Année 2017/2018 N°

Thèse

Pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine par

Audrey DOBIGNY

Née le 17 avril 1988 à Mâcon (71)

COMMENT EST STRUCTURÉE LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN FRANCE

Évolution de la rémunération depuis l'année 2005, évolutions "souhaitables", réajustement par rapport au temps de travail et comparaison avec quelques pays européens.

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Laurent MACHET, Dermato-vénéréologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Annabel MARUANI, Dermato-vénéréologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie Transfusion, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale, Saint-Georges Sur Cher

Docteur Claude BRONNER, Médecine Générale, Strasbourg

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE THÈSE ..... ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

THESIS ABSTRACT ..... ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS **4**

SERMENT D'HIPPOCRATE **8**

TABLE DES MATIÈRES **9**

REMERCIEMENTS **11**

ABRÉVIATIONS **14**

INTRODUCTION **16**

I. STRUCTURE DE LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE **18**

I.1 LA CONSULTATION, BASE DU TRAVAIL DU MEDECIN GENERALISTE : EVOLUTION DE LA VALEUR DE L'ACTE SELON LES CONVENTIONS MEDICALES **19**
I.2 ANALYSE DU TEMPS DE TRAVAIL DES MG LIBERAUX : COMMENT SE COMPOSE-T-IL ? TOUS LES TEMPS DE TRAVAIL SONT-ILS REMUNERES ? **28**
I.3 AUGMENTATION DE LA REMUNERATION SANS AUGMENTATION DE LA VALEUR DE LA CONSULTATION : IMPACT SUR LES HONORAIRES DES MEDECINS **32**
I.4 NEGOCIATIONS DE LA CONVENTION MEDICALE DE 2016 : OPPOSITION ENTRE LES CHIFFRES AVANCES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE ET LES SYNDICATS. **34**

II. COMMENT SE PLACER PAR RAPPORT À D'AUTRES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS : COMPARAISON AVEC LE ROYAUME UNI ET L'ALLEMAGNE **40**

II.1 QUELS SONT LES PRINCIPAUX SYSTEMES DE SANTE ACTUELS ? **41**
II.2 LE ROYAUME-UNI **43**
II.3 L'ALLEMAGNE **47**
II.4 CONCLUSION **51**

III. PERSPECTIVES D'AVENIR 53

III.1 LA CONVENTION DE 2016 : MODIFICATIONS APPORTEES A LA PRATIQUE DE LA MG LIBERALE 54
III.2 REFORMES A VENIR 65
III.3 QUELLES AUTRES PISTES D'EVOLUTION POSSIBLES ET SOUHAITABLES ? 71

IV. DISCUSSION 73

IV.1 COMPARAISON DES REVENUS DES MG LIBERAUX 74
IV.2 QUEL EST IMPACT DE LA REMUNERATION DES MG SUR LA DEMOGRAPHIE DE LA MEDECINE GENERALE LIBERALE ? 79
IV.3 ATOUTS ET INCONVENIENTS DE CETTE THESE 83

CONCLUSION 85

BIBLIOGRAPHIE 87

PAGE DES SIGNATURES 90

DÉPÔT DU SUJET DE THÈSE 91

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

Monsieur le Professeur Laurent Machet :

Vous m'avez honoré en acceptant de présider cette thèse.

J'ai beaucoup appris en ayant passé un semestre d'internat dans votre service, et ce que j'y ai appris marquera à jamais ma pratique future.

Je vous remercie sincèrement pour votre intérêt envers la médecine générale. Voyez ici toute ma reconnaissance et ma sincère admiration.

Madame la Professeure Annabel Maruani :

Vous avez spontanément accepté de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Je vous exprime toute ma gratitude et suis honorée de votre présence dans ce jury.

Monsieur le Professeur Emmanuel Gyan :

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

Monsieur le Dr Claude Bronner, Directeur de thèse :

Quand je vous ai contacté avec ce sujet, vous avez montré votre intérêt pour ce travail et avez accepté de diriger cette thèse. Je ne m'étais pas douté quelle serait l'ampleur de ce travail ! Et pourtant, nous avons mené cela à bien jusqu'à ce jour. Et à présent, je vais pouvoir être Docteur grâce à vous. Pour tout cela, je vous exprime ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Yannick Legeay :

Je te remercie pour ta participation dans ce jury, et pour l'enthousiasme que tu portes à mon sujet de thèse. Me former sous ta tutelle m'a permis de beaucoup progresser. J'ai pu voir qu'il n'y a pas une façon de faire de la médecine générale, mais autant de façon qu'il y a de médecins généralistes. Pour tes enseignements et ta disponibilité au cours de mon internat, merci.

Remerciements généraux

À mes grands-parents, que j'ai perdus au cours de mes études. Réussir ces études de médecine a été une fierté pour vous. J'aurais voulu que vous soyez présents ce jour pour voir votre petite fille devenir Docteur. Vous me manquez terriblement et resterez à jamais dans mon cœur.

À mes parents, vous croyiez en moi depuis le début, vous m'avez encouragé à faire des études de médecine bien que tout le monde autour de nous, nous disait que c'était impossible. Et j'ai réussi. Merci de votre confiance. Merci d'avoir partagé mes joies et parfois mes malheurs. Je suis fière d'être arrivée là en j'en suis aujourd'hui, grâce à vous. Je vous dédie ce travail. Je vous aime.

À Jean-François, je te porte une grande estime, je pense que tu le sais. Tu es un modèle de calme et de sérénité. Quand tu aimes quelque chose, tu t'investis à fond. J'aimerais être plus comme toi. Je te souhaite de trouver la paix intérieure.

À Isa, j'admire ta force de caractère. Tu ne baisses jamais les bras, tu t'investis toujours pour que tout soit bien fait. Ça me fait toujours plaisir de passer du temps avec toi.

À Aurélien, tu entends parler de cette thèse depuis que nous sommes ensemble. Tu as su trouver les moyens pour me motiver à la travailler quand il le fallait. Tu trouves toujours les moyens me concernant. Merci de partager ma vie. Je souhaite que cette thèse soit le départ de pleins de nouveaux projets nous concernant.

À mes frères et sœurs, Arnaud, Marina, Angie ; bien que loin des yeux, vous êtes très présents dans mon cœur. À Marina et Angie : je vous souhaite de vous épanouir dans vos vies professionnelles et personnelles autant que je le suis. À vous de trouver votre propre voie. Personne ne peut vous l'imposer, elle viendra de vous. Arnaud, je sais que c'est déjà le cas pour toi. Tu as été d'un soutien sans faille au cours de mes études, et tu as toujours eu un avis argumenté et pertinent au cours de nos discussions. Ton avis comptera toujours beaucoup pour moi. En tant que grand frère, tu m'as bien montré l'exemple. Merci.

À mes co-internes, Sami, Alban, Camille, Julia, Anaïs, vous avez déjà passé l'étape de la thèse et vous savez ce que cela représente. Je repense à tous ces moments d'internat qu'on a passé ensemble, des soirées jusqu'aux stages où il fallait se serrer les coudes. Merci pour votre présence et votre soutien.

À tous les médecins auprès desquels je me suis formée pendant mon internat, vous m'avez conforté dans ce choix, je vous admire pour la pédagogie avec laquelle vous transmettez votre savoir. Tout ce que je sais aujourd'hui, je le sais grâce à vous.

Aux médecins des urgences du Centre Hospitalier de Gien, merci pour votre accueil, votre bonne humeur, votre patience. Ce stage que je redoutais tellement a été d'une agréable douceur dans mon internat. Vous êtes un exemple pour votre profession. Merci à Pierre-Jean pour être un chef de service exemplaire. Merci à Marie-Pierre pour être qui elle est. J'espère devenir au moins un dixième de la personne que tu es aujourd'hui.

Au Dr Garnier, Dr Munschy et Dr Veauvy, vous m'avez traité d'égal à égal quand j'ai commencé à vous remplacer à la toute fin de mon internat. Grâce à vous, j'ai gagné en maturité et en expérience. Je vous adresse toute mon admiration.

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

BNC : Bénéfice Non Commercial

C : Consultation

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CERFA : formulaire administratif

CFP : Congé de Formation Professionnel

CMU-C : Couverture Maladie Universelle - Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSG-CRDS : Contribution Sociale Généralisée – Contribution au Remboursement de la Dette Sociale

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français, syndicat médical

CURPS : Contribution aux Unions Régionales des Professionnels de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

ECN : Examen Classant National

FMF : Fédération des Médecins de France, syndicat médical

FMT : Forfait Médecin Traitant

FSE : Feuille de Soin Électronique

GIE : Groupement d'Intérêt Économique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

MD : Majoration de Déplacement

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MG FRANCE : Fédération Française des Médecins Généralistes, syndicat médical

MPA : Majoration Personne Âgée

MPC : majoration forfaitaire transitoire

NC : Numerus Clausus

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RMT : Rémunération Médecin Traitant

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RST : Rémunération pour le Suivi des patients post-ALD

SEP : Sclérose En Plaques

SESAM-Vitale : programme de dématérialisation des feuilles de soins pour l'Assurance Maladie

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes, syndicat médical

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

INTRODUCTION

J’ai débuté mes études de médecine en pensant immédiatement « plus tard, je voudrai travailler dans un cabinet médical », travailler en libéral.

Pourtant, ce milieu m’était totalement inconnu auparavant.

Pendant l’externat, j’ai vaguement approché le quotidien d’un médecin généraliste avec un stage d’une semaine chez le praticien. Quel étrange concept que de passer 9 mois par an à l’hôpital, et 1 semaine uniquement chez un praticien libéral…

Je n’y ai absolument pas perçu toute la complexité et les possibilités qu’y offrait la médecine générale.

J’ai choisi l’internat de médecine générale, avec curiosité, comme si j’étais passée à côté de quelque chose dans mes études. Cela s’est concrétisé avec les stages ambulatoires. Et cela m’a conforté dans mon choix.

Pourtant, une des complexités que je n’avais pas envisagée, était bien le côté administratif, côté obscur, même en étant de l’autre côté du bureau.

Je n’avais connu que le « confort » du salariat.

D’un côté, je voyais tous ces actes effectués, ces horaires me paraissant démesurés, mais aussi cet investissement de temps des médecins auprès de leur patient, ou bien pour leur compléter le document dont ils ont besoin auprès d’une autre instance.

D’un autre côté, j’entendais les médias débattre sur « combien gagnent vraiment les médecins généralistes ? », « sont-ils insuffisamment payés », ou bien « la consultation médicale en France, la plus basse d’Europe ». Et même le directeur

de l'Assurance Maladie, M. Nicolas Revel, annonçait à la presse qu'en réalité, un médecin touche 31,50€ par consultation, grâce aux rémunérations complémentaires.

À cette époque là, fin 2014, ont commencé des grèves des médecins libéraux pour réévaluer la Convention en vigueur, et notamment une revalorisation tarifaire.

Toujours motivée par la médecine libérale, je me suis alors posée des questions : combien sommes-nous réellement rémunérés ? Quelles sont ces rémunérations complémentaires qui nous feraient gagner 30 % de plus que la consultation ? Est-on vraiment les moins bien rémunérés d'Europe ?

Afin de conforter mon choix, j'ai ainsi commencé mes recherches.

I. STRUCTURE DE LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

I.1 La consultation, base du travail du médecin généraliste : évolution de la valeur de l'acte selon les conventions médicales

Les conventions médicales sont l'aboutissement d'une négociation entre la sécurité sociale et les représentants des médecins.

Les premières conventions médicales remontent à la date de création de la Sécurité Sociale, en 1945, et elles étaient départementales à l'époque.

Ces conventions encadrent les conditions d'exercice du médecin, en contrepartie d'une prise en charge financière d'une partie de ses charges sociales. Si le médecin accepte ces conditions d'exercice, on dit qu'il est "conventionné".

La première convention nationale date de 1971. Elle a permis à l'assurance maladie de garantir une égalité dans l'accès aux soins pour les assurés. Ces conventions nationales sont valables pour une durée de 5 ans.

Octobre 1971 : première convention nationale. Elle fixe un prix national de la consultation.

Elle développe plus de clauses autour de la médecine libérale, rappelant que "l'exercice libéral doit demeurer en France un des fondements du système de santé", le libre choix du malade pour son médecin, la liberté de prescription tout en rappelant d'appliquer "la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement", le respect du secret professionnel, le paiement direct à l'acte, qui est remboursable par l'assurance maladie. En échange de tarifs plafonnés, les médecins obtiennent une partie de la prise en charge financière de leurs cotisations à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse. La consultation est fixée à **15F**. C'est également en 1971 qu'est

instauré le numerus clausus à la fin de la 1e année de faculté de médecine. Il sera appliqué dès 1972.

Mars 1976 : deuxième convention médicale. On y voit l'apparition de clauses abordant la possibilité d'une dispense d'avance de frais pour quelques cas précis.

Elle fixe la consultation à **30F**.

Cette convention a été régulièrement modifiée par des avenants qui ont progressivement augmenté le tarif de la consultation :

- **32F** en juillet 1976
- **33F** en mai 77 puis **34F** en octobre 1977
- **38F** en juillet 1978
- **40F** en février 1979

Mai 1980 : troisième convention. Elle met en place des objectifs de maîtrise des dépenses de santé. Elle crée la notion de sectorisation : le secteur 1 regroupe tous les médecins conventionnés qui respectent les tarifs recommandés par l'Assurance Maladie et bénéficient d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales ; le secteur 2 permet à des médecins de pratiquer des honoraires libres, avec en contrepartie une perte de leur prise en charge des cotisations sociales. Ces médecins restent dans la convention, ce qui permet aux patients consultant ces médecins de bénéficier d'un remboursement par l'assurance maladie sur la base du tarif conventionné. *Par extrapolation, les médecins non conventionnés sont généralement classés dans le "secteur 3".*

Cette convention porte le tarif de la consultation à **46F**.

De la même façon que pour la précédente convention, des avenants ont progressivement revalorisé le tarif de la consultation :

- **55F** en juillet 1981
- **60F** en novembre 1982
- **75F** en juin 1985

Juillet 1985 : quatrième convention. La consultation reste à 75F. Des avenants à la convention viennent augmenter les tarifs des spécialistes, et le tarif de la visite à domicile, mais la consultation de médecine générale reste fixe jusqu'à la convention suivante.

Mars 1990 : cinquième convention. Elle fait passer la consultation à **90F**, puis **95F** en décembre 1990 puis **100F** en octobre 1991.
Puis, le 10 juillet 1992 la 5e convention est annulée par le Conseil d'État en raison d'une illégalité de l'arrêté ministériel d'approbation.

Octobre 1993 : nouvelle convention.
S'appuyant sur la "loi Teulade" qui vise à maîtriser l'évolution des dépenses de santé, la convention est enrichie de nombreux articles. Elle donne plus de pouvoir aux caisses de Sécurité Sociale, avec notamment une surveillance statistique des praticiens sur le respect des règles conventionnelles. En fonction des résultats de cette "surveillance", les caisses peuvent appliquer des sanctions aux médecins concernés (suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales, suspension du conventionnement, suspension du droit à dépassement, ...).
Le tarif de la consultation est laissé à **100F**.

En 1996, la majorité des règles conventionnelles de 1993 sont annulées par ordonnance d'État.

