



RÉMUNÉRATION DU GÉNÉRALISTE LES SOLUTIONS DE CINQ ÉCONOMISTES



Lise Rochemaix Professeure à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et à la Paris School of Economics, titulaire de la chaire hospinomics. Membre du Collège de la HAS de 2006 à 2013, elle a présidé sa Commission d'Évaluation Économique et de Santé Publique.



Jean de Kervasdoué Ancien directeur des hôpitaux de 1981 à 1986, cet économiste de la santé est l'auteur de nombreux ouvrages. Il est titulaire de la chaire d'économie et de gestion des services de santé du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM).



Claude Le Pen Professeur à l'Université Paris Dauphine depuis 1990, il y dirige le master d'Économie de la Santé. Il a été expert auprès de la Mission Interministérielle d'Évaluation des Politiques Publiques (1985) et membre de la Commission des Comptes de la santé (1992-1995) et a présidé pendant 8 ans le Collège des économistes de la Santé.



Brigitte Dormont Professeure d'économie à l'Université Paris Dauphine. Lors des débats sur la loi santé, ses propos sur le tiers payant feront polémique. Membre du Conseil d'analyse économique, elle dirige aussi le laboratoire d'Économie et de gestion des Organisations de Santé de Paris Dauphine.



Frédéric Bizard Spécialiste des questions de protection sociale et de santé il est professeur à Sciences Po Paris. Cet économiste libéral dont on parle de plus en plus a notamment publié en janvier un ouvrage intitulé « Complémentaires santé : le scandale ».

Doit-on augmenter le C de base? Ou davantage les actes lourds? Parallèlement, faut-il pousser plus loin les forfaits? Et comment redéfinir la ROSP? Ces questions, qui conditionnent l'avenir des généralistes, sont au cœur des négociations conventionnelles. Mais le débat est délicat. Car on incrimine à la fois la rémunération du médecin traitant d'être trop complexe... et pas assez diversifiée. Arbitrages de cinq économistes sollicités par « Le Généraliste ».

DOSSIER RÉALISÉ PAR AMANDINE LE BLANC

On n'a jamais autant parlé de rémunération des médecins que ces derniers mois. Régulièrement évoqué en marge de la loi Santé pendant deux ans, le sujet se retrouve aujourd'hui au cœur des négociations conventionnelles Cnamts-syndicats. Comme d'habitude, les débats portent évidemment sur le montant des revalorisations : après un quinquennat de gel du C, les syndicats de médecins ont déjà fait savoir qu'ils souhaitent beaucoup plus qu'un geste symbolique. Rémunération pour les généralistes au moins égale à celle des autres spécialistes pour certains, au niveau de la moyenne européenne pour d'autres : chaque syndicat y va de sa proposition et la Cnam a déjà fait savoir qu'un espace de discussion était à l'ordre du jour pour « ouvrir le champ des possibles ».

Mille-feuilles Mais la discussion sur les émoluments des médecins est plus complexe que jamais : au-delà du « combien » c'est le « comment » qui semble, cette fois, être au centre du sujet. La question de l'équilibre entre le paiement à l'acte et les forfaits est plus que jamais posée. Et la hiérarchisation des actes cliniques pourrait, pour la première fois, se concrétiser. La Cnamts compte aussi en profiter pour simplifier le « mille-feuilles » des modes de rémunération. Enfin, quatre ans après la mise en place de la ROSP, se pose aussi la question de son évolution.

Alternatives Dans ce contexte d'intenses cogitations, *Le Généraliste* s'est tourné vers cinq économistes pour éclairer le débat. Malgré des profils assez différents, tous plaident pour la mixité des modes de rémunération. Et, si chacun apporte des variantes sur les alternatives à mettre en place, la plupart jugent inévitable un recul plus ou moins important du paiement à l'acte. La majorité estime suffisante la place prise par la ROSP. Et presque tous ne croient pas réaliste la liberté tarifaire pour tous. ■

Les généralistes sont-ils suffisamment payés ?

