



Une analyse économique de la tarification des actes en médecine générale : quelles conséquences éthiques ?¹

By/Par | **Philippe Abecassis* & Jean-Paul Domin****

*CEPN, Université Paris 13-Nord

(philippe.abecassis@univ-paris13.fr)

**REGARDS, Université de Reims Champagne-Ardenne

(jp.domin@univ-reims.fr)

ABSTRACT

This study looks at the pricing practices of the French general practitioners, including in free care and overcharging. It defends the assumption that the commodification of health care system entails a difference with the legal price (higher or lower). The commodification results into an increase of the specific prices and widens the gap between the "fair" price, according to the practitioner, and the legal price.

Keywords: free care, overcharging, primary care, health policy.

RÉSUMÉ

Cet article s'interroge sur les pratiques tarifaires des médecins généralistes libéraux français et notamment de la succession d'actes gratuits et de dépassements d'honoraires. Il soutient l'hypothèse selon laquelle la marchandisation du système de soins se traduit par une différence (à la hausse ou à la baisse) par rapport au tarif conventionnel. La marchandisation se répercute par une augmentation des tarifs spécifiques et creuse l'écart entre le prix "juste" selon le médecin et le tarif conventionnel.

Mots clefs : actes gratuits, dépassements d'honoraires, médecine ambulatoire, politique de santé.

JEL Classification: I18

¹ Les auteurs tiennent à remercier les rapporteurs de la revue pour leurs commentaires et critiques constructives sur une version antérieure de ce texte. Par convention, ils restent responsables des insuffisances de ce texte.

INTRODUCTION

Les médecins généralistes étaient 53 652 au 31 décembre 2009, selon le Syndicat national inter-régime (SNIR). Une grande majorité d'entre eux (49 263 soit 91,2 %) exerçait dans le secteur dit conventionné (autrement appelé secteur 1) et 4 389 (soit 8,2 %) dans le secteur à honoraires libres (secteur 2). Cette répartition résulte d'un compromis entre l'État et le marché. Si le référentiel principal est le marché, le prix de la consultation est défini, quant-à-lui par un texte, la convention médicale, renégocié de façon périodique. Ce texte est national depuis 1971 et s'impose à l'ensemble des praticiens, sauf ceux qui décident expressément de ne pas y adhérer².

Le tarif conventionnel constitue ainsi une norme par rapport à laquelle les omnipraticiens se définissent. Toute la question est de savoir pourquoi certains médecins ne respectent-ils pas le tarif conventionnel ? Deux formes d'interprétation sont envisageables. La première repose sur une opposition classique entre l'intérêt et l'éthique. La recherche de l'intérêt personnel du praticien mène à la hausse des prix. Dans ce cas, le prix d'équilibre de la consultation augmente avec l'offre (Pauly & Satterthwaite, 1981). *A contrario* l'éthique peut favoriser le maintien ou à la baisse des prix (actes gratuits). Dans ce cas, la fonction d'utilité du praticien reflète ses préoccupations sociales. L'utilité du médecin augmente avec son éthique (Richardson, 1981).

La seconde interprétation, celle que nous développerons dans cet article, réconcilie l'intérêt et l'éthique en associant les actes gratuits et les dépassements d'honoraires dans un comportement commun. La déviance par rapport au tarif conventionnel fait alors référence au marché. Les médecins disposent (ou non) de capacités à évaluer leurs actes plus finement que ne le propose la convention. Cette évolution résulte de la marchandisation progressive des soins. Cette marchandisation se répercute imparfaitement dans la multiplication des tarifs conventionnés et creuse l'écart entre le prix "juste" aux yeux du médecin (le prix de marché, évalué par le médecin) et le tarif conventionnel.