Mars 1997 : signature d'une convention concernant uniquement les généralistes, les spécialistes ayant une convention à part.

Elle fixe la consultation à **110F**.

Le 17 octobre 1997, un avenant vient enrichir la convention : le patient doit choisir un "médecin référent". Chaque médecin référent touchera une rémunération forfaitaire de 150F/patient et par an, versée par la caisse du patient.

Finalement, cette convention est annulée par le Conseil d'État le 28 juin 1998.

Peu de temps après, le 10 juillet 1998, le gouvernement publie un "règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention nationale". Cette convention de secours porte la consultation à **115F**.

Décembre 1998 : nouvelle convention. Elle ne s'applique qu'aux MG.

Elle reprend l'avenant concernant la désignation d'un médecin référent, qui percevra une rémunération forfaitaire annuelle de 150F. Le tarif de la consultation reste le même.

En 1999 paraît un arrêté visant à inciter à la transmission électronique des feuilles de soins, en rémunérant chaque FSE transmise à hauteur de 0,40F (+0,60F/feuille durant cette 1e année).

En janvier 2002 lors du passage à l'Euro, la consultation du médecin généraliste est à **17,50€**.

Juin 2002 : avenant à la convention de 1998, revalorisant la consultation à **20€**, la Sécurité Sociale demande aux médecins en contrepartie de limiter le nombre de visites et de prescrire plus de génériques pour financer l'augmentation des honoraires. Cet avenant note que cette convention s'applique à nouveau aux généralistes et aux spécialistes.

Février 2005 : nouvelle convention. La consultation reste à 20€. Apparition de la notion de "médecin traitant", (qui remplacera la notion de "médecin référent" après un arrêté en 2007), pour les patients à partir de 16 ans. Mise en place de la rémunération forfaitaire RMT pour les médecins traitants, à hauteur de 40€ annuel par patient en ALD.

Août 2006 : avenant qui valide l'augmentation de la consultation à **21€**.

Juillet 2007 : un nouvel avenant passe le tarif de la consultation à **22€**.

2009 : loi HPST, instaurant le CAPI, rémunération à la performance, auquel chaque médecin doit adhérer individuellement.

Mai 2010 : règlement arbitral prolongeant la convention modifiée de 2005 ; revalorisation de la consultation à **23€** à partir de **janvier 2011**.

Septembre 2011 : mise en application de la nouvelle convention. Le tarif de la C n'est pas modifié. Instauration de la ROSP, nouvelle rémunération à la performance, appliquée à l'ensemble des médecins conventionnés sauf notification de refus de leur part. Elle remplace la CAPI.

De 2012 à 2013, quelques avenants viennent étoffer cette convention.

Instauration de la MPA, rémunération forfaitaire de 5€ par consultation de patient de plus de 85 ans au 1er juillet 2013 puis de plus de 80 ans au 1er janvier 2014.

Instauration du FMT, rémunération forfaitaire versée au médecin traitant de 5€ par patient qui a déclaré un médecin traitant et qui n'est pas en ALD.

Octobre 2016 : signature de la nouvelle convention. La consultation passe à **25€** en **mai 2017**.

Extension du choix du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans dès 2018.

Création d'une nouvelle rémunération forfaitaire globale : MTF appliquée dès 2018. Elle évalue la complexité de la patientèle du médecin pour effectuer une rémunération proportionnelle selon ces critères :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) : 42 euros
- Patient de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) : 70 euros
- Autres patients : 5 euros

Suppression des forfaits FMT, RST, RMT à cette même période. MPA accordée uniquement aux médecins consultés qui ne sont pas le médecin traitant.

Dans la succession de ces conventions, on constate :

- les augmentations rapprochées du tarif de la consultation de la fin des années 70 jusqu'au milieu des années 80 ;

- dans les années 90, s'ajoutent des clauses encadrant les médecins, avec notamment des sanctions d'application en cas de non respect des recommandations. Ces conventions ont été annulées par le Conseil d'État peu de temps après. Cette période montre une vie conventionnelle assez chaotique, avec une classe politique qui essaie de réformer la convention, de façon à mettre sous contrôle la profession médicale libérale Cela se solde par un échec des conventions successives. C'est à partir de 2002 que la convention redevient plus consensuelle et s'applique aux généralistes et aux spécialistes.

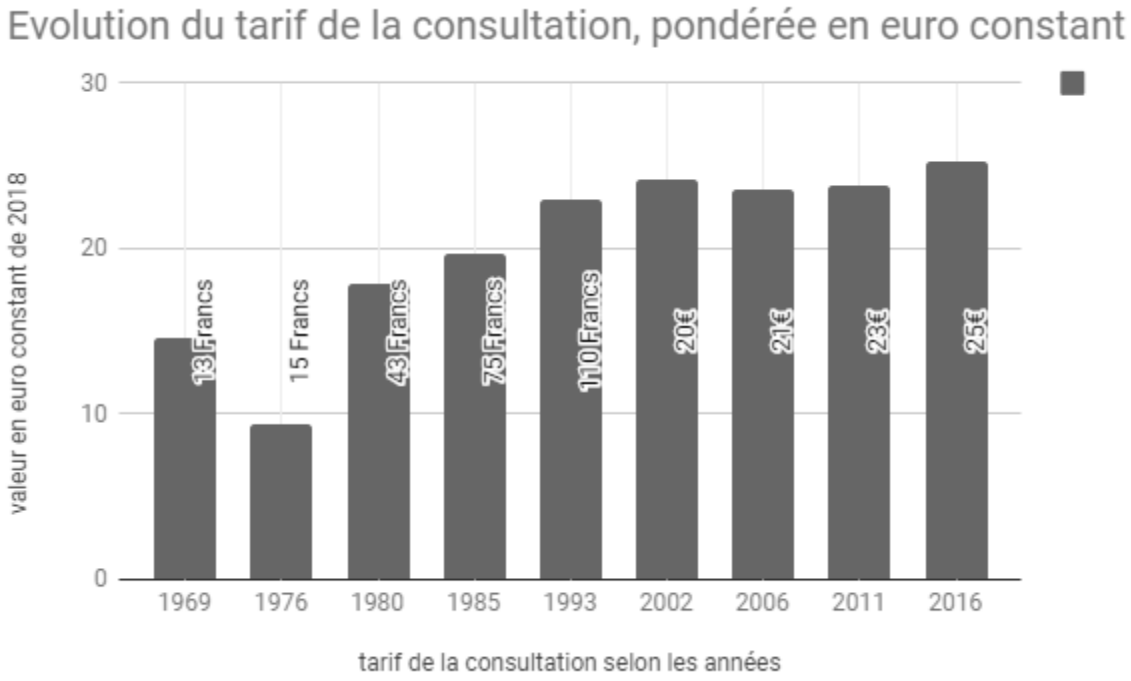
- A la fin des années 2000, plutôt que d'instaurer des sanctions, les conventions vont mettre en place des mesures financières incitatives à respecter les recommandations. Ainsi débute la CAPI, puis la ROSP.

  On voit également en 2011 que, devant la stabilité du tarif de la consultation, la convention vient ajouter des paiements forfaitaires par acte (MPA, FMT, MCG pour les généralistes, MPC pour les spécialistes) plutôt que d'afficher revalorisation du tarif de la consultation.

Les hausses de la valeur de la consultation peuvent paraître importantes, mais elles sont à remettre dans les contextes économiques de l'époque. Ainsi, les chocs

pétroliers en 1973 et 1976 ont provoqué une inflation massive qui a fait effondrer la valeur du franc de l'époque. Ainsi, pour mieux comprendre la valeur de la consultation, il faut prendre en compte l'**érosion monétaire liée à l'inflation**.

Ainsi, en pondérant la valeur de la Consultation avec cette érosion, on obtient le tableau suivant :



Ainsi, si les revalorisations du tarif de la consultation ont permis aux MG d'avoir un meilleur pouvoir d'achat entre 1976 et 1993, on peut voir qu'entre 1993 et 2011, malgré l'évolution du tarif de la consultation de 110 francs à 23 euros, le pouvoir d'achat en euros constants est resté quasiment le même. Les revalorisations conventionnelles ont donc tout juste permis aux revenus des MG de se maintenir en termes d'euros constants, afin de ne pas perdre en pouvoir d'achat.

Les augmentations de la consultation, permettant véritablement de revaloriser la rémunération des médecins, ont eu lieu entre 1980 et 1993, puis à la dernière convention en date en 2016.

SYNTHÈSE

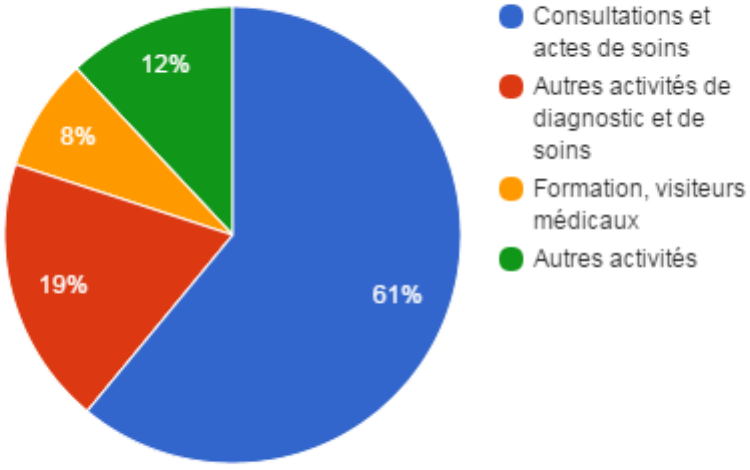
Les conventions médicales nationales fixent le tarif de la consultation de médecine générale depuis 1971. Elles encadrent les pratiques et déterminent la valeur des actes et des forfaits, en échange d'une prise en charge d'une partie des cotisations sociales des médecins adhérents. Leurs enchainements successifs ont complexifié la rémunération des médecins libéraux.

I.2 Analyse du temps de travail des MG libéraux : comment se compose-t-il ? Tous les temps de travail sont-ils rémunérés ?

Chez un praticien libéral, la rémunération annuelle est étroitement liée au nombre d'actes que le praticien effectue. Cela est lié au mode de rémunération principal du système de santé français : la rémunération à l'acte.

Combien d'heures faut-il travailler pour arriver à cette rémunération annuelle ?

Les données existantes sur le temps de travail des généralistes en 2009 [8] font état d'une moyenne estimée selon les études entre 53 et 60 heures par semaine pour les généralistes. La synthèse de ce travail hebdomadaire peut se résumer ainsi (en 2009) :



Les Consultations et actes de soins regroupent le temps de travail “médical”, pendant lequel le praticien effectue des actes rémunérés pour sa patientèle, au sein de son cabinet ou lors de visites à domicile.

Les Autres Activités de diagnostic et de soins regroupent :

- Les astreintes,
- Les conseils téléphoniques (temps moyen estimé 90min/semaine),
- Une activité salariée (à l’hôpital, en centre de soins, en maisons de retraite, en médecine scolaire…),
- Les consultations gratuites (le document rapporte qu’il n’y a pas de source récente pour évaluer ce temps de consultation)

La partie Formation, visiteurs médicaux regroupe :

- Le temps de formation médicale continue
- Le temps de Lecture de revues ou d’articles médicaux
- La réception des représentants de l’Assurance maladie
- La réception des visiteurs médicaux

Enfin, les Autres Activités regroupent :

- La tenue de l’agenda (prises de rendez-vous)
- L’entretien du cabinet
- Les tâches administratives : gestion du dossier médical (lecture des résultats d’examen, mise à jour des dossiers des patients, courriers aux confrères), gestion du dossier assurantiel (sécurité sociale) et des dossiers administratifs des patients (prises en charge ALD, bons de transport, dossiers COTOREP

(ancienne MDPH), télétransmissions), gestion du cabinet et de l'activité libérale (et au premier chef la comptabilité).

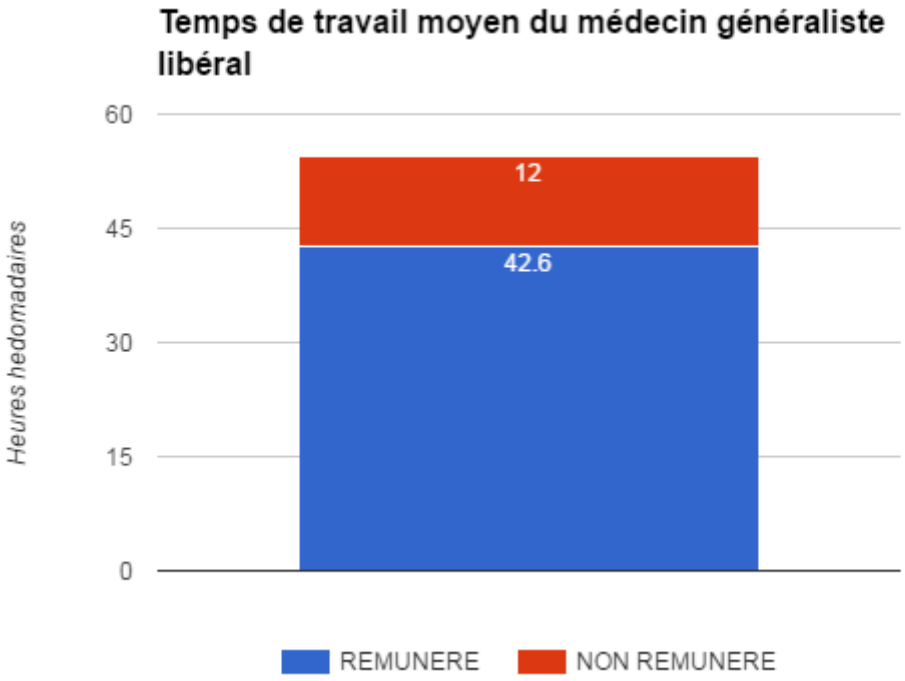
Ces données moyennes font état d'une activité variée, et que chacun adapte à sa façon. Un médecin sans secrétariat ou agent d'entretien, verra une plus grande partie de son temps prise par les Autres Activités, alors que certains médecins ont des activités médicales prépondérantes en dehors du cabinet.

Ces horaires sont aussi d'une grande disparité, certains médecins travaillant à mi-temps, moins de 30h/semaine, alors que d'autres travaillent 7j/7, pour plus de 70h/semaine [9].

Ces chiffres montrent tout de même une chose : sur les **54,6h hebdomadaires** en moyenne que travaille un médecin généraliste libéral, seules **61% sont dédiées aux actes de soins** en consultations et visites médicales. Cela représente 33h sur une semaine de 54,6h de travail.

Le **temps de travail administratif lui, représente 12% des horaires de travail** du médecin libéral.

En extrapolant ces chiffres, en associant le temps de formation médicale continue avec le travail rémunéré, et le temps de consultation gratuite ou de conseils téléphoniques avec le travail non rémunéré :



Soit plus d'1/5 du temps de travail des médecins généralistes dédiés à un temps de travail non rémunéré.

Dans un système de soins qui se base principalement sur le paiement à l'acte, on peut ainsi mieux comprendre la légitimité des rémunérations forfaitaires. Celles-ci permettent de "rémunérer" ce temps de travail administratif qui reste néanmoins indispensable pour la patientèle et pour le fonctionnement du cabinet médical.