Pour les médecins libéraux la réponse est sans nul doute négative, certains mettant notamment en avant qu'ils sont nettement moins bien payés que leurs confrères britanniques, allemands ou néerlandais. Dans le cadre des négociations conventionnelles la question du niveau de rémunération vient donc se mêler à celle du mode de rémunération. « *Il est clair que la manière dont sont honorés les médecins et notamment les généralistes en secteur 1 n'est pas digne* », estime Jean de Kervasdoué, titulaire de la chaire d'économie du Conservatoire National des Arts et Métiers. Mais, selon lui, « *le niveau de rémunération et la valeur de l'acte sont deux choses différentes. Le niveau de l'acte est ridicule, le niveau de rémunération est lui un sujet politique* ». Même distinction pour Brigitte Dormont : « *Il n'y a pas de problème de niveau de rémunération des généralistes* », affirme l'économiste de Paris-Dauphine, qui précise : « *Cela n'exclut pas qu'il puisse y avoir un problème sur la forme de la rémunération. Quand on étudie les revenus des médecins généralistes de secteur 1, on voit qu'ils ont une rémunération importante* ». Pour elle, la vraie question est celle du lien entre prix et volume : « *Le malaise est surtout lié aux modalités de cette rémunération : pour avoir une bonne rémunération ils sont obligés de travailler longtemps et de délivrer beaucoup d'actes. Donc, penser la rémunération des médecins, ça peut être aussi penser sa forme* ».

Quel que soit leur positionnement les économistes interrogés par *Le Généraliste* semblent s'accorder sur le fait que ce n'est pas sur le revenu en lui-même qu'il faut se concentrer. « *Cette approche n'est pas pertinente. Il n'y a pas une demande des médecins pour gagner plus mais pour gagner mieux. Les modes de paiement existants entraînent un abattage et une cadence infernale dont les jeunes ne veulent plus. L'idée c'est gagner mieux pour soigner mieux* » souligne Frédéric Bizard, professeur à Sciences Po Paris. Pour Claude Le Pen aussi, « *il faut séparer les problèmes de niveau et de forme. Il faudrait garantir le niveau de revenu du médecin et réfléchir à la forme qui est la plus rentable, non pas pour le médecin, mais pour l'environnement. Savoir quelle est la forme qui favorise le plus le système* », suggère l'économiste de Paris-Dauphine. ■

Faut-il conforter ou minorer le paiement à l'acte ?

Aujourd'hui en France, le paiement à l'acte représente toujours près de 85 % de la rémunération des généralistes, lesquels restent dans l'ensemble assez attachés à ce mode de paiement. Nos économistes sont plus circonspects. Tous s'accordent sur le fait que



Pour Brigitte Dormont, « Penser la rémunération des médecins, cela peut être aussi penser sa forme »

cette forme de rémunération devrait céder du terrain. « *Le médecin français, traditionnellement, c'était un soignant dans le cadre de pathologies aiguës et ponctuelles. Le mode de rémunération à l'acte était adapté à ce contexte. Aujourd'hui, on lui demande autre chose, d'être un gestionnaire, d'être le titulaire du DMP, il doit être le chef d'orchestre du parcours de soins et donc il doit faire des tâches d'intérêt général déconnectées de la délivrance du soin et cela nécessite une forme de rémunération fondée sur le patient suivi* », explique Claude Le Pen.

Pour Brigitte Dormont aussi, il faut penser différemment : « *Tous les systèmes de santé savent qu'aujourd'hui il faut améliorer la qualité des parcours à la fois pour la qualité des soins mais aussi pour l'efficacité de la prise en charge. Il faut arrêter de tout penser en termes de rémunération attachée à l'acte pratiqué par un médecin* ». Et de montrer son étonnement sur le début des négociations : « *J'étais très surprise de voir que les discussions autour de la convention s'orientaient vers la revalorisation du C. C'est à rebours de toutes les évolutions récentes, avec le développement d'autres formes de rémunération pour favoriser la prévention et le suivi des maladies chroniques, une autre façon de faire de la médecine* », souligne-t-elle. Elle n'est pas la seule à souhaiter un changement de paradigme. Même un libéral assumé comme Frédéric Bizard ne se satisfait pas du paiement à l'acte dominant : « *Il faut apporter plus de valeur et moins de volume. Le paiement à l'acte qui n'intègre pas les éléments de qualité ne peut pas durablement rester comme mode de paiement principal. C'est l'intérêt des médecins, cela leur permettra de rendre leur exercice professionnel beaucoup plus valorisant, d'améliorer leurs conditions de travail* ».