Nous organiserons notre travail en trois temps. Nous analysons dans un premier temps la tarification des actes en médecine générale et la liberté croissante que les omnipraticiens prennent par rapport à celle-ci. Nous examinons ensuite la justification par les praticiens de leurs décisions tarifaires en nous appuyant sur un échantillon de médecins. Enfin, nous nous interrogeons sur les conséquences éthiques d'un retour aux principes de l'entente directe entre le médecin et le patient.

LA TARIFICATION DES ACTES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La régulation des dépenses de santé en médecine ambulatoire s'articule autour d'un mécanisme conventionnel qui peut se définir comme une régulation concertée entre l'État, les caisses de Sécurité sociale et les représentants du corps médical (Dupeyroux, Borgetto,

² La convention signée en 1980 autorise les praticiens qui le décident à ne plus pratiquer les honoraires conventionnés. Depuis 1990, les médecins généralistes ne peuvent plus accéder à ce secteur tarifaire.

Lafore & Rolande, 2001). La convention s'inscrit dans le cadre d'une politique publique où le praticien libéral est appréhendé comme le producteur d'un bien collectif sous tutelle. La convention permet à la tutelle d'inciter les praticiens à adopter un comportement compatible avec l'intérêt général. C'est un contrat entre les médecins et l'État (Ferrand-Nagel, 1994) qui est par nature à la fois individuel et collectif : il lie le médecin conventionné à l'État, mais résulte d'une procédure de négociation collective entre les organisations syndicales et les pouvoirs publics (État et assurance maladie).

La question tarifaire est donc centrale, elle est définie dans le cadre de la convention, mais laisse de plus en plus de liberté d'action aux médecins qui l'utilisent fréquemment pour pratiquer des dépassements d'honoraires ou des actes gratuits.

Le système règlementaire de tarification des actes

Historiquement, le système français repose sur le paiement à l'acte. Tout acte référencé dans la nomenclature est rémunéré sous forme d'honoraire. Le médecin généraliste qui signe la convention doit respecter les tarifs prévus par celle-ci. Il peut dans certains cas pratiquer un dépassement soit pour exigence particulière du patient, soit en raison de certains éléments (supplément nuit, supplément week-end, supplément nourrisson, ...). Dans ce cadre, la combinaison des dépassements permet au médecin de pratiquer plus de 16 tarifs différents lors d'une consultation et plus de 362 lors d'une visite³.

La création du secteur à honoraires différents en 1980 (aussi appelé secteur à honoraires libres ou secteur 2) a autorisé les omnipraticiens qui le désiraient à choisir une option permettant de pratiquer des tarifs libres. En contrepartie, les avantages sociaux et fiscaux dont ils bénéficiaient antérieurement leurs étaient supprimés. Pour ces praticiens, l'assurance maladie se borne à rembourser les soins sur la base du tarif conventionnel (ou tarif opposable). Cette liberté tarifaire autorise le médecin de secteur 2 (et dans certains cas du secteur 1) à pratiquer légalement des dépassements par rapport au tarif opposable, mais également des actes gratuits.

Fermée à la majorité des omnipraticiens en 1990, l'option de tarification à honoraires différents est cependant restée accessible aux praticiens détenteurs de titres spécifiques (comme les anciens chefs de clinique des universités ou encore les anciens assistants des hôpitaux généraux). De plus, le choix du secteur 2 ne peut se faire qu'au moment de la première installation. Cette fermeture érode progressivement la part des omnipraticiens du secteur 2 : En 2010, ils ne représentaient plus que 11,8 % des omnipraticiens contre 22,9 % en 1989 (Source : SNIR, Eco-santé France).

L'omnipraticien qui ne signe pas la convention est réputé "non conventionné"⁴ et peut pratiquer des prix libres. Toutefois, à des fins dissuasives, la patientèle de ces médecins n'est

³ Par exemple, au-delà du tarif de la consultation, le médecin est autorisé, lorsque le cas se présente, à tarifier une consultation avec majoration de coordination (C+MCG), ou une consultation avec majoration de consultation effectuée sur un enfant de 0 à 2 ans (C+MCG+FPPE). Dans le cas des visites, le nombre de lettres-clé utilisable est encore plus important. De plus, tant en consultation qu'en visite, le médecin peut assortir les lettres-clé d'un coefficient, comme pour les indemnités kilométriques (IK20 représente 20 km).