SYNTHÈSE

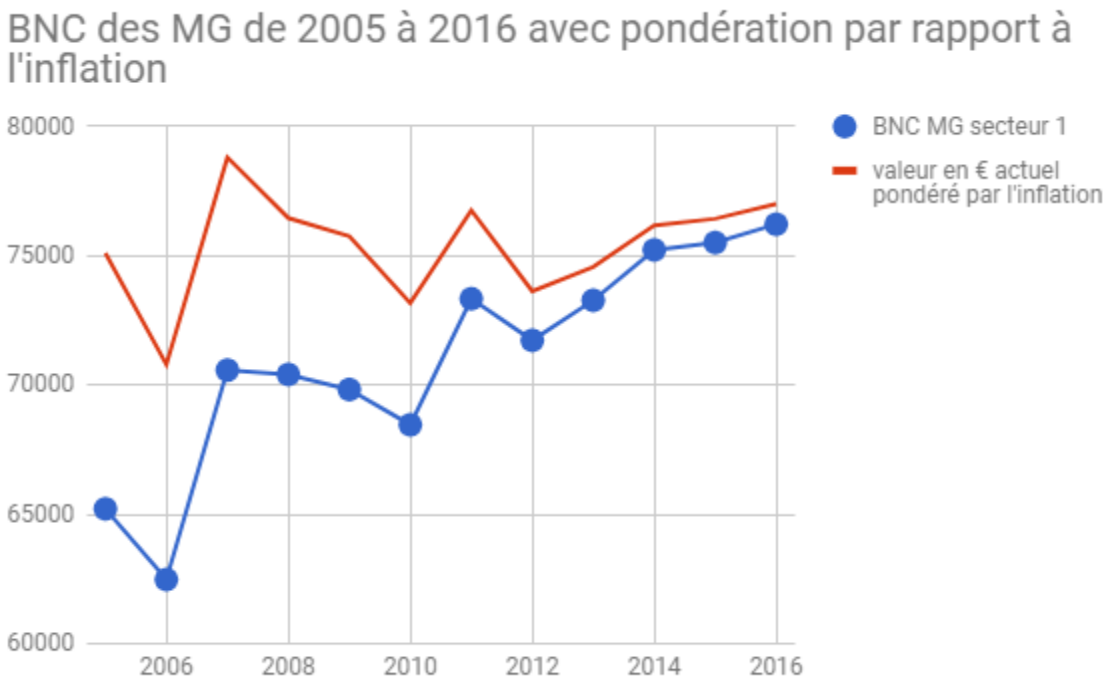
Le temps de travail des médecins ne se réduit pas à ses horaires de consultation : la formation, le travail dans des structures nécessitant un médecin, la gestion des dossiers ou les conseils par téléphone sont à prendre en compte : le paiement à l'acte ne semble plus parfaitement adapté à la médecine libérale actuelle.

I.3 Augmentation de la rémunération sans augmentation de la valeur de la consultation : impact sur les honoraires des médecins

Depuis la convention médicale de 2005 et les conventions ultérieures, le gouvernement a instauré une rémunération forfaitaire, versée directement par la sécurité sociale à chaque médecin, en fonction de sa patientèle, puis en fonction de certains indicateurs choisis par le gouvernement.

L'introduction de ce nouveau mode de rémunération a permis au gouvernement de justifier une lente augmentation du tarif de la consultation, voire sa non augmentation, en déclarant que ces rémunérations complémentaires avaient fait monter la rémunération globale des médecins.

Regardons l'évolution de la rémunération des médecins depuis 2005 :



A noter : le BNC correspond aux honoraires annuels, frais et charges déduites, avant imposition

D’après ces données, on peut tirer plusieurs conclusions :

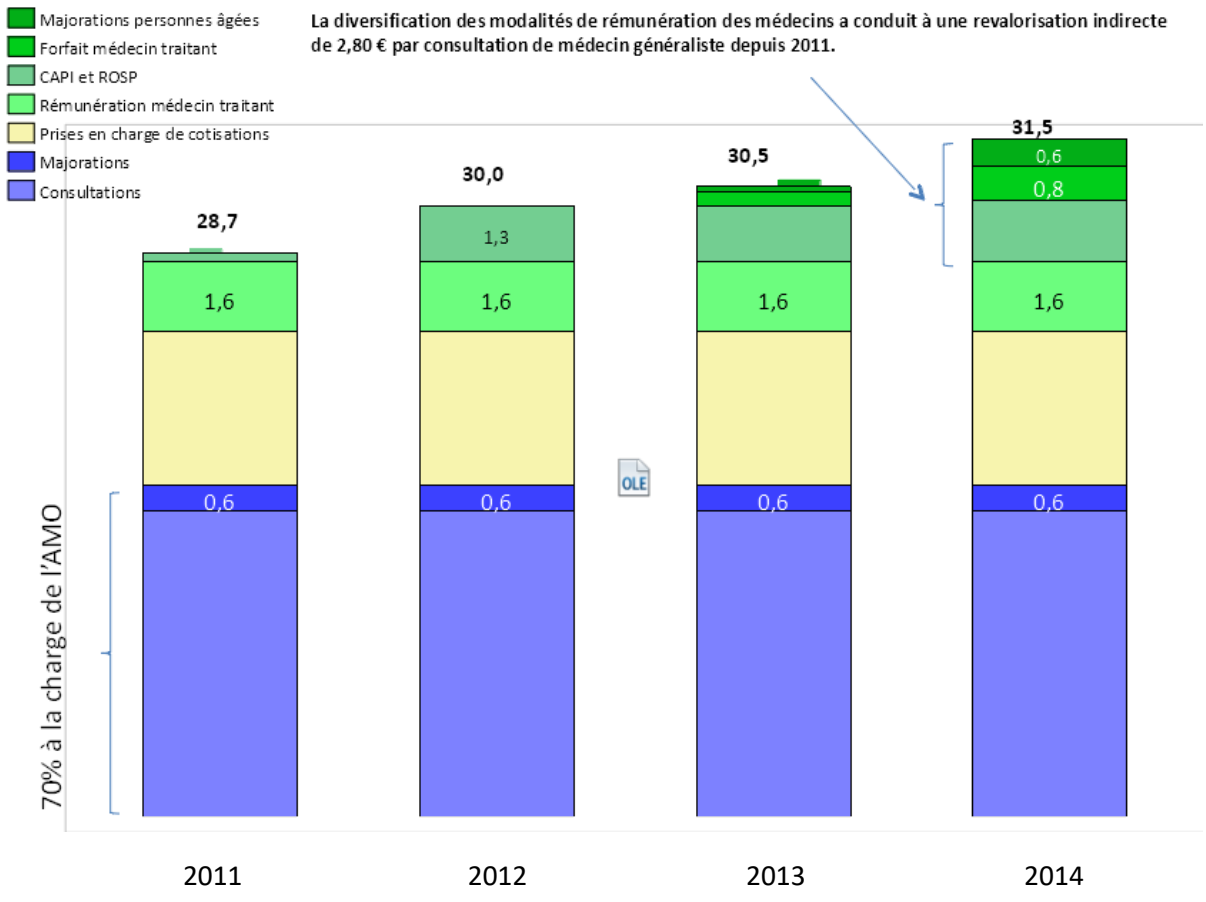
- les augmentations de BNC sont étroitement liées à l’augmentation de la valeur de la Consultation (augmentation de la C en 2006, 2007, 2010)
- depuis l’ajout de la ROSP, le BNC a augmenté régulièrement depuis 2013.
- malgré l’ajout de majorations du type RMT, CAPI, voire plus récemment FMT, MPA, le BNC n’a que très peu varié l’année suivant ces rémunérations. Pourtant, dans une patientèle de 800 personnes environ, qui contient en moyenne 20% de patients en ALD, le RMT, mis en place en 2005, rapporterait donc 6400€ en 2006. Cela ne se vérifie pas sur le graphique qui montre que le BNC a nettement chuté en 2006 ; bien que cela reste difficile à dire depuis 2013 et l’introduction de la ROSP qui a fait augmenter régulièrement le BNC. Quel est vraiment l’impact de ces rémunérations complémentaires sur les honoraires, et même, sont-elles systématiquement versées ?

SYNTHÈSE

Le BNC des MG a augmenté régulièrement si on s’en tient aux chiffres bruts. Il augmente principalement grâce aux revalorisations des consultations et plus récemment grâce à l’ajout de la ROSP. Mais cette augmentation des honoraires n’est pas systématiquement associée à une augmentation des revenus.

I.4 Négociations de la Convention Médicale de 2016 : opposition entre les chiffres avancés par le Ministère de la Santé et les syndicats.

En 2015, au cours de négociations tarifaires de la consultation de MG avec les syndicats, Nicolas Revel, directeur de l'Assurance Maladie, annonce le chiffre suivant : la consultation serait déjà actuellement à une valeur de 31,50€. Voici le graphique qui l'amène à cette conclusion :



[10]

Observons globalement les informations qui figurent sur ce graphique :

- il nous montre la stabilité du tarif conventionnel de la consultation de médecine générale depuis 2011 (soit 23€, non précisé sur ce document).
- il intègre la prise en charge des cotisations comme une plus-value de la consultation. On voit d'ailleurs qu'elle prend une grande importance dans la valeur de la consultation puisque c'est en proportion la 2è plus importante. Or la valeur n'est pas chiffrée.
- il ajoute le forfait médecin traitant (FMT), forfait global annuel de 5€ par patient ayant déclaré le MG comme son médecin traitant, ramené à sa valeur pour une consultation ponctuelle.
- le CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) devenu ROSP depuis 2011, rémunération annuelle globale sur objectifs, est ici ramenée au nombre de consultations effectuées dans l'année. Cela conduirait depuis 2012 à une plus-value de 1,3€ par consultation.
- puis la rémunération médecin traitant (RMT), qui permet une rémunération du médecin traitant en fonction des patients en ALD déclarés.
- en dernier s'ajoute la majoration personne âgée (MPA), plus-value de 5€ par consultation d'une personne âgée de 85 ans ou plus depuis 2011 (80 ans ou plus depuis 2014).

Face à ces chiffres, on peut se poser plusieurs questions :

1) - Sur quelle activité se basent-ils pour calculer le tarif d'une consultation ? Car pour obtenir une valeur de ROSP rajoutée à chaque consultation, il faut diviser le montant de la ROSP par le nombre d'actes annuels.

Selon la base de données Score-Santé [13], les médecins généralistes ont fait en moyenne 4969 actes annuels en 2012, 4989 en 2013. Malheureusement, les chiffres ne sont pas disponibles depuis 2014. Nous allons extrapoler le taux d'actes de 2013 pour l'année 2014, celui-ci variant finalement peu entre 2012 et 2013.

- De la même manière, quelle valeur de ROSP ont-ils utilisé pour faire ce calcul ? Si nous supposons qu'ils ont pris la ROSP moyenne annuelle versée aux MG on peut déjà voir une discordance. En effet, les chiffres de la ROSP ne sont pas fixes depuis 2012 comme ce graphique tend à le montrer. Le montant moyen de la ROSP s'élevait à 4982€ pour l'année 2012 [14], 5774€ pour l'année 2013 et 6264€ pour l'année 2014 [15].

Déjà avec ces 2 données, nous pouvons calculer la valeur moyenne de la ROSP/acte qui est de 1€ en 2012, 1,16€ en 2013 et 1,26€ en 2014. Nous tombons sur un nombre qui se rapproche de celui annoncé par le Ministère mais uniquement pour l'année 2014. On peut légitimement se demander comment ils ont réalisé leur calcul pour les années précédentes.

2) De la même façon, on peut se demander sur quelle patientèle sont basés les calculs du Ministère, puisque les FMT, RMT et MPA sont liés directement à la patientèle de chaque MT.

Pour ce qui est du RMT, la sécurité sociale fournit le nombre de patients en ALD par pathologie : 9 863 680 en 2014 [12]. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a recensé 58 671 médecins généralistes inscrits en activité régulière au 01/01/2014. Soit une moyenne de 168,1 patients en ALD par MT. Donc un RMT en moyenne de 6724€. Rapporté au nombre annuel d'actes vu plus haut : 1,40€/consultation.

Cette valeur, plus haute que celle fournie par le Ministère, peut s'expliquer ainsi : un seul patient peut avoir plusieurs pathologie ALD, et le médecin ne perçoit qu'une RMT quelque soit le nombre de pathologies en ALD de son patient ; donc, dans le calcul fait ici, la moyenne de patients en ALD est probablement plus basse, donc le RMT serait moins élevé.

La FMT est calculée suivant la patientèle globale du MT (864 patients en 2014, enfants non comptabilisés), auquel on soustrait le nombre de patients en ALD soit 696 patients. Le FMT s'élève donc en moyenne à 3480€. Rapporté au nombre annuel d'actes, cela revient donc à 0,7€/consultation. De la même façon que ci-dessus, cette valeur est un peu sous-estimée, car il y a probablement moins de patients en ALD par MT que le nombre calculé soit plus de patientèle prise en compte pour le versement de la RMT. Cela reste quand même beaucoup moins que les 1,6€ annoncés par le Ministère.

Enfin, il n'y a pas de chiffres officiels quant au nombre de patients âgés de plus de 80 ans consultant par médecin. Sur le graphique, la MPA semble avoir beaucoup augmenté entre 2013 et 2014, passant d'une valeur non définie à 0,6€ par consultation. Ce résultat paraît cohérent : ce n'est que depuis 2014 que le versement est généralisé à tous les MG pour chaque consultation d'une personne âgée de 80 ans ou plus.

3) On peut également se demander si la prise en charge des cotisations du praticien conventionné doit entrer dans le calcul du revenu moyen de la consultation de MG.

Cette prise en charge partielle des cotisations du MG est directement liée au conventionnement du MG qui fixe le taux de la consultation. C'est sur ce taux qu'est

calculé le remboursement de la consultation. Donc cette prise en charge des cotisations, c'est de l'argent non versé mais aussi non perçu par le MG.

Calculons à partir du revenu moyen des MG conventionnés en 2014 à combien s'élève la prise en charge des cotisations par la CPAM :

145 854€ de chiffre d'affaire annuel moyen moyen en 2014 pour un MG [16].

Les charges sociales s'élèvent à :

- 9,81% pour l'Assurance Maladie dont 9,70% de prise en charge CPAM donc 0,11% de reste à charge
- 5,25% pour les Allocations Familiales dont 2,90% pris en charge par la CPAM soit 2,10% de reste à charge
- les cotisations CSG-CRDS, CURPS et CFP, sans prise en charge CPAM [11]

La prise en charge des cotisations est de 12,6% soit 18 377,6€ en moyenne.

Rapporté au nombre d'actes en 2014 : 3,7€/consultation.

Or selon les chiffres fournis, le Ministère estime que la prise en charge des cotisations ajoute la valeur de 4,1€/consultation. Soit 10% de plus que le nombre calculé.

Après une rapide étude de ce graphique, en se basant sur les chiffres moyens officiels de 2014, on arrive à des calculs discordants avec les chiffres annoncés par le Ministère.

