



A la recherche du mode de rémunération idéal du service médical...

Quels enseignements résultent des expériences de rémunération des médecins¹ ? Les auteurs de l'étude du CREDES² soulignent que tous les systèmes de santé, face à des enjeux majeurs d'arbitrage entre coût, qualité et équité, doivent faire preuve d'inventivité. Quatre approches ont été expérimentées, combinant différentes incitations pour que les défauts inhérents à chaque modèle se compensent mutuellement.

1/ rémunération individuelle mixte. La médecine générale anglaise en est le principal exemple (Redbook 2002). La rémunération des GP's combine actuellement un forfait à plusieurs niveaux (allocation de base, majorée avec l'âge et l'exercice rural ; capitation à 3 niveaux selon l'âge), un paiement à l'acte pour certaines prestations, et un paiement aux résultats (*target payments*) pour des activités comme le dépistage du cancer du col ou les vaccinations des enfants. Ces 3 modes représentent respectivement 65%, 25% et 10% de la rémunération.

Les spécialistes hospitaliers du Québec ont maintenant une rémunération mixte, paiement à l'acte/forfait, ainsi que les généralistes référents français, option choisie par 10% des généralistes et 1% des assurés sociaux.

L'introduction d'un intéressement aux résultats sanitaires (*target payment*) a permis au NHS la réussite d'un programme de dépistage qui jusqu'alors stagnait³, ainsi que les vaccinations des enfants.

L'intéressement aux résultats financiers a été faite dans les *fundholdings* britanniques ou les organisations de *managed care* américains. L'évaluation a montré des réductions du budget médicament (UK), du nombre de consultations et d'admissions à l'hôpital (USA). Mais plusieurs études ont mis en évidence les risques éthiques perçus par les médecins et les patients, avec la perte de confiance induite. Globalement, les résultats sont contradictoires, mais les études abordent rarement à la fois la qualité et la quantité.

2/ incitations financières différentes au niveau individuel ou collectif. Le système allemand en est l'exemple : le comportement « productiviste » du paiement à l'acte est pondéré collectivement par un mécanisme de modération collective. La valeur du point qui rémunère l'acte dépend a posteriori des possibilités de l'enveloppe totale dévolue à la santé. Mais la dilution de la responsabilité individuelle au sein d'un grand collectif anonyme favorise le comportement de « passager clandestin » qui espère que son augmentation isolée d'activité passera inaperçue au milieu d'une collectivité « raisonnable ».

Le débat sur le mode de paiement des médecins est loin d'être clos. Le paiement à l'acte reste largement dominant dans notre pays. Au Canada, si 62% des médecins tirent la quasi-totalité de leurs revenus du paiement à l'acte, 37% seulement préfèrent ce mode de rémunération aux autres modes. Qu'en est-il en France ? Le paiement à l'acte répond mal aux exigences de la médecine préventive (dépistage des cancers, des conduites à risque...) ou palliative (accompagnement de la fin de vie). Les problèmes démographiques à venir (désertification médicale des campagnes, pénurie dans certaines spécialités...) nécessiteront d'autres modes de rémunération, plus largement mixtes.

Arbitrer entre coût, qualité et équité ne peut se faire par les seules incitations financières ou les recommandations définies « d'en haut ». Le récent colloque ANAES-URML⁶ relevait les ambitions et les limites du système actuel. La confrontation des expériences au sein de groupes restreints et la réflexion sur les référentiels à ce niveau semblent des voies à explorer, en les dotant des moyens nécessaires.

1 - Collectif. Le mode de rémunération des médecins a-t-il un impact sur l'efficacité du système de soins ? Bibliomed 2003 ; 324.

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

3 - Collectif. Incidence et mortalité du cancer du col utérin, influence du dépistage. Bibliomed 1999 : 144.

4 - Dupuis C. Maîtrise des dépenses : polémique sur les groupes de médecins gestionnaires du risque. QDM 2003 ; 7408 : 3.

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

6 - Colloque ANAES-URML « Evaluation des pratiques professionnelles ». Paris : 24 septembre 2003.

Mots-clé: rémunération, incitation, maîtrise des dépenses.