



## Le mode de rémunération des médecins a-t-il un impact sur l'efficacité du système de santé ?

Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé visent à une meilleure efficacité, c'est à dire à améliorer l'efficacité globale et à long terme en conciliant les exigences de qualité et d'équité et celles d'un coût raisonnable. Les dépenses de santé sont toujours plus ou moins mutualisées, voire socialisées. Une abondante littérature économique a étudié les caractéristiques du « marché » des soins médicaux, à travers le trio payeur-patient-médecin. Dans ce trio, le patient est-il un partenaire à part entière, ou « sous influence » (du médecin, mais est-il le seul) ? Quel est l'impact du mode de rémunération du médecin sur le volume des soins qu'il fournit ou prescrit, leur qualité, et les inégalités d'accès aux soins ? La façon de payer le médecin a-t-elle de l'influence sur l'efficacité du système de soins ? Une étude du CREDES<sup>1</sup>, à la demande du système de santé canadien, analyse la littérature économique sous l'angle de l'arbitrage coût-qualité-équité.

**Les principes du « marché » de l'offre de soins.** Le médecin n'est jamais en situation de production classique. Il n'est pas soumis à une obligation de résultats, mais de moyens, même si l'évolution récente de la jurisprudence peut faire craindre un dérapage en ce domaine. On parle donc habituellement de rémunération des médecins, et non de prix de vente des services médicaux.

Il en existe trois en théorie : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat. En pratique, la plupart des systèmes de santé combinent ces 3 modes. Ainsi, le paiement de l'acte lui-même est un forfait...

Le paiement à l'acte peut induire une quantité de services plus importante que ce qui est nécessaire au patient. Inversement, un mode forfaitaire de rémunération peut inciter le médecin à restreindre son effort en réduisant l'accès au soins, le temps consacré au patient, la capacité d'écoute, ou en sélectionnant les cas, puisque les plus difficiles sont rémunérés comme les plus simples. L'introduction d'une modulation des modes forfaitaires de paiement tente parfois de remédier à ces difficultés.

**Une approche théorique de la demande de soins.** Certains économistes (Rice 1993) estiment que le patient ne peut avoir une demande de soins véritablement éclairée et autonome. Il ne peut pas exercer de véritable contrôle. Dans tous les systèmes, le médecin disposerait d'un pouvoir discrétionnaire, du fait de sa position d'expert. L'acheteur profane ne peut que lui faire entièrement confiance. Facteur aggravant : le malade, très attaché à « son » médecin dans une relation à long terme (surtout lorsqu'il s'agit du généraliste ou d'un spécialiste de maladies chroniques), ne fait que difficilement jouer la concurrence. Le médecin peut fournir impunément « trop » de services s'il est rémunéré à l'acte, et « pas assez » d'efforts s'il est payé au forfait.

De toutes ces données, on peut conclure que le mode de rémunération des médecins n'a pas en soi un impact majeur sur l'efficacité du système de soins. Les pratiques médicales sont influencées par d'autres facteurs de régulation<sup>3</sup>, comme l'étude norvégienne le signale. Nous verrons prochainement quels enseignements les auteurs du CREDES ont tirés de cette grande variété d'expériences pour poser les grands principes d'une « quatrième voie » de rémunération optimale.

1 - Grignon M, Paris V, Polton D et al. L'influence des modes de rémunération sur l'efficacité du système de soins. Paris : CREDES ; 2003.

2 - Gallais JL et al. Actes et fonctions du médecin généraliste. Documents de recherche en médecine générale. Paris : SFGM ; 1994 : 45.

3 - Durieux P et al. Comment améliorer les pratiques médicales ? Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1998.

**Mots-clé :** rémunération, médecin, capitation, maîtrise des dépenses.

**Numéro 324 du 27 novembre 2003**