Moins tranchée dans son analyse, Lise Rochemaix, professeure à la Sorbonne, préfère souligner que le système français a déjà amorcé le virage vers la mixité des rémunérations. « *Les études menées par les économistes du travail*



« *Aujourd'hui, le généraliste est le chef d'orchestre du parcours de soins et cela nécessite une forme de rémunération fondée sur le patient suivi* », explique Claude Le Pen.

dans les années 90 ont montré l'intérêt qu'il y avait à définir des modes de rémunération mixtes (une part fixe et une part variable, fonction du volume d'activité). En France, où prévalait le seul paiement à l'acte, l'évolution vers des modes de rémunération mixtes s'est faite par l'introduction de forfaits pour certains actes ciblés. » Mais, dans ce domaine, la perfection n'existe pas : « *Il n'y a pas de mix "optimal" entre part fixe et part variable et l'importance respective de chaque composante de la rémunération est déterminée dans un cadre contractuel qui reflète à la fois les rapports de force en présence et les préférences des professionnels de santé* », estime l'ancienne « Collégienne » de la Haute Autorité de santé.

Pas de mix optimal? En 2014, Jean de Kervasdoué en convenait déjà dans une étude sur « *le revenu des >>>*



DOSSIER PROFESSIONNEL RÉMUNÉRATION DU GÉNÉRALISTE

»» *professionnels de santé* ». Pour autant, l'économiste du Conservatoire National des Arts et Métiers a son idée sur la question : « Depuis très longtemps, je suggère que l'on propose aux généralistes un système avec, approximativement, deux tiers de capitation et un tiers de paiement à l'acte pour tout ce qui est garde, astreinte de nuit, etc. ». Faut-il donc se diriger vers un système de capitation à la britannique où le patient choisit son médecin pour que celui-ci soit honoré ? « Je ne suis pas pour imposer un tel système, mais pour offrir aux médecins et aux patients cette possibilité-là », précise toutefois Jean de Kervasdoué.

Et si la solution était d'adapter les modes de paiement à la diversité de la profession aujourd'hui ? Lise Rochoaix ne juge visiblement pas absurde une évolution à la carte : « Les jeunes médecins et les femmes semblent aujourd'hui plus attirés par des modes d'exercice en groupe, ou en MSP, dans lesquels la rémunération évolue vers une plus grande forfaitisation. Il faut donc accompagner cette réduction de la part du paiement à l'acte et faire en sorte d'offrir à ceux qui le souhaitent d'évoluer vers ce type de mécanisme ». ■

Comment diversifier les modes de paiement ?

La mixité des modes de paiement paraît aujourd'hui acquise, du point de vue des économistes interrogés. Mais, aujourd'hui, plusieurs pistes sont sur la table concernant cette diversification. La hiérarchisation des actes est l'une d'entre elles, une option qui ne remporte pas forcément l'adhésion générale. Après s'être penchée sur le système québécois de hiérarchisation, Lise Rochoaix y voit certaines limites. « Au Québec, les consultations sont de trois niveaux (ordinaire, complet, complet majeur) avec une description précise du contenu de chaque consultation. Les travaux économiques portant sur cette hiérarchisation ont montré qu'elle était sujette à manipulation, avec un recours souvent plus fréquent que nécessaire aux consultations plus complexes. Il faut donc mettre des contrôles assez fins si on veut éviter une éventuelle dérive, ce qui est aussi coûteux à mettre en œuvre ».



Pour Jean de Kervasdoué, « ce n'est pas tant la question de la hiérarchisation des actes qui se pose mais celle du revenu horaire des médecins »

« Les consultations longues, pourquoi pas ? Mais on risque d'en avoir beaucoup », prévient également Jean de Kervasdoué. Pour lui, « ce n'est pas tant la question de la hiérarchisation des actes

qui se pose mais celle du revenu horaire des médecins et là on dispose de comparaisons qui permettent de dire que ce revenu est inférieur à celui des avocats, des experts-comptables ou des consultants. Il est vrai que ces derniers ne sont pas financés par l'Assurance Maladie... »

Au-delà de la hiérarchisation, la Cnam pourrait aussi décider de jouer sur le levier « forfaits » et d'en augmen-

ter la part dans la rémunération des médecins. La piste est privilégiée par Brigitte Dormont : « Une amélioration avec un forfait structure aurait du sens. Les médecins sont débordés par beaucoup de tâches administratives. Certaines enquêtes montrent qu'un tiers font leur propre comptabilité, ce qui est le comble de l'inefficience. Mettre de l'argent pour améliorer le fonctionnement du cabinet, c'est pertinent », considère-t-elle.

