

## FAUT-IL DAVANTAGE DE FORFAITS DANS LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

Le débat sur la rémunération des acteurs de santé est ouvert depuis la remise fin janvier du rapport de Jean-Marc Aubert, patron de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. La concertation lancée ensuite sur ce thème par Agnès Buzyn touche à sa fin. Mais sans attendre les décisions de la ministre, il est clair que la logique forfaitaire devrait progresser, notamment dans le mode de paiement du médecin généraliste. Le Quotidien a sollicité les avis de deux experts économistes sur cette question. L'un et l'autre reviennent sur l'intérêt, mais aussi la difficulté de l'entreprise. Et posent comme un préalable, la nécessaire protocolisation des pratiques et des parcours.

### Le point de vue du Pr Claude Le Pen\*

## La question de l'hétérogénéité des conditions d'exercice se posera forcément

**Pour l'économiste de la santé de l'Université Paris Dauphine, les règles de rémunération des acteurs de santé sont en pleine mutation. Mais la mise en œuvre de cette réforme posera « de redoutables problèmes », prévient ce spécialiste de la régulation et du financement du système de soins.**

Des changements profonds du système de santé français sont en cours. Après avoir été obnubilée durant des années par la maîtrise (réussie) des déficits « abyssaux » de l'assurance-maladie – au moyen de coupes budgétaires douloureuses ! – la politique gouvernementale s'attache désormais à transformer structurellement le système de santé. Plusieurs chantiers sont en cours dont la territorialisation avec les CPTS et les « hôpitaux de proximité », la formation et le statut des professionnels de santé, le développement de la santé numérique « et les modes de financement des établissements de soins et des médecins libéraux ».

C'est la philosophie même de la rémunération des acteurs de la santé tous secteurs confondus, hôpital,

ville et biens de santé, qui est appelée à changer, le fameux rapport Aubert proposant de passer de modèles de rémunération principalement fondés sur l'activité (paiement à l'acte en médecine libérale et financement aux séjours dans les hôpitaux) à des « paiements combinés » associant diverses formules, généralement forfaitaires, pour rémunérer la qualité et la pertinence des soins, le suivi des pathologies chroniques ou la prise en charge d'un « épisode » de soins, notamment à l'hôpital, etc.

À chaque objectif, serait ainsi associé un « véhicule de paiement » approprié. Le rapport ne traite pas de la rémunération en niveau – cela reste l'apanage de la négociation conventionnelle – mais plutôt en structure, ce qui est relativement nouveau à cette échelle.

### Des rémunérations spécifiques

À l'hôpital comme en ville, le paiement à l'activité n'a pas vocation à disparaître mais plutôt à s'appliquer à des soins ponctuels dans le cas de pathologies aiguës par exemple. L'idée est d'introduire des rémunérations spécifiques, en sus du paiement à l'acte, pour inciter, d'une part, à une démarche qualité plus systématique

– ce qui en médecine libérale pourrait se faire à travers une extension de la ROSP – et, d'autre part, à un suivi plus serré et plus coordonné des pathologies chroniques qui constituent aujourd'hui l'essentiel du recours aux soins primaires.

Si louables que soient ces objectifs, leur mise en œuvre va s'avérer délicate. Si en effet l'extension de la ROSP ne pose pas d'autres problèmes que la définition d'indicateurs de qualité pertinents et significatifs – ce qui ne peut se concevoir que dans une démarche partenariale – la forfaitisation de la prise en charge des pathologies chroniques pose de redoutables problèmes, même si, dans un premier temps du moins, le rapport n'envisage que des forfaits mono-professionnels limités à quelques conditions chroniques, diabète et soins gériatriques notamment. De « vrais » forfaits pluri-professionnels (des « bundle payment » comme on dit parfois) impliquant la répartition d'une ressource budgétaire fixe entre tous les intervenants du suivi thérapeutique (libéraux, hospitaliers, paramédicaux, biens de santé, etc.) nécessiteraient des négociations interprofessionnelles dont on devine aisément la difficulté.

### L'exemple anglais

Mais même ainsi réduit à sa dimension mono-professionnelle (médecins généralistes), la question se pose de la détermination des forfaits et des protocoles de prise en charge qui doivent nécessairement leur être associés pour en déterminer les frontières d'application. La forfaitisation ne met pas à l'abri d'une certaine sélection des risques ou de l'alignement des prises en charge sur une norme commune indépendante de la variation des cas individuels.

« La forfaitisation ne met pas à l'abri d'une certaine sélection des risques ou de l'alignement des prises en charge sur une norme commune indépendante de la variation des cas individuels »

Nos amis anglais l'ont bien compris, eux qui sont les champions toutes catégories de la forfaitisation

puisque les « GPs » sont rémunérés à la capitation qui est une sorte de forfait généralisé à tous les patients et à toutes les conditions. Le montant forfaitaire qui leur est versé annuellement en échange de la prise en charge intégrale des soins primaires des patients inscrits dans leur « practice » varie selon différents paramètres inclus dans une formule dite de « Carr-Hill ». Le forfait est ajusté en fonction : 1°) des caractéristiques des patients suivis (âge, sexe, gravité, ancienneté d'inscription dans la « practice », un patient nouvellement inscrit nécessitant 40 % de travail en plus qu'un patient « ancien ») et 2°) des caractéristiques de la zone géographique (ruralité, coût de la vie, etc.).