D’ailleurs, selon ce calcul, la consultation du MG au total est rémunérée :

23€ de valeur de la consultation

3,7€ de prise en charge des cotations

0,7€ de FMT (sous-estimée)

1,4€ de RMT (surestimée)

1,26€ de ROSP

0,6€ de MPA

=> 28,96€ soit 2,5 € de moins qu’annoncés par le Ministère

Enfin, une autre façon de calculer le tarif d’une consultation d’un MG, serait de prendre le chiffre d’affaire annuel moyen des MG (estimé à 145 854 € en 2014 [16]) et de le rapporter au nombre moyen d’actes annuels effectués (estimé à 4969 en 2014, comme vu précédemment), et en y ajoutant les cotisations sociales prises en charge par la convention (3,7€/consultation voir ci-dessus).

On obtient 33€ par consultation, ce qui est supérieur à tous les chiffres annoncés et calculés.

Mais il faut savoir que la chiffre d’affaire annuel prend en compte des temps de travails rémunérés où aucun acte n’est effectué (formation médicale dédommagée, prime d’astreinte, etc).

SYNTHÈSE

Les rémunérations complémentaires ont bien permis de revaloriser indirectement la consultation. Toutefois, les chiffres fournis par le Ministère de la Santé semblent discordants de nos calculs

II. COMMENT SE PLACER PAR RAPPORT À D'AUTRES SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS : comparaison avec le Royaume Uni et l'Allemagne

II.1 Quels sont les principaux systèmes de santé actuels ?

Comparer, cela impliquerait que le principe de fonctionnement des systèmes soit similaire. Or la politique de santé en Europe est propre à chaque pays. Ainsi, comparer le tarif de la consultation de médecine générale en France avec celle d'autres pays européens n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser.

Pour initier cette comparaison, revoyons les principaux modes de rémunérations utilisés par les différents pays concernant les MG :

- Le paiement à l'acte : rémunère le médecin pour chaque acte technique réalisé selon les cotations en vigueur
- La capitation : rémunération versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet pour une période donnée. La rémunération du médecin est forfaitaire et versée que le malade consulte une ou plusieurs fois ou non.
- Le salariat : rémunération fixe, quels que soient les actes ou l'activité

Globalement, on distingue 3 catégories de systèmes de santé, à partir de leur mode de financement :

- 1) Les pays disposant d'un service national de santé, où le système sanitaire est financé par les impôts (c'est le cas notamment pour le Royaume-Uni, l'Espagne, l'Italie et la Suède).
- 2) Les pays avec un système d'assurance-maladie obligatoire qui finance les dépenses de santé dans une très large mesure (c'est le cas notamment de l'Allemagne, de la France, de l'Autriche, de la Belgique, du Luxembourg, et des Pays-Bas).

- 3) Les pays où le système est financé par des assurances privées : les personnes adhèrent à une assurance-maladie privée, soit à titre individuel, soit par le biais des entreprises (c'est le cas notamment des États-Unis).

Pour se faire une idée, nous allons exposer la façon dont fonctionnent 2 pays voisins : la Grande-Bretagne, avec un système de santé publique, et l'Allemagne, avec un système de santé assurantiel.

II.2 Le Royaume-Uni

L'organisation du système de santé anglais repose sur le **National Health Service (NHS)**. La couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme, avec comme seul critère, la résidence au Royaume-Uni. Le système offre aux résidents un droit aux soins. (à la différence d'un système assurantiel qui offre un droit au remboursement des soins pris en charge).

Les patients doivent obligatoirement y déclarer un **General Practitioner (GP)**, l'équivalent de notre Médecin Traitant, avant d'aller consulter. Théoriquement, ils peuvent demander à n'importe quel GP d'être leur médecin traitant, mais en pratique, les GP qui prennent de nouveaux patients acceptent uniquement ceux qui sont aux environs directs du cabinet (système de maillage géographique très présent), en raison de leur mode de rémunération.

La NHS a mis en place une dispense d'avance de frais lors des consultations. Le temps d'attente pour une consultation peut être long : de quelques jours à une semaine. En cas d'urgence, le patient peut aller se faire soigner dans un dispensaire, cabinet médical sans rendez-vous, au prix d'une attente sur place relativement longue (quelques heures).

Dans la plupart de ces dispensaires, dont certains ouverts 24h/24, les soins ne sont donnés que par des infirmières, qui traitent des problèmes mineurs (état grippal, petite plaie,...). Si le problème est plus grave, l'infirmière pourra rediriger le patient vers un dispensaire où un médecin exerce, vers le service des urgences ou vers le médecin traitant du patient.

Les médecins généralistes sont les seuls accessibles directement, les patients doivent obligatoirement passer par eux pour aller voir un spécialiste.

Les médecins généralistes (recensés au nombre de 51000 en 2013) sont installés dans des cabinets de groupe. Ils ne donnent que très peu de visites. Les demandes de consultations sont croissantes, alors pour éviter d'allonger le temps d'attente, les médecins délèguent de plus de plus de tâches aux infirmières (21% en 1994 à 34% en 2006).

Dans ce système de santé, le médecin généraliste peut s'installer selon 3 façons :

- Médecins salariés de la NHS, leur salaire varie en fonction de l'âge et de l'expérience acquise. Leur rémunération annuelle moyenne en 2011 est de 56800£ (= 65287€ avec un taux de conversion de mai 2011) ce qui représente 1,8 fois le salaire moyen anglais. Leurs conditions de travail regroupent : 40h/semaine, 6 semaines de vacances par an (le nombre de jours de vacances augmentant avec l'ancienneté), 10j de formation payée/an, ils peuvent recevoir une majoration de salaire en fonction de leur lieu de travail (+2162£ à Londres depuis 2010). Ils n'ont pas de charges et leur responsabilité est endossée par la NHS ; ils représentent 18% des médecins généralistes conventionnés.
- Médecins libéraux, sous contrat avec la NHS, contrat négocié indépendamment avec chaque médecin, qui mentionne quelles seront ses pratiques (pédiatrie, actes de gynécologie, …), ils reçoivent une rémunération par la NHS également, mais sont libres de leurs horaires (50h/semaine en moyenne chez les hommes, 43h/semaine en moyenne chez les femmes) et de leurs temps de congé. Leur salaire varie également en fonction de l'âge et de l'expérience acquise. Leur rémunération moyenne en 2011 est de 102000£ (= 117241€ avec un taux de conversion de mai 2011) ce qui représente 3,3 fois le salaire moyen anglais. Ils représentent 82% des généralistes conventionnés.

- Médecins privés, ce sont des médecins qui ne sont ni salariés, ni en contrat avec la NHS. La NHS ne rémunère pas ces médecins, qui font payer la consultation à leurs patients. Ces patients peuvent être clients d'une assurance privée qui leur rembourse les frais. Ces médecins sont peu nombreux, moins de 1000 praticiens selon les derniers chiffres de la revue britannique "Independent Practitioner Today". Le prix de la consultation est fixé librement par chaque praticien, et peut aller de 40£ à plus de 200£. Leurs tarifs sont affichés sur leurs sites internet. Cette pratique trouve des patients qui ne se sentent pas à l'aise dans le système conventionné, réputé pour être très coercitif. Les patients s'y rendent pour obtenir ce qu'ils n'ont pas pu avoir avec leur médecin conventionné habituel (orientation vers un spécialiste, examen,...). En revanche, nous ne disposons pas de chiffre de rémunération pour ces médecins.

Pour faire une comparaison entre la France et l'Angleterre, il faut essayer de trouver l'équivalent du MG français avec les différents statuts de GP anglais.

Le médecin français ressemble au médecin privé, c'est à dire qu'il est indépendant de la Sécurité Sociale en terme de choix et de prescription, mais son tarif de consultation est imposé par les conventions signées avec le gouvernement, ce qui nous rapproche des médecins sous contrat avec la NHS.

De plus, le mode de rémunération britannique n'est pas basé sur un paiement à l'acte, mais sur un forfait avec des objectifs et un **paiement à la capitation** par rapport aux nombres de patients dans leur zone géographique. Ainsi, il n'y a pas à proprement

parler un “tarif de consultation” fixe en Grande-Bretagne, il s’agit plutôt d’estimation basée sur la rémunération des médecins généralistes par rapport aux taux de consultations.

Il est à noter qu’il y a des MG salariés en France. Ils ne sont pas comparables aux GP anglais : les anglais sont directement salariés de la NHS, alors que les français sont indépendants de la sécurité sociale, ils sont salariés des communes ou de structures de soins. On ne peut donc pas comparer les revenus d’un GP salarié de la NHS, dont on connaît le salaire net, avec les honoraires d’un MG français, qui, par définition, sont bruts.

II.3 L'Allemagne

L'organisation du système de santé allemand repose sur le **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**. Il s'agit du système des caisses d'assurance maladie, d'adhésion obligatoire pour une certaine catégorie de la population (salariés gagnant jusqu'à 54900€ brut/an, chômeurs, handicapés, artistes, journalistes, publicistes, retraités, agriculteurs, étudiants). Environ 90% de la population est assurée à travers les différentes caisses que regroupe le GKV (123 recensées en 2015). Ce système est financé principalement par les cotisations employeurs-employés à parts égales (14,6% quel que soit le montant du salaire brut).

Le reste de la population (soit les salariés gagnant plus de 54900€ brut/an, les travailleurs libéraux, les fonctionnaires) a la possibilité de souscrire à un système d'assurances privées, les ***Private Krankenversicherung*** **(PKV)**. Le montant des cotisations n'est pas basé sur le salaire mais sur l'âge, l'état de santé et les prestations demandées.

Quelques explications concernant le système allemand :

Cette "ouverture du marché" aux assurances privées a été établie par une loi gouvernementale de 1993 pour tenter de réguler la demande et l'offre de soins. Elle a été mise en place dès 1996, et 10% de la population environ a progressivement migré vers les PKV. Mais cela a fait émerger quelques biais en faveur des PKV : le tarif de cotisation de ces assurances étant basé sur l'âge et les comorbidités de l'adhérent, ce sont plutôt des jeunes actifs, moins lourds en termes de frais médicaux, qui souscrivent ces assurances, alors que la cotisation aux GKV est fixe, quel que soit l'état de santé de l'assuré.

*Alors en 2009, le gouvernement allemand a mis en place un fond de santé "**Gesundheitsfonds**". Il permet de centraliser l'ensemble des cotisations et recettes fiscales des assurés avant de reverser aux caisses des dotations standardisées en fonction du risque de leurs assurés. Les assurances, privées ou publiques, reçoivent donc une rémunération "moyennée" en fonction de la santé de leurs adhérents, pour permettre aux GKV de rester compétitives vis à vis des PKV.*

L'arrivée des PKV, l'instauration de plus de franchises dans les dépenses de santé et une restructuration des centres hospitaliers, a permis à l'Allemagne de faire passer les caisses d'assurances maladies en équilibre financier depuis 2004. Donc cette réforme a permis d'équilibrer les comptes allemands en 11 ans, voire même de les faire passer en excédent en 2013, ce qui a permis de faire une baisse des franchises instaurées 20 ans plus tôt.

Pour consulter, le patient peut choisir librement son praticien. Lorsque les soins sont dispensés par un médecin conventionné, le patient, assuré par une caisse d'assurance maladie n'a aucune avance de frais à effectuer. Les praticiens sont payés directement par la caisse d'assurance maladie. Il n'y a que 2% de médecins "privés" en Allemagne, qui ne se font pas directement régler par les caisses d'assurance maladie.

Les médecins généralistes conventionnés allemands sont en majorité installés en libéral (86%). Chaque médecin doit adhérer à une association collective de médecins (une par région, pour simplifier les démarches des médecins). Ces associations négocient avec les assurances maladies la valeur des actes au niveau national, grâce à une échelle de points. Ainsi, la rémunération des médecins généralistes est issue

d’un système qui emboîte un paiement à l’acte, dans un schéma global de capitation :

Les caisses d’assurances maladies versent aux unions collectives de médecins des enveloppes financières, sur le principe de la capitation (les sommes sont en fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Puis les unions redistribuent cette somme à chacun des médecins selon le nombre de points accumulés durant le trimestre.

Ainsi, la consultation en Allemagne n’a pas une valeur unique : elle est basée sur un système de points qui cotent les motifs de consultation, la durée de consultation ou les thèmes abordés au cours de la consultation. Et en fonction des trimestres et de l’activité globale des médecins généralistes, le tarif de la consultation peut varier afin de s’aligner par rapport au montant des enveloppes financières à redistribuer.

(À noter, ce système de paiement à l'activité est plafonné, et au-delà d’un certain nombre de consultations, le médecin n’est plus rémunéré par les caisses d’assurances).

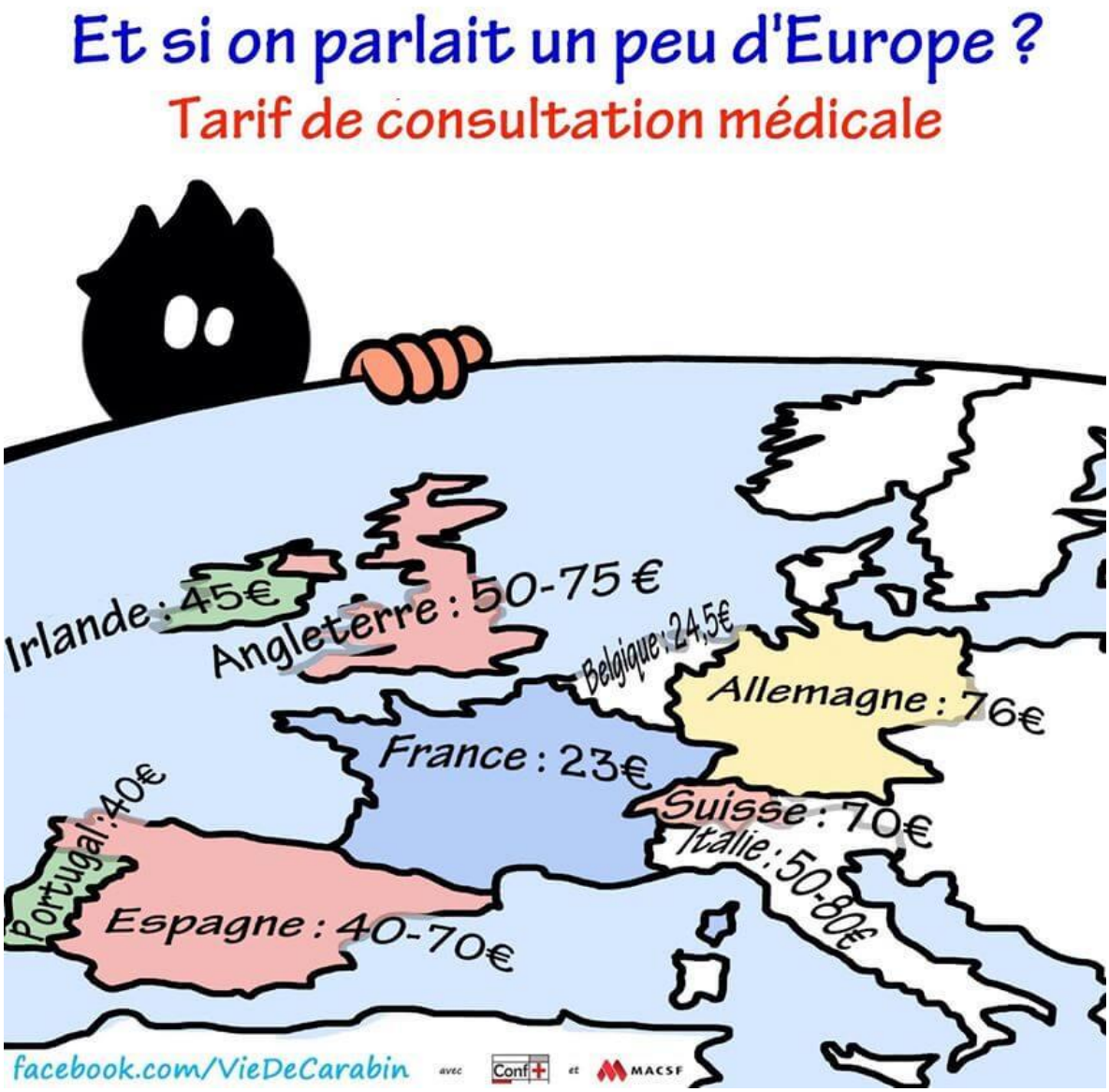
Les cabinets de consultations sont ouverts en journée. Ce sont en grande partie des centres de santé, qui regroupent plusieurs médecins généralistes, et des auxiliaires de santé pour les aider dans leur travail (travail administratif, préparation du matériel, aide à la réalisation de soins délégués, règlement, ...).