La perspective de nouveaux forfaits n'annule cependant pas la nécessité de faire le tri dans ceux déjà existants. Une volonté affichée par le président de la Cnamts et partagée par l'économiste. « On a une espèce de maquis avec plein de petits forfaits dans tous les sens qui rendent difficilement lisibles les principes qui inspirent cette politique de rémunération », confirme Brigitte Dormont. ■

Que faire de la ROSP et du paiement à la performance ?

Mise en place en 2011, la ROSP s'est fait une place dans la rémunération des généralistes. Malgré tout, les syndicats demandent aujourd'hui une refonte du dispositif et de ses indicateurs. À l'heure du bilan, pour Frédéric Bizard le dispositif a raté sa cible. « C'est globalement un échec parce qu'un nouveau mode de paiement doit avoir, normalement, une influence sur les pratiques professionnelles et de soin ; c'est une incitation. Là, il n'y a pas eu d'évolutions des pratiques. C'est vécu par les médecins comme un bonus de fin d'année, mais ils considéraient cela comme un moindre mal car on



« Avec la ROSP, il n'y a pas eu d'évolution des pratiques. C'est vécu par les médecins comme un bonus de fin d'année », affirme Frédéric Bizard.

n'a pas tellement valorisé leur acte principal », explique-t-il. La ROSP est-elle fidèle à ses objectifs initiaux ? Claude Le Pen s'interroge également : « La ROSP, dans son modèle initial était censée s'autofinancer : les "bonus" aux médecins devaient être compensés par la progression des génériques. Or depuis 2012 la pénétration des génériques au sein du répertoire stagne... On peut donc se demander ce qu'il en est exactement ». Pour lui le dispositif devrait aussi être élargi à d'autres et précisé : « Il n'est d'abord pas normal qu'il soit, pour l'essentiel, réservé aux médecins traitants. Son extension non seulement aux médecins spécialistes mais aussi aux hospitaliers devrait être envisagée. Par ailleurs la définition de la performance doit être clarifiée : dans le P4P britannique, qui a inspiré la ROSP, la performance se mesure par l'état de santé des patients suivis par leur "GP's" et par des mesures d'organisation du cabinet, de promotion de la prévention ou de taux de prescription dans le répertoire », explique Claude Le Pen.

Tous les économistes ne sont pas aussi sceptiques. Brigitte Dormont en tête : « Il y a des indicateurs extrêmement intéressants, pour les patients diabétiques ou sur la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse pour les personnes âgées ; les

LES TROIS PISTES DE LA CNAMTS

Le bras de fer était attendu, mais force est de constater que la Cnam est au moins prête à ouvrir la discussion sur le sujet épineux de la rémunération. Lors de la séance de négociations conventionnelles le 22 mars sur les « conditions d'exercice et valorisation de la pratique du médecin traitant », son directeur général, Nicolas Revel, a évoqué trois pistes.

Revalorisation du C La première porterait sur une revalorisation du C à 25 euros qui pourra se faire soit par l'ouverture de la MPC aux généralistes, soit par un alignement direct du C et Cs sur ce montant.

Consultation longue et complexe 2^e hypothèse, la mise en place d'une consultation longue et complexe majorée par rapport à

la consultation de base. Nicolas Revel précise toutefois que leur nombre serait alors contingenté et ne pourra pas dépasser « 10 à 15 % des consultations ». Ces deux propositions ne sont pas cumulatives : pour la Cnam, ce serait donc, soit la revalorisation du C, soit sa hiérarchisation.

Toiletage des forfaits Parallèlement, le patron de la Cnam a affirmé son intention de procéder à un « toiletage » des différents forfaits, illisibles en l'état actuel. Il évoque la piste d'un forfait unique dédié au suivi de la patientèle du médecin traitant. Ce forfait serait assis sur deux étages. Le premier s'appuyant sur la prise en compte des caractéristiques de la patientèle, le deuxième portant sur l'accompagnement du médecin

dans l'organisation de sa structure et la coordination.