Cette formule génère pour chaque « practice » un coefficient de modulation des forfaits de manière à en atténuer un caractère uniforme contradictoire avec la variété des caractéristiques des cabinets. Les forfaits ne sont pas forfaitaires ! Irra-t-on jusque-là en France ? Je n'en sais rien mais nul doute que cette question de l'hétérogénéité des conditions d'exercice se posera.

\*Professeur d'économie de la santé à l'Université Paris-Dauphine

### Le point de vue de Bruno Ventelou\*

## Les forfaits ont leur rationnel, mais ne résoudront pas tous les défauts du système

**Cet économiste de la santé a beaucoup réfléchi à l'évolution du système de santé, à la médecine libérale et à l'assurance maladie. Dans la tribune qui suit, il revient sur les vertus de la rémunération au forfait pour optimiser le service rendu par les acteurs économiques. Et il s'interroge sur sa transposition au domaine du soin. Pas si simple...**

Le décideur public croit beaucoup à l'idée que les modalités de rémunération des acteurs d'un système influencent leurs comportements et, notamment, la façon dont ils arrivent à coordonner leurs efforts pour rendre un service élaboré, adapté, et complet, à la société. Il y croit tellement qu'il a parfois la faiblesse d'étendre cette idée aux professionnels de santé ! C'est avec cette clé de lecture qu'il faut comprendre, je crois, la réflexion actuelle sur l'extension des paiements au forfait.

Bien entendu, cela veut dire qu'on écarte ici d'emblée l'interprétation trop facile d'un forfait fixé pour une raison uniquement « comptable », visant à encadrer la dépense par épisode de soins. Il

serait bien maladroit d'ambitionner de changer les structures d'un système (ses règles fondamentales) et de glisser en douce, au détour du changement, un bien bête encadrement des dépenses...

### Primes collectives

Prenons d'abord le « principe général » : les modalités de rémunération décident des comportements. C'est un fait très largement documenté. La finesse des schémas de rémunération permet assez généralement d'orienter les acteurs. Pour une bonne gestion des ressources humaines au sein d'une entreprise, les systèmes de primes collectives facilitent le travail en équipe en coordonnant les efforts sur un

« Qui engrange le bénéfice ? Qui fait faillite, la MSP ou le généraliste ? Ne donne-t-on pas trop de pouvoir à un seul acteur du système au risque d'empêcher une bonne coordination ? »

objectif commun, tandis que les primes individuelles ont tendance à l'entraver. Pour ce qui est de la coordination inter-entreprises, même chose, le service fourni par les entités qui collaborent, par exemple la compagnie aérienne, la plateforme aéroportuaire, et mettons la société qui fournit le repas en vol, dépend de la règle de partage du prix du billet. Cependant, pour bien fixer la valeur de la taxe d'aéroport, ou l'existence ou non d'un repas en vol, on doit d'abord être informé de la somme totale que le voyageur est prêt à payer pour se déplacer...

Second point, faut-il céder à la tentation d'étendre ces éléments de raisonnement économique à l'univers des décisions médicales ? Il existe là encore une littérature empirique assez nourrie qui tend à démontrer la validité d'une telle hypothèse. C'est le cas par exemple des études de variabilité géographique des décisions de traitements électifs qui, en paiement à l'acte, se corrélaient bien avec la densité locale de médecins spécialistes impliqués dans le traitement.

### Service et besoin médical

Alors quel est le rationnel d'un paiement au forfait en médecine

générale ? La plateforme aéroportuaire, c'est évidemment, dans ce contexte, la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ; les services de voyage sont, eux, assurés par les professionnels de santé : médecins et paramédicaux. Le « prix du billet », c'est ce que la société est prête à payer : une somme fixe prédéterminée à l'avance, et qui ne dépend pas de la disponibilité ou de l'organisation des offreurs locaux. Pour un traitement équitable des usagers du système, en effet, le panier de soins d'un parcours ne doit pas être issu d'un équilibre, obtenu au gré des circonstances, entre l'offre et la demande.

En santé – et c'est là que la comparaison aéroportuaire s'arrête ! –, le service est défini par le besoin médical. Pas de business-class et pas de soins low cost, selon le portefeuille plus ou moins garni des usagers ou l'organisation locale des offreurs de soins (les déserts médicaux). C'est en tout cas ce qui est souhaité, et ce que le paiement à l'acte ne permet pas, surtout en situation d'inégalités socioéconomiques et territoriales fortes.

La grande question qui reste en plan : qui tient le rôle précis de la compagnie aérienne ? Car c'est elle

qui encaisse le forfait et qui doit ensuite redistribuer et coordonner les efforts des acteurs. C'est elle également qui sera le « créateur/débiteur résiduel » (celui qui engrange les pertes ou les bénéfices). Médicalement, le généraliste est en position de former l'équipe, d'assurer la coordination et le travail collectif, et de prendre donc l'entière responsabilité du parcours. Mais il y a aujourd'hui une confusion entre la structure MSP et les médecins.

Pour filer la métaphore, les compagnies aériennes détiennent très souvent les aéroports, qui par ailleurs sont largement subventionnés. Qui engrange le bénéfice ? Qui fait faillite, la MSP ou le généraliste ? Ne donne-t-on pas trop de pouvoir à un seul acteur du système au risque d'empêcher une bonne coordination ? Ne faut-il pas protocoliser un peu plus les prises en charge, pour s'assurer qu'en contrepartie du forfait, il y ait bien aussi un panier de soins homogène ? Ces questions pour le moment non résolues seront sans doute une limite au développement des forfaits. Ils ne résoudront pas à eux seuls tous les défauts du système.

\*CNRS, Aix-Marseille Sciences Economiques