En dehors des périodes d’ouverture des cabinets, il y a un système de garde médicale pour assurer la continuité des soins primaires en ambulatoire.

La rémunération moyenne annuelle d’un médecin généraliste allemand était de 138000€ en 2011, ce qui représente 4 fois le salaire moyen allemand en 2011. Leur temps de travail hebdomadaire moyen est d’environ 58 heures.

Le médecin généraliste libéral français ressemble beaucoup en pratique à son confrère allemand, il est indépendant des caisses d'assurances. En revanche, le tarif de consultation est fixe en France, alors qu'en Allemagne, il varie selon les motifs de consultation, le temps de consultation, et la période de l'année (plus ou moins propice aux consultations).

II.4 Conclusion

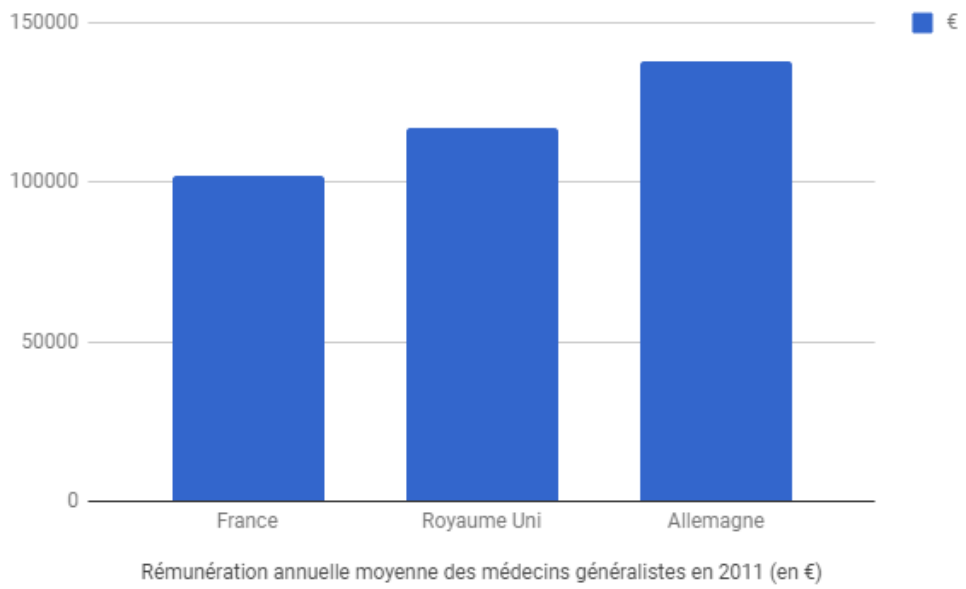


[25]

Ce genre d'illustration, bien que très claire et très "tape à l'œil", n'est pourtant pas juste. Elle ne prend pas du tout en cas les différences et les complexités des systèmes de santé européens. La plupart des pays de cette illustration (Angleterre, Allemagne, Espagne, Italie, Portugal) ont un système de tiers payant.

Les tarifs annoncés sur cette illustration ne concernent que des consultations avec des médecins privés. Or, cette illustration les compare avec le tarif d'une consultation conventionnée en France.

Ainsi, nous pouvons nous fier plus simplement aux rémunérations annuelles des médecins généralistes libéraux conventionnés de France, du Royaume-Uni et d'Allemagne, afin de comparer leurs honoraires, selon les données de l'OCDE [26] :



Rémunération annuelle moyenne des médecins généralistes en 2011 (en €)

Ces honoraires sont à prendre en compte en fonction du temps de travail hebdomadaire moyen des médecins généralistes libéraux suivant leur pays :

- 46,5h au Royaume-Uni (43h chez les femmes et 50h chez les hommes)
- 56,5h en France (53h à 60h selon l'étude de l'IRDES vue précédemment)
- 58h en Allemagne

SYNTHÈSE

Bien qu'il soit difficile d'affirmer que le tarif de consultation est plus élevé au Royaume Uni et en Allemagne qu'en France, les revenus des médecins généralistes libéraux, eux, sont affirmativement plus élevés, notamment rapportés au temps de travail.

III. PERSPECTIVES D’AVENIR

III.1 La convention de 2016 : modifications apportées à la pratique de la MG libérale

La Convention de 2016 est l'aboutissement de négociations entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, représentés par les 5 syndicats représentatifs des médecins libéraux aux dernières élections URPS (en 2016 : MG France, CSMF, FMF, Le BLOC et le SML).

Les principales revendications commencent fin 2014 : à cette époque, la Ministre de la Santé, Madame Marisol Touraine, annonce une loi santé avec la mise en place du tiers payant généralisé pour les consultations de médecine libérale. Cette annonce a provoqué de vives protestations chez les médecins libéraux, qui ont lancé des mouvements de grève à plusieurs reprises, en décembre 2014, mars 2015, et octobre 2015. Lors de ces protestations, les médecins ont répondu avec des revendications, notamment celle de revaloriser la valeur de la consultation, qui était fixe depuis 2011. Initialement, le directeur de l'Assurance Maladie Nicolas Revel n'entendait pas revaloriser le tarif de la consultation et comptait porter l'effort financier sur les consultation complexes) [10]. C'est au cours des négociations de la Convention médicale de 2016 que l'Assurance Maladie accepte de revaloriser la consultation pour les MG conventionnés. Cette revalorisation, C+MMG (majoration médecin généraliste) de 2€, porte la consultation à 25€, et créé une nouvelle cotation G pour la consultation du MG. Le tarif de la consultation des médecins spécialistes n'est pas modifié (C+ MPC = 25€) depuis 2011.

Cette mesure s'accompagne d'un échelonnage tarifaire des consultations plus complexes, que nous allons détailler. La Convention a également changé certains critères de la ROSP et a créé un Forfait Structure ainsi qu'un Forfait Patientèle

Médecin Traitant. Nous verrons également comment ces rémunérations forfaitaires sont composées.

1) Changement de la rémunération des actes, apparition de nouvelles cotations :

ancienne nomenclature	tarif antérieur	nouvelle nomenclature	tarif au **01/05/17**	tarif au **01/07/17**	tarif au **01/11/17**
C(S)	23€	G(S)	25€		
V(S) + MD	23 + 10€	VG(S) + MD	25 + 10€		
MCG	3€	inchangée		5€	
MNO/MGE	5/3€	MEG (+G)	5€		
C+MNO+FPE	33€	COE	39€		46€
		CCP			46€
		CSO			46€ (2/an)
		MTX (+G)			30€
VL + MD	46 + 10€ (1/an)	inchangée			60 + 10€ (3/an)
		MUT (+G)			5€
		MRT (+G)			15€

On peut d'abord noter que la modification tarifaire ne s'est pas faite en un temps, mais a été étalée sur six mois.

L'acte de consultation "C", devient "G", et augmente de 2€ ; comme la visite "V". (le (S) signifie « Spécialiste »).

On note l'harmonisation du tarif des enfants de moins de 6 ans (auparavant Majoration du Nourrisson avant 24 mois, et Majoration Grand Enfant entre 25 mois et 6ans), pour lesquels la majoration passe à 5€ (Majoration Enfant pour les Généralistes).

La Majoration de Coordination du Généraliste (MCG) s'applique pour les patients qui ne consultent pas leur médecin traitant ; mais dans des conditions plus restrictives que pour le médecin spécialiste (patient hors résidence habituelle, patient adressé par son médecin traitant, toujours sous condition d'adresser un retour écrit au médecin traitant). Cette cotation augmente de 2€.

On voit l'apparition de nouvelles cotations, pour des consultations ciblées, dont la valeur de l'acte d'une consultation ne permettait pas de répondre financièrement au temps investi et aux compétences déployées dans ces consultations. Ces cotations sont :

- la Consultation Obligatoire de l'Enfant (COE), qui avait auparavant une cotation un peu plus spécifique que la consultation classique de l'enfant, mais qui restait peu rémunérée. Ayant lieu au 8e jour, 9e mois et 24e mois, elle doit aboutir au remplissage du CERFA correspondant, à retourner à la PMI départementale.
- la Consultation Contraception Prévention (CCP), concerne les jeunes filles de 15 à 18 ans. Il s'agit d'une nouvelle cotation apparue lors de cette convention. Valable 1 fois par patiente uniquement.
- la Cotation de Suivi de l'Obésité (ancien CSO, nouvelle nomenclature : CCX depuis janvier 2018) concerne les enfants de 3 à 12 ans avec un risque avéré d'obésité sur la courbe d'IMC. Valable 2 fois par an.

Ces 3 nouvelles cotations permettent de répondre à des objectifs de santés publiques, et sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie (en tiers payant comme en remboursement).

On note également la revalorisation de la Visite Longue (VL). Applicable aux patients en ALD, quel que soit leur âge, atteint de pathologie neurodégénérative (démence, SLA, SEP, Parkinson,...) lors des visites à domicile, si possible en présence d'un aidant habituel (mais présence non obligatoire) et pouvant être désormais cotée 3 fois par an.

Apparition d'une cotation (MTX) destinée à l'information et à l'organisation de la prise en charge d'un patient lors d'une consultation d'annonce pour une pathologie grave (cancer, maladie neurodégénérative, VIH).

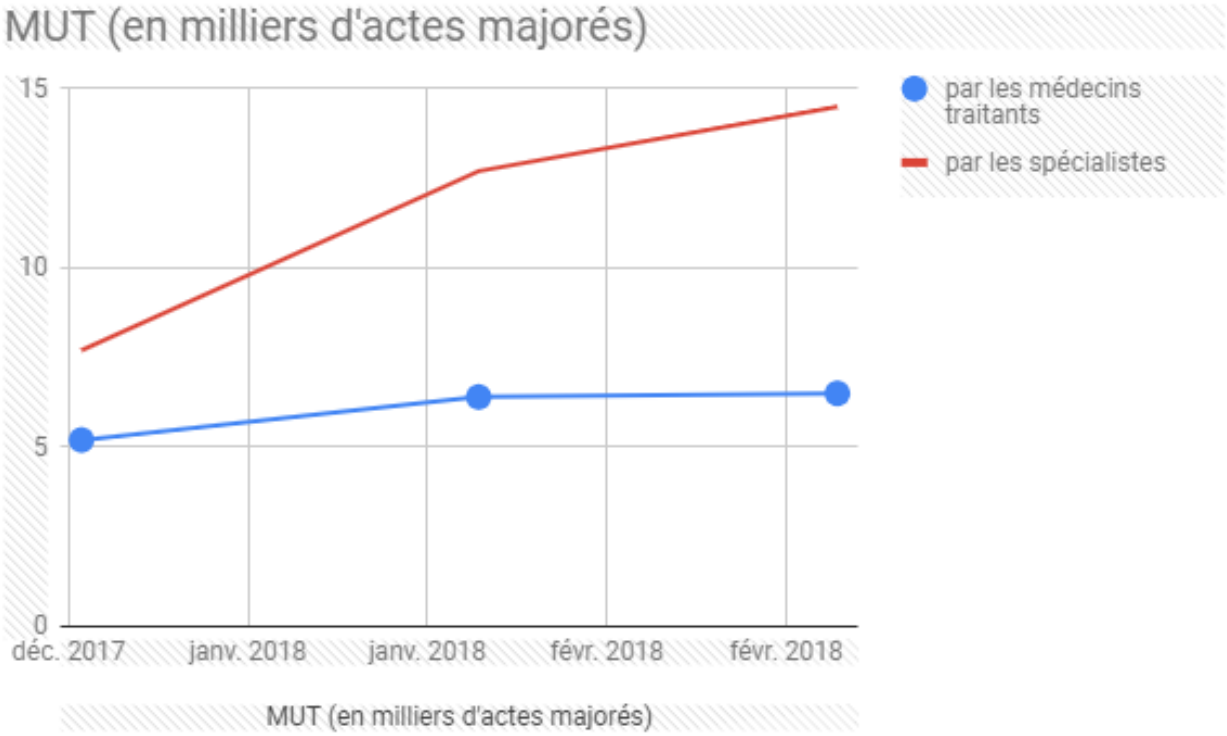
Apparition de cotations destinées à mieux rémunérer les consultations urgentes dans les horaires d'ouvertures des cabinets :

- Majoration d'Urgence du médecin Traitant (MUT) majore la rémunération d'une consultation quand ce dernier obtient un rendez-vous chez un correspondant dans les 48h
- Majoration Régulation médecin Traitant (RMT) valorise les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels (centre 15)

Ces cotations sont à ajouter à la consultation de base, mais peuvent aussi être cotées en visite, ou bien appliquées aux enfants.

Ces revalorisations tarifaires, bien que conséquentes, concernent des consultations complexes qui sont rares en pratique pour un MG. Au contraire de l'acte consultation « simple » qui est le quotidien du MG.

Par exemple, pour la cotation MUT, elle est appliquée 2 à 3 fois plus par les médecins spécialistes que par les médecins généralistes qui adressent à ces spécialistes :



2) Modifications de la ROSP : ajout et retrait de critères

La ROSP est une rémunération forfaitaire, complémentaire du paiement à l'acte. Elle attribue un certain nombre de points permettant d'évaluer la qualité de la pratique de chaque médecin.

Auparavant, la ROSP comportait 4 catégories pour un total de 29 indicateurs (dont 24 indicateurs de pratique clinique) pour un total de 1300 points :

- les indicateurs d'organisation du cabinet
- les indicateurs de suivi des pathologies chroniques
- les indicateurs de prévention et de santé publique
- les indicateurs d'efficience

La ROSP ayant été instaurée en 2011, le bilan de la ROSP à 5 ans fait par l'Assurance Maladie a conclu à une évolution statistique des pratiques. Cette évolution, considérée comme satisfaisante par l'Assurance Maladie, a conduit à des modifications de la ROSP. Avec la Convention de 2016, la ROSP se recentre sur des indicateurs de pratique clinique des médecins, sans prendre en compte l'organisation du cabinet, qui fera l'objet d'une autre rémunération forfaitaire. Elle comporte désormais 29 indicateurs de pratique clinique. Cette refonte de la ROSP est dorénavant basée sur 940 points (il est prévu un complément de critères "à définir" pour porter la ROSP à 1000 points). La valeur d'un point de ROSP n'a pas changé, et est fixée à 7€.