La hiérarchisation des consultations avec une valorisation des plus complexes était une demande des syndicats, mais en l'absence d'annonce de tarifs, ces derniers n'apprécient que modérément les restrictions déjà posées par la Cnam. « Le "soit, soit" n'est pas acceptable » s'insurge notamment Jean-Paul Hamon pour qui « la consultation de base est notoirement sous-évaluée ». Ce n'est pas tout : certains sujets paraissent encore plus verrouillés. C'est le cas de l'espace de liberté tarifaire, toujours demandé activement par les syndicats : Nicolas Revel l'a, d'ores et déjà, défini comme une ligne jaune qu'il ne franchirait pas...

indicateurs sur le cabinet sont plus difficiles à interpréter en termes d'incitation à la performance des soins ». Cela dit, selon elle, le dispositif doit rester à sa place actuelle : « Tel que la ROSP est définie, il faut peut-être revoir le contenu des indicateurs mais il faut conserver son ordre de grandeur. Une sorte de 13^e mois, c'est la bonne dimension. Il ne faut pas que ce soit une composante trop importante de la rémunération du médecin, sinon on risque de mettre des incitations trop violentes qui pourraient provoquer des effets de report délétères sur certains aspects de la qualité des soins qui ne peuvent pas être mesurés par des indicateurs quantitatifs », estime-t-elle. ■

La liberté tarifaire pour tous, ouverture ou folie ?

En février dernier, dans leurs propositions communes, les syndicats de médecins libéraux demandaient un espace de liberté tarifaire, y compris pour les généralistes. Une proposition qui continue de revenir avec insistance. Pour Frédéric Bizard, la demande n'est pas pas si saugrenue : « La concentration de l'Assurance Maladie va être de plus en plus importante sur le gros risque, les ALD, mais va se désengager sur les soins courants sur lesquels on aura une faible part de prise en charge par l'Assurance Maladie et, donc une partie libre des honoraires qui ne va faire qu'augmenter, c'est inévitable ». Et l'économiste de Sciences Po Paris de conclure, définitif : « Dans le système tel qu'il est aujourd'hui, ce n'est que par la liberté d'honoraires régulés que vous arriverez à solvabiliser les soins courants des médecins libéraux ».

Un point de vue qui n'est pas partagé par d'autres économistes. Pour Brigitte Dormont, le niet est absolu : « C'est quelque chose qui est tout à fait contraire à l'intérêt général. Les dépassements créent des problèmes d'accès aux soins. Cela renchérit le coût des complémentaires santé. Cela conduit à dégrader le contrat social qu'il y a autour de la Sécurité sociale. Nous cotisons tous pour avoir

accès aux soins et il y a une garantie de taux de couverture de 70 % qui n'existe que s'il y a un tarif conventionnel ». Lise Rochaix se méfie, elle aussi : « Au moment où les États-Unis revenaient sur cette liberté tarifaire, dans les années 1980, nous l'avons mise en place avec le secteur 2. Cette mesure, initialement conçue pour un petit nombre de professionnels, a connu un tel succès qu'il a fallu fermer l'entrée de ce secteur en 1990 sous peine de ne plus permettre à tous l'accès à un médecin de secteur 1 ». Selon elle, c'est l'accès aux soins qui pâtirait d'une telle mesure. « La difficulté dans le domaine de la santé est que souvent le prix, à défaut d'autre chose, est considéré par les usagers comme un indicateur de qualité, sans qu'il soit possible de le vérifier. Le risque est que des personnes renoncent



Pour Lise Rochaix, « le risque est que des personnes renoncent à d'autres dépenses importantes pour consulter des médecins de secteur 2.

d'autres dépenses importantes pour consulter des médecins de secteur 2. Les effets de ce système ont été analysés sur des critères d'efficacité, d'équité d'accès et de lisibilité et les résultats doivent nous conduire à la plus grande prudence à l'égard de toute nouvelle mesure visant la libéralisation des tarifs », estime Lise Rochaix.

D'autres experts évacuent le sujet pour des raisons d'opportunité : « Je ne suis pas sûr que ce soit dans l'agenda gouvernemental. Le début du quinquennat a été largement consacré à réduire le secteur II (avenant n° 8 et article de la loi Santé sur le service public hospitalier). Je vois mal le gouvernement changer de cap », souligne Claude Le Pen. Et de fait, après avoir fait de l'accessibilité aux soins un leitmotiv de la loi Santé, on voit mal les pouvoirs publics accéder à cette demande... ■