la probabilité de pouvoir cumuler des points augmente pour le médecin généraliste, augmentant ainsi son revenu attendu. Ainsi pour le volet prévention, en 2018, les taux relatifs à l'antibiothérapie étaient bien orientés, comme ils l'ont été depuis 2011, dénotant une amélioration sensible des comportements de prescription, comme c'est globalement le cas pour les indicateurs liés à l'iatrogénie médicamenteuse. Toutefois, malgré les ajustements des objectifs fixés, les taux relatifs aux dépistages des cancers et à la vaccination contre la grippe saisonnière restent décevants, car plutôt stables voire à la baisse, et les taux atteints sont relativement faibles au regard des objectifs fixés [7].

Aujourd'hui, ces rémunérations additionnelles constituent néanmoins une part importante de la dynamique de l'évolution des revenus. En effet, entre 2011 et 2017, les revenus des médecins généralistes ont augmenté de près de 9 % et, sans ces rémunérations additionnelles (permanence des soins, Rosp), la progression n'aurait été que de 3 %, et seulement de 2 % en ne comptant pas non plus la rémunération médecin traitant. En 2017, la part de ces rémunérations déconnectées du paiement à l'acte dans le revenu des médecins généralistes atteint près de 13 %, *versus* 6,6 % en 2011, avec une part de 8,4 % pour les autres paiements (dont Rosp) [8].

Conclusion

La Rosp, comme le Capi précédemment, appartient bien aux dispositifs des paiements à la performance. Depuis 2011, le revenu des médecins généralistes installés en ville lié à la rémunération à l'acte n'aurait progressé que de 2 % sur l'ensemble de la période, contre 9 % en incluant les autres dispositifs de paiement. Contrairement aux politiques de hausse des revenus des médecins, qui consistaient pour l'essentiel à augmenter le tarif de l'acte, un paiement à la performance permet d'obtenir, en contrepartie d'une hausse de la rémunération, une amélioration de la qualité et de la prise en charge des patients. Toutefois, la qualité dont il est question doit être entendue au sens des indicateurs définis dans le dispositif, indicateurs qui sont forcément contraints par la disponibilité des données requises pour les calculer. Enfin, si la définition d'objectifs individuels quantifiés et uniformes pour tous les médecins peut conduire à une réduction de l'hétérogénéité des pratiques médicales, il s'agit d'être vigilant à ce que ces mêmes indicateurs ne soient pas de nature à renforcer les inégalités géographiques. Pour être pertinent et légitime, le dispositif doit être basé sur des indicateurs reflétant effectivement la performance du médecin lui-même.

Incontestablement, la mise en place du paiement à la performance en France a sensiblement modifié la nature des relations et des négociations entre payeur et médecin d'une part, et le regard sur l'usage des données collectées dans le SNDS d'autre part. L'ajustement régulier du dispositif via la Commission paritaire nationale est probablement une condition essentielle de la pertinence d'un tel dis-

positif à moyen terme et de sa pérennité à plus long terme.

Quoi qu'il en soit, un paiement à la performance ne permet pas de répondre à tous les enjeux de la rémunération des médecins et *a fortiori* de la régulation de l'offre ambulatoire de soins de premier

recours. Les résultats obtenus sur les taux relatifs aux indicateurs de dépistage des cancers, par exemple, montrent qu'un tel système n'exonère pas les pouvoirs publics de mener en parallèle d'autres actions de régulation et notamment une véritable politique de santé publique et de prévention. ■

Références

1. Arrow K. J. Uncertainty and the welfare of medical care. *American Economic Review*, 1963, 53 (5) : 941-973.
2. Bras P.-L., Duhamel G. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*. Rapport pour l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), La Documentation française, 2008. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000596.pdf>
3. Bras P.-L., Duhamel G. Le système de soins anglais, un modèle pour la France ? *Les Tribunes de la santé*, 2010/1 (26) : 39-48. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-1-page-39.htm>
4. Bras P.-L., Duhamel G., Grass E. *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*. Rapport pour l'Igas, La Documentation française, 2006. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000763.pdf>
5. Chalkley M., Malcomson J. M. Contracting for health services when patient demand does not reflect quality. *Journal of Health Economics*, 1998, 17 : 1-19.
6. Choné P., Ma C.A. 2011. Optimal Health Care Contract under Physician Agency. *Annals of Economics and Statistics*, GENES, issue 101-102 : 229-256.
7. Cnam. *Rapport charges et produits pour 2020. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2020*. Juillet 2019. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/190701_CP20_rapport_Vdef_complete.pdf
8. Drees. *Les Dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé*. Drees, 2018. <https://drees.solidarite-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>
9. Ellis R. P., McGuire T. G. Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*, 1990, 9 (4) : 375-396.
10. Franc C., Jelovac I. Des « Nobels » au service de la compréhension des acteurs des systèmes économiques. Applications au contexte de la santé. *Médecine/Sciences*, mars 2018, 3 (34). Doi : 10.1051/medsci/20183403015.
11. Franc C., Lesur R. Système de rémunération des médecins et incitations à la prévention. *Revue Économique*, septembre 2004, 5 : 901-922
12. Laffont J.-J., Martimort D. *The Theory of Incentives : The Principal-Agent Model*. Princeton University Press, 2002.
13. Laffont J.-J., Tirole J. *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. MIT Press, 1993.
14. Ma C. A., McGuire T.G. Optimal Health Insurance and Provider Payment. *The American Economic Review*, 1997, 4 : 685-704.
15. Massin S., Paraponaris A., Bernhard M., Verger P., Cavillon M., Mikol F., Ventelou B. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. *Études et Résultats*, Drees, février 2014, 873.
16. Pauly M. V. (1980). *Doctors and Their Workshops*. University of Chicago Press, 1980.
17. Rochaix L. Information asymmetry and search in the market for physicians'services. *Journal of Health Economics*, 1989, 8 : 53-84.