3) Le Forfait Structure : une aide pour l'investissement dans le cabinet médical

Ce nouveau forfait comporte 10 indicateurs, dont les 5 premiers prérequis pour en bénéficier sont les 5 indicateurs précédemment présents dans la ROSP de 2011. En voici les indicateurs :

Engagements : indicateurs		Nombres de points		
		2017	2018	2019
VOLET 1 PRÉREQUIS (doivent être atteints pour déclencher le volet 2)	1 : disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS, compatible DMP	**175**	**230**	**280**
	2 : utilisation d'une messagerie sécurisée de santé			
	3 : version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			
	4 : taux de télétransmission > ou égal à 2/3			
	5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé			
VOLET 2 (uniquement si volet 1 atteint)	1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	20	60	90
	2 : capacité à coder certaines données médicales	10	20	50
	3 : démarche de prise en charge coordonnée	15	40	60
	4 : amélioration des services offerts aux patients	20	80	130
	5 : encadrement des jeunes étudiants en médecine	10	30	50
	Total Volet 2	75	230	380
TOTAL FORFAIT STRUCTURE		**250**	**460**	**660**

Le total de points des 10 indicateurs est égal à 250 pour 2017, croissant jusqu'en 2019 pour un maximum de 660 points. La valeur d'un point de Forfait Structure, comme la ROSP, est fixé à 7€.

On note une différence avec les indicateurs d'organisation du cabinet de la ROSP de 2011, qui accordait 400 points pour le premier volet.

4) Le Forfait Patientèle: vers une simplification des précédents paiements forfaitaires

Depuis l'instauration de rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance Maladie depuis 2005, on en dénombrait pas moins de 4 différentes :
la RMT, la FMT, la RST, la MPA.
Ces rémunérations pouvaient correspondre à un indicateur annuel (RMT, FMT, RST) ou à un indicateur à chaque consultation (MPA). Pour autant, elles ne prenaient pas parfaitement en compte la complexité de la patientèle de chaque médecin.
Ce nouveau Forfait Patientèle fonctionne sur le principe d'une valorisation forfaitaire qui intègre la complexité de la prise en charge de la patientèle.
On y retrouve des rémunérations spécifiques à chaque patient :

- Patient 7-79 ans, hors ALD : 5€
- Enfant 0-6 ans : 6€
- Patient ALD ou Patient 80 ans et plus : 42€
- Patient ALD ayant 80 ans et plus : 70€

Ce forfait sera fixe quel que soit le nombre de consultations, en fonction de la patientèle déclarée au 31/12 de l'année précédente.
Par ailleurs, ce forfait sera majoré quand le médecin a, dans sa patientèle, un pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU-C supérieur à la moyenne nationale (7%).
Ce Forfait Patientèle se veut mieux refléter la patientèle de chaque médecin en fonction de son âge, ses pathologies, sa précarité.

A noter, la MPA existe toujours, et reste une majoration ponctuelle pour les consultations de personnes âgées de plus de 80, mais versée au médecin consulté quand celui-ci n'est pas le médecin traitant.

5) Quelles seront les conséquences de cette Convention en matière de rémunération ?

- Comme après chaque revalorisation de la valeur de la consultation, nous pourrons probablement observer une augmentation du BNC des médecins généralistes, durant l'année pleine qui suit la modification de cette valeur (la consultation ayant été revalorisée en mai 2017, l'impact sera probablement mieux visible sur le BNC 2019 concernant les honoraires de 2018).
- Nous avions constaté que le BNC des MG augmentait de façon progressive mais régulière depuis l'instauration de la ROSP. Or avec les modifications apportées avec cette Convention, la ROSP aura désormais moins de points (940 en 2017 contre 1300 en 2016). Il faudra donc s'attendre à une ROSP environ 27% moins élevée pour 2017.

Même en tenant compte du premier volet du Forfait Structure, auparavant présent dans la ROSP, qui représente 175 points, la ROSP 2017 et le volet 1 du Forfait Structure représentent 1115 points.

On note que l'Assurance Maladie avait anticipé cela en inscrivant dans la Convention une Clause de sauvegarde ROSP la première année de la Convention : "si le montant global de la rémunération versée au titre de la ROSP 2017 est inférieur de plus de 10 % au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de leur

rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017". L'Assurance Maladie s'est engagée à verser la même somme de ROSP qu'en 2016.

L'impact du forfait structure reste à déterminer. Le 1er volet, portant sur l'organisation du cabinet, est désormais considéré comme "intégré" pour l'Assurance Maladie, et sa proportion dans la rémunération a faibli (400 points de 2011 à 2016, contre 175 pour 2017, jusqu'à 280 en 2019) soit 30% moins d'impact dans la rémunération en 2019.

Le volet 2 cible des critères très particuliers, que ne pourront pas remplir tous les médecins. Les critères 2, 3, 4 et 5 sont déclaratifs mais reposent sur la fourniture de justificatifs permettant d'attester leur réalisation.

• Les critères 1 et 2 ciblent uniquement des compétences informatiques.

• Le 3e critère demande de justifier une activité de prise en charge coordonnée dans une maison de santé pluridisciplinaire, ou dans un pôle de santé ou de participer à des réunions de concertation pluridisciplinaires.

• Le 4e critère demande de justifier les fonctions de coordination du personnel du cabinet (avec l'appui du contrat de travail) ou une attestation de recours à des structures d'appui.

• Le 5e critère favorise l'encadrement des étudiants en médecins (externes ou internes), sous réserve de transmettre la Convention de Stage.

Pour ce 2e volet du Forfait Structure, on voit que la cotation a été volontairement basse pour 2017, année de son instauration, mais qu'elle va rapidement monter pour mieux rémunérer les praticiens qui y répondront.

Au total, le forfait structure se voit augmenter de 84% en 2018 (460 points) puis encore de 43% pour 2019 (660 points). Il faudra probablement attendre les chiffres des indicateurs pour voir le véritable impact sur la rémunération de ce volet 2 du Forfait Structure.

- Pour le forfait patientèle, son montant moyen est estimé selon l'Assurance Maladie à 14640€ par médecin. En se basant sur le nombre moyen d'actes annuels réalisés par les médecins généralistes en 2014, on arrive à une valeur ajoutée d'environ 3€ par consultation.

Reprenons les calculs sur les chiffres avancés par le Ministère concernant la Convention 2016 (vu au I.4 page...). Selon nos calculs, les forfaits (MPA, FMT, RMT, RST) ajoutaient une valeur d'environ 2,20€ à la consultation, alors que selon les calculs de l'Assurance Maladie, cet ajout était d'environ 3€ par consultation.
Donc avec ce nouveau Forfait Patientèle, on arrive au mieux, à une amélioration du revenu concernant ce regroupement de forfaits, ou au pire, à un revenu équivalent.

SYNTHÈSE
La Convention Médicale de 2016 a accordé une revalorisation du tarif de la consultation aux médecins. En revanche, les forfaits qui y ont été définis, ne sont que des réorganisations des précédents forfaits existants, sans valorisation franche visible à ce jour, voire même une diminution financière de la ROSP 2017 (et de celles à venir ?).

III.2 Réformes à venir

La Convention 2016 s'est négociée avec les syndicats majoritaires, dont voici le résultat des élections professionnelles de 2015, sur 116 258 électeurs potentiels :

Syndicats	Voix obtenues par les syndicats en 2015
CSMF	**10 811**
FMF	**9 658**
SML	**8 436**
MG	**7 317**
Le Bloc	**4 647**
Total	**40 869**

En pourcentages de voix exprimées :

2015	NATIONAL	COLLEGE 1 Généralistes	COLLEGE 2 et 3 Chirurgiens et spécialistes
CSMF	25,40%	20,25%	32,85%
FMF	22,69%	27,62%	17,29%
Le Bloc	10,92%		25,11%
MG France	17,19%	31,29%	
SML	19,82%	16,49%	24,75%
FMF+BLOC+MGF	49,80%	58,91%	42,40%
CSMF+SML	45,22%	35,74%	57,59%

Initialement, la Convention de 2016 a été signée en août 2016 par 3 syndicats sur cinq : MG France, FMF, Le BLOC.

La décision de signature a été prise facilement par les assemblées générales du Bloc et de MG-France.

Elle a été prise difficilement à une courte majorité au sein de la FMF et rejetée par les assemblées de la CSMF et du SML, les médecins spécialistes désapprouvant l'effort plus important mis sur les honoraires des médecins généralistes malgré les tarifs des actes complexes concernant plus souvent les médecins spécialistes.

Total signataires 2016 : 21 622

Total non signataires 2016 : 19 247

La Convention a donc débuté avec 3 syndicats alors qu'elle avait été négociée par tous.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que la signature conventionnelle est une source de financement de « formation conventionnelle » uniquement pour les syndicats signataires et cela représente des sommes non négligeables comme le montre le tableau suivant :

25 % de la somme totale est divisée par tous les syndicats en parts égales, le reste en fonction du nombre de sièges en commissions conventionnelles. 1 siège = 168 750 €						
Syndicat	MGF	SML	FMF	CSMF	BLOC	TOTAL
Organisme de formation	MG Form	AFML	A2FM		FormACO	
Sièges	**2**	**2**	**3**	**3**	**2**	**12**
⅕ en part égale	135 000€	135 000€	135 000€	135 000€	135 000€	675 000€
Reste aux sièges	337 500€	337 500€	506 250€	506 250€	337 500€	2 025 000€
Dotation	472 500€	472 500€	641 250€	641 250€	472 500€	2 700 000€
par électeur	65€	56€	66€	59€	102€	

La CSMF et le SML ont ainsi « perdu » deux années de financement en retardant leur signature de deux ans.

Le SML a ratifié la convention le 6 janvier 2018. La CSMF en mai 2018.

Quelles ont été leurs revendications ? Quels changements peuvent-ils encore apporter à la Convention 2016 ?

● A la suite de la ratification de la Convention médicale de 2016 avec 3 syndicats, le SML dénonçait l'inégalité tarifaire entre les médecins de secteur 1 et secteur 2.
En effet, la Convention acceptée entend limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par certains praticiens de secteur 2, en leur proposant un contrat (OPTAM), qui les engage à plafonner ces dépassements.
Pour les médecins signataires de ce contrat, leurs patients seront remboursés sur la base des nouveaux tarifs fixés par la Convention. Alors que pour les patients des médecins n'ayant pas accepté ce contrat, ils seront remboursés selon les taux de la précédente Convention.
Le SML dénonçait également la faible revalorisation de la valeur de la Consultation, allant jusqu'à affirmer qu'il s'agit "de la consultation [...] la moins chère au monde".

Finalement le SML s'est rallié à la Convention à la suite du changement de politique de santé mené en premier lieu par Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn.
En ratifiant la Convention, le SML espère avoir une voix mieux entendue lors des négociations avec l'Assurance Maladie pour "peser sur les prochaines négociations relatives au dispositif de compensation de la hausse de la CSG et à la télémédecine" selon Philippe Vermesch, président du SML.

● La CSMF quant à elle, a continué de négocier la Convention avec l'Assurance Maladie.

Elle revendiquait principalement :

- un encadrement conventionnel de la télémédecine avec la création de cotations spécifiques.
- l'élargissement de l'application de certaines cotations à des spécialités qui n'étaient pas concernées ou à des pathologies qui n'étaient pas mentionnées.
- une revalorisation des actes techniques des médecins libéraux dans les DOM
- la suppression de l'article 99 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2017 (article qui permet au directeur de l'Assurance Maladie de fixer unilatéralement des tarifs d'actes radiologiques sans passer par les négociations conventionnelles).

Ainsi, les négociations entre la CSMF et l'Assurance Maladie se sont poursuivies et certains points se sont vus acceptés :

- élargissement de la téléconsultation à tous les patients à partir du 15 septembre 2018
- ajout de cotations (consultation de prise en charge annuelle d'un enfant autiste par un pédiatre ou un psychiatre ; consultation de repérage des troubles du spectre autistique réalisée par un pédiatre ou un psychiatre ; consultation d'information et de mise en place d'une stratégie pour les patients atteints de la maladie de Parkinson ; consultation initiale par un dermatologue de mise en place de stratégie thérapeutique pour un patient atteint de psoriasis ; consultation initiale pour anisocorie diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine oncogène par un ophtalmologue ; extension de la cotation Visite Longue aux visites réalisées par les médecins traitants

aux patients en soins palliatifs et pour le changement de médecin traitant d'un patient de plus de 80 ans ou en ALD ayant des difficultés à se déplacer).

- mise en place d'un groupe de travail sur les surcoûts de la pratique dans les DOM

Qu'ont obtenu ces deux syndicats à retarder leur ratification : beaucoup à les entendre, rien de plus à écouter les syndicats concurrents puisque la vie conventionnelle fait évoluer régulièrement le texte. Leur retour s'est fait à l'occasion de l'Avenant 6, qui marque notamment les cotations de la Télémédecine, soutenue par tous les syndicats, et des revalorisations des actes complexes répondant aux demandes des uns et des autres. [10] [29]

SYNTHÈSE

La Convention Médicale actuelle a été signée le 26 août 2016 par 3 syndicats, représentant 49,80 % des médecins libéraux lors des élections professionnelles de 2015 : la FMF, MG-France et Le Bloc, particulièrement bien implantés chez les Généralistes et les Chirurgiens. La CSMF et le SML (45,22%), majoritaires chez les autres spécialistes ont rejoint la Convention début 2018. C'est ainsi l'ensemble des 5 syndicats représentatifs des médecins qui gèrent désormais la Convention Médicale avec l'Assurance Maladie et continueront de la faire évoluer.

III.3 Quelles autres pistes d'évolution possibles et souhaitables ?

Il n'est pas facile de prévoir les évolutions de la Convention. Entre les revendications des syndicats, et la volonté du gouvernement de limiter les dépenses de la Sécurité Sociale, les possibilités restent minces.

Les revendications des syndicats se basent sur le modèle conventionnel actuel, de paiement à l'acte. On peut les classer selon différentes catégories (non exhaustive) :

- **la revalorisation des actes** : MG France demande une consultation à 28€, la FMF demande 4 niveaux de rémunération de consultation, et le SNJMG demande un alignement de la rémunération horaire des médecins libéraux sur celle des médecins conseils de l'assurance maladie.

La revalorisation des actes apparaît comme un point névralgique des négociations conventionnelles. Malgré les rémunérations forfaitaires amenées par la convention, la rémunération des médecins généralistes restent essentiellement basées sur le tarif des actes. Et, comparativement aux pays d'Europe du Nord, la France est parmi les derniers pays en termes de rémunération des médecins généralistes :

- **la création d'un secteur conventionnel unique**, avec une liberté tarifaire.

- **un allègement du temps de travail administratif au profit du temps de soin** : allègement des contraintes administratives et bureaucratiques, et même une

rémunération de chacune de ces démarches lorsqu'elles sont à la demande de la Sécurité Sociale.

- le SNJMG propose une **diversification des modes de rémunération**, (actes, forfaits, dotation de fonctionnement) qui ressemble à ce qui a été mis en place dans la Convention de 2016 (revalorisation des actes, forfait patientèle, forfait structure, ROSP).

SYNTHÈSE

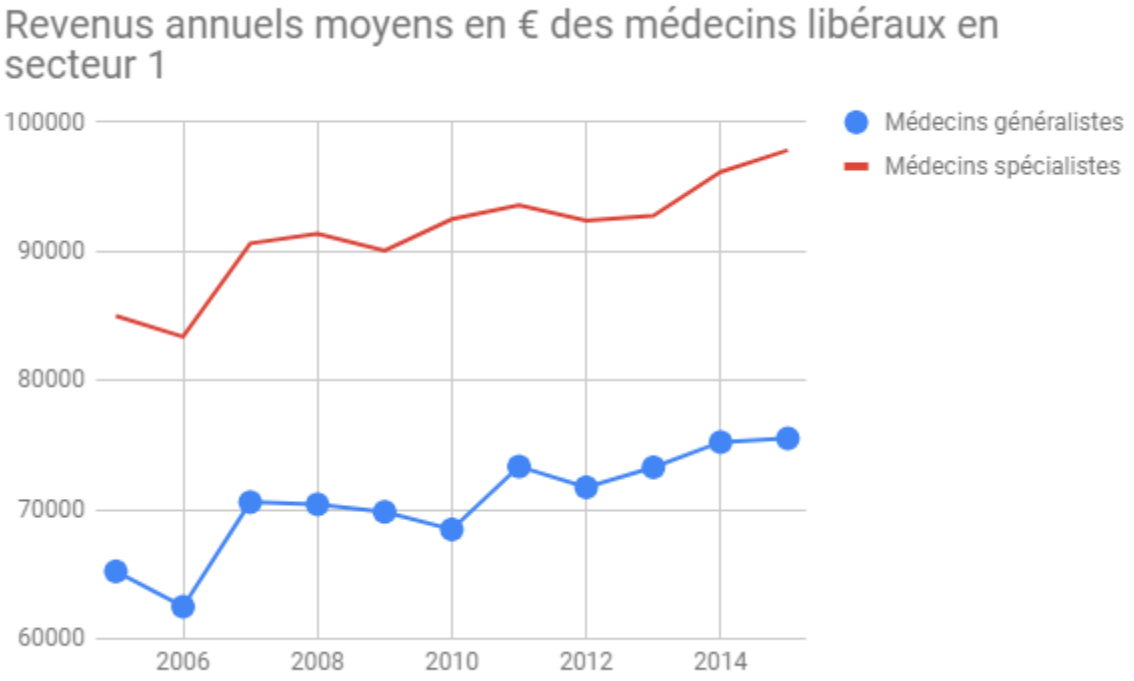
Les perspectives d'évolution sont intimement liées aux propositions syndicales et à leur négociation. Certaines de ces propositions sont récurrentes mais se heurtent à des refus ou des lenteurs de la CNAM pour être mise en application, pour des raisons budgétaires.

IV. DISCUSSION

IV.1 Comparaison des revenus des MG libéraux

1) Avec une profession médicale : d'autres spécialités médicales

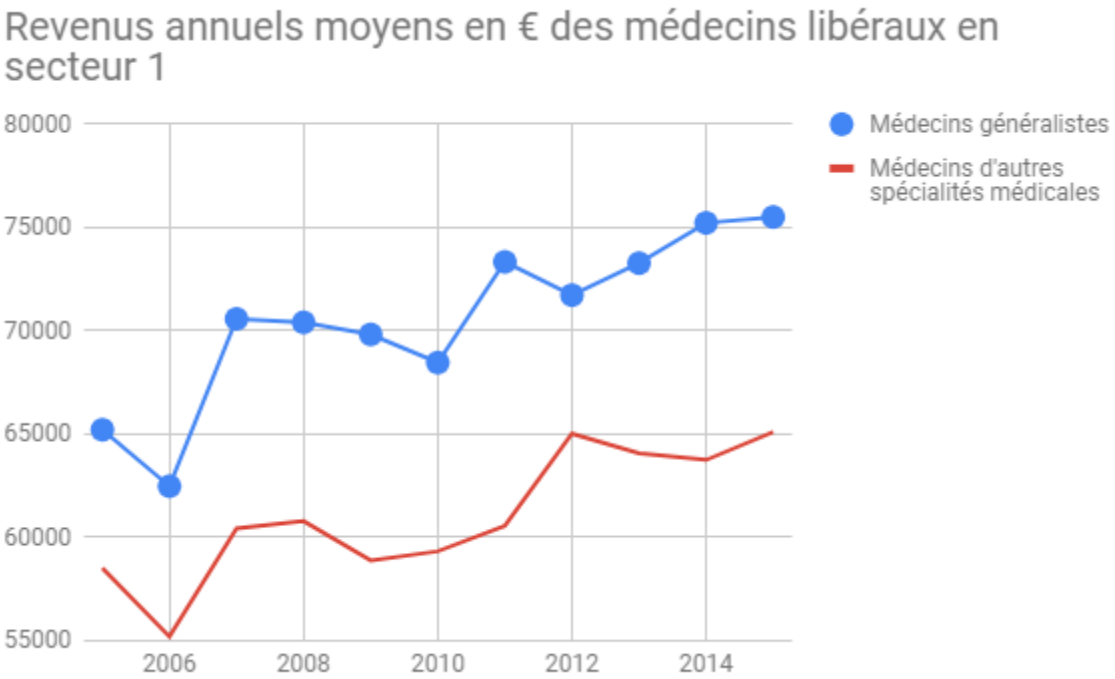
En comparant le BNC des MG libéraux de secteur 1 avec celui des spécialistes libéraux de secteur 1, on peut constater une nette différence en faveur des spécialistes:



Cette comparaison paraît vraiment déséquilibrée entre la Médecine Générale et les autres spécialités, pourtant, elle n'est pas vraiment pertinente.

Il faudrait davantage comparer la Médecine Générale avec les autres spécialités médicales ambulatoires, sans prendre en compte les spécialités chirurgicales ou nécessitant un plateau technique.

A présent, comparons le revenu des médecins généralistes avec ceux des médecins des spécialités médicales suivantes : dermatologie, endocrinologie, hématologie, médecine interne, médecine physique et réadaptation, pédiatrie, psychiatrie, rhumatologie, et gériatres à partir de 2009 :



Avec ce graphique, on s'aperçoit que le revenu annuel moyen des MG est supérieur à celui des spécialités médicales libérales suscitées. Bien que nous puissions émettre une réserve sur ces résultats :

• nous ne connaissons par le taux de consultation annuel moyen de ces autres spécialités médicales. Or, la consultation des autres spécialités médicales a toujours été d'une valeur supérieure à celle des médecins généralistes sur la période observée. On peut donc en déduire qu'à revenus inférieurs, ces médecins spécialistes ont probablement fait moins de consultations annuelles qu'un médecin généraliste. Les raisons peuvent être multiples : amplitudes horaires plus courtes, moins de jours ouvrés, ou bien consultations plus longues, plus poussées.

Un MG gagne donc plus en moyenne qu'un médecin de spécialité médicale, mais probablement au prix d'un nombre de consultations plus élevé, ou de plus d'heures ouvrées par semaine.

2) Avec une profession non médicale : les cadres supérieurs

Pourquoi une comparaison avec les cadres supérieurs ? Il serait plus pertinent de comparer les MG avec une autre catégorie de profession libérale, comme les avocats. Mais les données sur cette catégorie libérale font défaut.

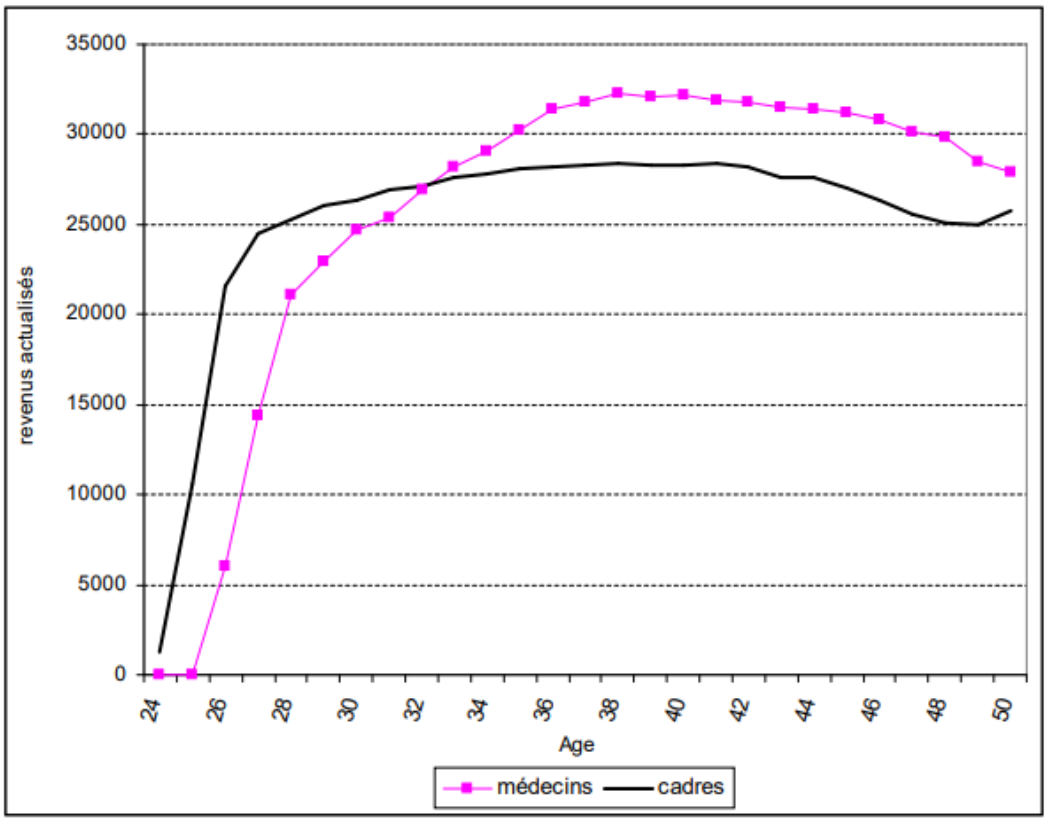
Dans l'étude « Est-il profitable d'être médecin généraliste ? » de B. DORMONT et A-L SAMSON [30], les auteurs justifient une telle comparaison en raison d'un capital humain comparable. (Le capital humain est défini par l'économiste suédois Gary Stanley Becker comme : *l'ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert par accumulation de connaissances générales ou spécifiques, de savoir-faire, etc.).*

La première différence notable de cette étude, bien que minimisée par ses auteurs, est la différence de longueur des études. Autant, un cadre supérieur est effectif dès la 6e année après le Bac. Autant, le MG qui s'installe en libéral n'est effectif que la 11e année après le Bac.

La deuxième différence notable, est de comparer une profession salariée (bien qu'aux horaires non fixes) à une profession libérale. La couverture sociale n'est absolument pas comparable.

En prenant en compte les revenus des médecins généralistes dès la fin de l'internat, pendant la période de remplacement, dans l'attente d'une installation, les revenus des 2 catégories professionnelles s'apparentent à ce graphique :

Distribution des revenus annuels actualisés médians par âge



Le revenu considéré dans cette étude est une valeur actualisée des revenus nets de charges et de prélèvements sociaux, cumulés entre 24 et 50 ans.

Les auteurs constatent plusieurs choses :

Si l'on constate qu'en début de carrière, débutée plus tardivement pour un MG, il gagne moins qu'un cadre supérieur, le revenu annuel cumulé s'égalise à l'âge de 43 ans environ. Au-delà de cet âge, il n'existe pas de différence significative entre les revenus actualisés des cadres et des MG.

Les auteurs de cette étude concluent littéralement :

"Autrement dit, il n'existe aucun avantage financier à être médecin généraliste plutôt que cadre supérieur".

Par ailleurs, les auteurs précisent que selon les données de l'enquête de l'emploi 2004 (Breuil-Genier et Sicart, 2005), basées sur les déclarations de personnes enquêtées, révèlent un temps de travail hebdomadaire de 41h43 pour les cadres supérieurs et de 52h46 pour les médecins généralistes libéraux.

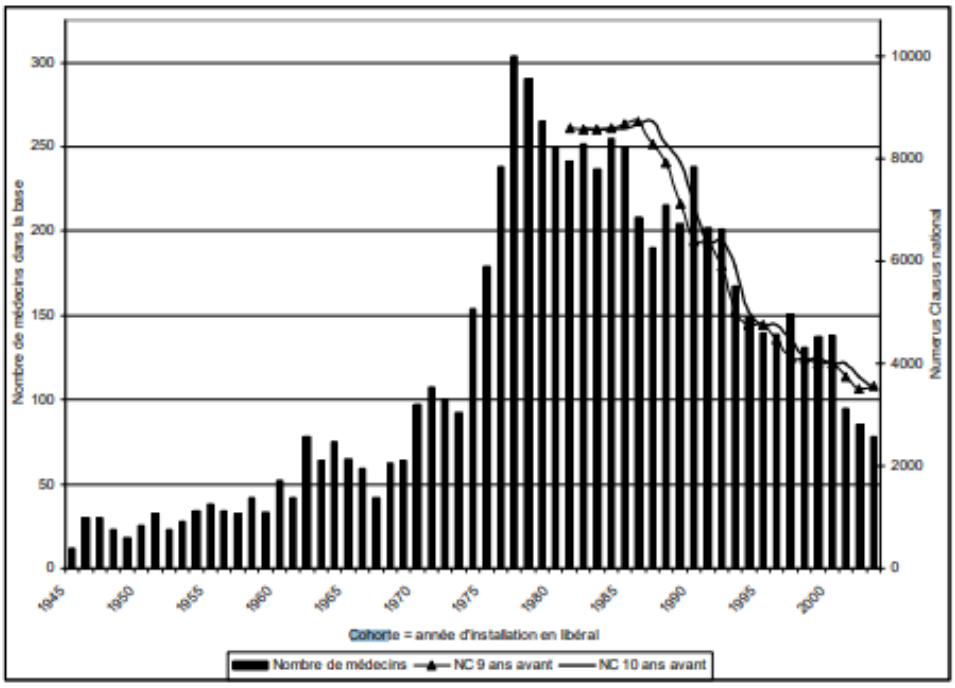
IV.2 Quel est impact de la rémunération des MG sur la démographie de la médecine générale libérale ?

L'effectif des MG libéraux en secteur 1 se maintient difficilement depuis 10 ans (55225 installés en 2005, 54890 en 2015). Pour les syndicats, le tarif des consultations jugé trop bas est pour beaucoup dans le manque d'attractivité du système libéral. Pourtant, aucune étude véritable ne fait de lien entre hausse significative des revenus et taux d'installation des MG libéraux.

En termes de formation, depuis la mise en place des ECN, tous les postes de médecine générale n'ont jamais été pourvus par les internes contrairement aux autres spécialités médicales (sauf biologie, psychiatrie, médecine du travail et santé publique). On observe qu'en 2004, seulement 66 % des postes des MG étaient pourvus alors qu'en 2016, 98 % des postes de MG étaient pourvus. Cela a nettement progressé, mais 2 % non pourvus, signifient 71 internes de MG non formés pour l'année 2016, ce qui est conséquent quand on pense que ce manque à pourvoir dure depuis déjà une dizaine d'années.

Regardons l'historique d'installation des MG libéraux :

Pyramide des cohortes (nombre de médecins par année d'installation) et valeur du numerus clausus 9 ou 10 ans avant la date d'installation



Sur ce graphique, où le nombre d'installation de MG libéraux est représenté par rapport à la valeur du numerus clausus 9 à 10 ans auparavant, on y voit une nette association entre la baisse du numérus clausus et la baisse des installations en libéral.

Maintenant, reprenons l'historique de l'augmentation de la valeur de la consultation médicale (chapitre I.1), des augmentations notables ont eu lieu en 1976, 1978, 1980, 1985, 1991, 1997, 2002.

On peut voir qu'entre 1975 et 1980, le nombre d'installations en libéral a doublé, alors que le tarif de la consultation a triplé pendant cette période là.

Par la suite, on voit un petit rebond d'installations, l'année suivant une revalorisation tarifaire de la consultation, en 1985, 1991, 1997, et 2002, mais la forte baisse des installations est totalement imputable à la diminution du nombre de MG formés, à cause de la diminution du Numerus Clausus (NC).

Ainsi, le tarif de la consultation semble avoir impacté le nombre d'installations de MG libéraux. Pour autant, est-ce toujours le cas à l'heure actuelle ?

Dans deux thèses intitulées « Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin » soutenue en 2011 par A. DECORDE [33], et « Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne. » soutenue en 2014 par E. COPPOLANI [34], les auteurs ont interrogé des médecins généralistes remplaçants concernant leurs éléments déterminants et leurs freins pour une installation en libéral. Le sujet d'une trop basse valeur de la consultation actuelle n'a pas été abordé. Bien sûr, ces thèses interrogeaient des échantillons de population limités en taille et en localisation, ce ne sont pas des résultats que l'on pourrait extrapoler à notre niveau.

Ce serait un travail de recherche à part entière, de sonder les médecins généralistes non installés pour voir à partir de quel seuil tarifaire de la consultation ils envisageraient de s'installer.

Un travail de thèse intitulé « Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux » par C. BOUSSON, 2013 [35], a sondé 195 MG libéraux pour savoir quel était leur avis sur la valeur de l'acte de consultation.

Ses résultats montraient que 77% des sondés trouvaient la valeur de la consultation insuffisante, 17% la trouvaient adaptée, et 6% ne se prononce pas. Et « pour les 77% des médecins jugeant cette rémunération insuffisante, sa juste valeur serait de 33,8 euros en moyenne [25-100, médiane 30]».

IV.3 Atouts et inconvénients de cette thèse

1) Atouts :

Notre travail permet de centraliser des données officielles, en général accessibles mais éparpillées au sein de textes officiels où l'information n'est pas toujours visible à première vue. Cela permet d'en ressortir un historique clair sur l'évolution des conventions médicales concernant la consultation du MG.

On analyse également l'évolution de la rémunération des MG, notamment en termes d'euro constant, afin de prendre en compte l'impact de l'inflation sur l'évolution de la rémunération des MG libéraux.

Notre travail s'intéresse également à la Convention 2016, en détaillant les changements à venir dans les modes de rémunérations des MG. Bien que ce travail ait déjà été effectué et mis en valeur par les protagonistes de la Convention : l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux, qui ont sortis des guides simplifiés sur cette Convention.

Enfin, notre travail permet de comparer les systèmes de santé de deux pays voisins, en tentant d'en comprendre les différences et de comparer les revenus de MG en tenant compte des différences de temps de travail annoncées.

2) Inconvénients :

On notera tout d'abord un biais d'information : les données de l'OCDE sont annotées "valeur estimée" pour la France et le Royaume-Uni. On peut aussi y relever le manque de certaines données statistiques au cours des années, notamment pour l'Allemagne.

En France, les chiffres des BNC des MG sont fiables car ce sont les chiffres officiels de la CARMF, à laquelle sont affiliés tous les médecins. Pourtant, peu de données existent sur le temps de travail des MG libéraux, sur la moyenne annuelle de consultations effectuées. Même les rémunérations forfaitaires des années précédentes ne sont pas accessibles via le site officiel de l'Assurance Maladie.

Lors de ce travail de recherche, je me suis heurtée à la difficulté de trouver des données fiables sur le travail des MG libéraux, au fil des années.

Autant, le BNC est annoncé officiellement par la CARMF de façon annuelle, et est bien répertorié ; mais, peu de données existent sur le temps de travail des MG libéraux, sur la moyenne annuelle de consultations effectuées. Même les rémunérations forfaitaires des années précédentes ne sont pas accessibles via le site officiel de l'Assurance Maladie.

CONCLUSION

Les Conventions successives ont fait évoluer la médecine générale libérale jusqu'à sa structure actuelle. En conservant le principe de paiement à l'acte et ajoutant des revalorisations complémentaires successives, on a abouti au mode de rémunération complexe, que nous appliquons aujourd'hui.

La dernière Convention en vigueur a été le sujet d'intenses négociations, souvent par déclarations médiatiques interposées. D'un côté, la consultation médicale n'était pas à 31,50€ en 2015, comme l'annonçait Nicolas Revel, le directeur de l'Assurance Maladie. Ce chiffre, bien que non détaillé par son annonceur, se révèle 10% supérieur à ce qui a pu être calculé avec les données officielles de l'Assurance Maladie. Ce revers nous fait mettre en doute les déclarations, voire les intentions de l'Assurance Maladie dans ces négociations.
D'un autre côté, l'argument syndical pour une revalorisation tarifaire de la consultation s'est beaucoup reposé sur le fait que la consultation de MG en France est nettement inférieure à celle des autres pays européens. Là également, il s'agissait d'extrapolations impossible à vérifier. La plupart de nos pays voisins fonctionnant avec des systèmes différents, un paiement à la capitation plus présent, et un système de tiers-payant généralisé.

Malgré ces oppositions, nous n'avons pu que constater que la rémunération moyenne du MG reste inférieure à la rémunération moyenne d'autres MG européens,

et qu'il n'est pas « profitable » d'être médecin généraliste par rapport à un cadre supérieur.

Pourtant, cela ne suffit pas à expliquer le manque d'attractivité de la MG libérale à l'heure actuelle, qui est plurifactoriel.

BIBLIOGRAPHIE

[1] SUHARD Véronique. Historique des conventions médicales. Synthèse documentaire Septembre 2018.

[2] CARLIOZ Patrick, Du syndicalisme à la convention L'histoire d'un long fleuve pas si tranquille. Lyon : Patrick CARLIOZ, 2014.

[3] FRULLONI Michel, SCIORTINO Vincent. Le système conventionnel en France l'essentiel, ed. 2010 pour la Direction Régionale du Service du Contrôle Médical - Midi Pyrénées – 2010.

[4] ANBAR Anne-Sophie *et alii*, Les Comptes de la Sécurité Sociale, chap 2.5. La rémunération sur objectifs de santé publique p. 46-49 - Sept 2013.

[5] SAMSON Anne-Laure. Les revenus des médecins généralistes - trois études micro économétriques. Thèse : Sciences Économiques : Paris Ouest – Nanterre La Défense : 2008.

[6] CARMF. Communiqué de presse Bénéfices non commerciaux (BNC) des médecins libéraux, années 2005 à 2015. Disponible sur le site www.carmf.fr : Documentations : Les chiffres clés : Archives.

[7] JAKOUBOVITCH Steve, BOURNOT Marie-Christine, CERCIER Elodie, TUFFREAU François. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats n° 797 pour la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – 2012.

[8] LE FUR Philippe, BOURGUEIL Yann et CASES Chantal. Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la Santé n° 144 pour l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé - 2009.

[9] MICHEAU Julie, MOLIÈRE Éric, SENS Plein. Activité et emplois du temps des médecins libéraux, document de travail n° 98 pour la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – 2010.

[10] BRONNER Claude, président de l'Union Généraliste, branche syndicale de la Fédération des Médecins de France. Documents des négociations entre la CNAM et les syndicats, 2016.

[11] Taux de cotisations : médecins conventionnés de secteur 1, disponible sur https://www.urssaf.fr/portail/home/taux-et-baremes/taux-de-cotisations/les-praticiens-et-auxiliaires-me/taux-de-cotisations-medecin-sect.html

[12] Prévalence des ALD en 2014, Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée. Disponible sur le site https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php

[13] Base de données Score-Santé, site édité par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. Disponible sur http://www.score-sante.org/basenationale.html

[14] La Rémunération sur Objectif de Santé Publique, Fiche éclairage extraite du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale – 2013.

[15] La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, Bilan à 3 ans. Dossier de presse de la CNAM – 2015.

[16] Union Nationale des Associations Agréées, Statistiques détaillées sur la Médecine Générale, échantillon de 18522 médecins généralistes – 2014.

[17] CHEVRIER-FATOME Carine, DANIEL Christine. Le système de santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Rapport n° 2002 105 pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales – 2002.

[18] BERNSTEIN David. Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, Points de repère n° 17 pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie – 2008.

[19] PECKHAM Stephen, GOUSIA Katerina. GP payment schemes review – University of Kent, pour le Department of Health – 2014.

[20] TUNDER Ralph, OBER Jan. Einführung in das deutsche Gesundheitssystem Historie, Grundstrukturen und Basisdaten. Document de travail pour l'EBS University of Economics and Law, Health Care Management Institute – 2017.

[21] LAURENT Paul. Santé : les 5 atouts à copier du système allemand, pour la Fondation pour la Recherche sur les Administrations et les Politiques publiques. 2015.

[22] IMMERGUT Ellen, Le système de santé allemand : impasse ou révolution ?, Carnet de Santé de la France 2009, ed. par J. de Kervasdoué (trans.). Dunod, Mutualité Française, p. 135-154 – 2009.

[23] ANAGNAN Alexis *et alii*. Les Comptes de la Sécurité Sociale, chap 3.6 Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins p. 132-135 – 2015.

[24] Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens Volume 1. Document de Travail de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – Mars 2015.

[25] VieDeCarabin, Et si on parlait un peu d'Europe ? Tarif de consultation médicale. Illustration du 7 juillet 2016 disponible sur https://www.facebook.com/VieDeCarabin/

[26] Statistiques OCDE, ressources en santé, rémunération des professionnels de santé, pays européens, de 2005 à 2015. Disponible sur le site https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm

[27] Convention médicale 2016, Document de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, disponible sur le site https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/376153/document/convention_medicale_2016_-_1er_avril_2018_-metropole.pdf

[28] Observatoire des mesures conventionnelles, document de travail de l'assurance maladie – 2018. Consultable sur http://www.apima.org/img_bronner/Presentation_observatoire_6juin2018_VF.PDF

[29] APM News, Convention médicale : le Conseil d'Etat rejette le recours de la FMF sur l'option de modération des dépassements. Dépêche du 02/05/2018.

[30] DORMONT Brigitte, Anne-Laure SAMSON. Est-il profitable d'être médecin généraliste ? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs. Document de travail n° 105 pour la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – 2011.

[31] DORMONT Brigitte, Anne-Laure SAMSON. Carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. Document de travail n° 75 pour la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – 2008

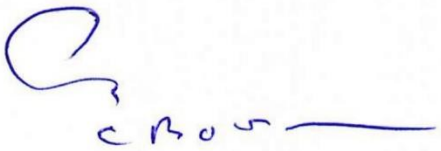
[32] VANDERSCHELDEN Mélanie. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006, Études et Résultats n° 571 pour la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - avril 2007

[33] DECORDE Augustin. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse : Médecine : Grenoble : 2011.

[34] COPPOLANI Estelle. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne. Thèse : Médecine : Toulouse III : 2014.

[35] BOUSSON Clément. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse : Médecine : Université de Franche-Comté. 2013.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

université de TOURS | Faculté de médecine

Thèse 2017/2018

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

Présentée et Soutenue le 22/10/2018.

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : DOBIGNY

Prénoms : Audrey

Date de naissance : 17/04/1988 **Nationalité : Française**

Lieu de naissance : Macôn (71)

Domicile : 20 avenue Victor Hugo, 33530 BASSENS **Téléphone : 06 72 37 22 11**

Directeur de Thèse : Dr Claude BRONNER

Titre de la Thèse : Comment est structurée la rémunération du médecin généraliste en France ? Évolution de la rémunération depuis l'année 2005, évolutions "souhaitables", réajustement par rapport au temps de travail et comparaison avec quelques pays européens

JURY[1]

Président :
Professeur Laurent MACHET, Dermato-vénéréologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres :
Professeur Annabel MARUANI, Dermato-vénéréologie, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie Transfusion, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Claude BRONNER, Médecine Générale, Strasbourg
Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale, Saint-Georges Sur Cher

Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 10/09/18

Signature

Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours
à Tours, le 13.9.18

Signature

Dobigny Audrey

92 pages – 5 tableaux – 1 figure – 10 graphiques – 1 illustration

Résumé : La rémunération du Médecin Généraliste libéral a souvent été l'objet de débats, tant au sein de la profession, avec parfois des grèves revendiquant une réévaluation de la valeur des actes, qu'au sein des médias, titrant régulièrement « combien gagnent vraiment les médecins généralistes », ou bien « les médecins généralistes sont-ils insuffisamment payés ? ».

Le sujet de cette thèse est d'évaluer la rémunération moyenne actuelle du médecin généraliste libéral, en fonction des actes effectués et des forfaits perçus.
Notre travail cherche également à évaluer l'évolution de cette rémunération, notamment rapportée en euro constant. Selon les données moyennes, une consultation de médecine générale, avec les parts forfaitaires incluses, rapporterait entre 28,9 et 31,5€ au médecin généraliste.

En reprenant l'historique de la rémunération des médecins généralistes, on observe que la part principale de la rémunération du médecin généraliste est avant tout basée sur la valeur de l'acte plutôt que sur l'application des forfaits. Pourtant, bien qu'en augmentation quasi continue au fil des ans, cette rémunération a stagné en euro constant pendant 8 ans, entre 2005 et 2013. Cela a été une des raisons qui a conduit à la grève des médecins généralistes en 2014 pour réévaluer les tarifs des actes de consultation.

Comparé à deux de nos voisins européens, l'Allemagne et le Royaume-Uni, le médecin généraliste français gagne moins que son équivalent dans ces pays, à temps de travail équivalent.

Ces observations nous amènent à nous demander si la rémunération serait la raison du manque d'attrait de la médecine générale libérale à l'heure actuelle.

Mots clés : tarif de la consultation ; rémunération du médecin généraliste ; convention médicale ; comparaison européenne.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Laurent MACHET
Directeur de thèse :	Docteur Claude BRONNER
Membres du Jury :	Professeur Emmanuel GYAN
	Professeur Annabel MARUANI
	Docteur Yannick LEGEAY

Date de soutenance : 22 octobre 2018