⁴ La part des omnipraticiens ayant décidé de ne pas adhérer au système conventionnel est inférieure à 1 % en 2009 (source DREES).

remboursée que d'une somme symbolique (le tarif d'autorité) leur permettant de bénéficier de prestations de leur assurance complémentaire. Au total, la législation ne régule plus de façon explicite les tarifs médicaux. En multipliant les tarifs, les possibilités de dépassement et les échappatoires, elle se borne à les encadrer sans que ce dispositif ne soit réellement efficace à contrôler la croissance des dépassements d'honoraires (Bras, 2007).

Les pratiques tarifaires

Dans leur grande majorité, les omnipraticiens respectent les engagements tarifaires conventionnels. Leur taux de dépassement n'est que de 4,3 % en 2010 alors qu'il atteint 11,9 % pour l'ensemble des médecins et culmine à 45,5 % pour les stomatologues (CNAMTS). Cette apparente docilité des omnipraticiens s'explique en premier lieu par la très faible part du secteur 2 pour cette catégorie de médecins (11,8 %) alors qu'en moyenne 41,3 % des praticiens des autres catégories (les spécialistes) exercent en secteur 2. En second lieu, le mode conventionnel de détermination des tarifs du secteur 1 a souvent profité aux omnipraticiens qui ont vu par exemple, par effet prix, leurs revenus augmenter de 12,6 % entre 2000 et 2003 alors que le salaire net moyen ne progressait que de 1,3 % sur la même période (Legendre, 2005)⁵. Enfin, un dernier élément explicatif peut être avancé : la lente fuite des généralistes vers la médecine de spécialité et les modes d'exercice particuliers⁶ où la pratique des dépassements d'honoraires est moins contrainte. Ainsi, les omnipraticiens libéraux représentaient 66,4 % du total des médecins libéraux en 1961, ils ne sont plus que 52,9 % en 2010. De son côté le poids des médecins à exercice particulier (MEP) augmente régulièrement parmi les omnipraticiens, il est de 12,3 % en 2010.

Dans leurs pratiques tarifaires, les omnipraticiens divergent sur plusieurs points et selon plusieurs critères. Un premier clivage, règlementaire, oppose les comportements des omnipraticiens en fonction de leur secteur tarifaire. La possibilité d'exercer des dépassements permet en effet aux médecins du secteur 2 de disposer d'un revenu additionnel de l'ordre de 6 % par rapport à leurs confrères du secteur 1 (Attal-Toubert, Fréchou & Guillaumat-Tailliet, 2009). Pourtant, au-delà de cette différence règlementaire, certains comportements semblent transcender les secteurs tarifaires. Ainsi, selon l'étude d'Aballéa et al. (2007), 77 % des omnipraticiens n'utilisent pas plus de trois tarifs différents (hors actes techniques) et 41 % n'en mobilisent que deux alors même que le nombre de tarifs mobilisables est *en théorie* infini dans le secteur 2 et se compte en centaines dans le secteur 1 (*cf. supra*). Par ailleurs, les dépassements d'honoraire sont concentrés sur les consultations et les visites, très peu sur les actes techniques.

Un second clivage distingue les médecins généralistes des MEP. Les premiers se conforment assez fidèlement à la grille conventionnelle (tableau 1). En 2010, les généralistes ont en effet réalisé peu de dépassements, à la fois en volume (9,1 % des actes) et en valeur (8 €, soit 38 % de plus que le tarif moyen de référence, tmr). Cette modération se répercute sur le taux de dépassement d'honoraires des généralistes qui n'est que de 2,76 %. De leur côté, les

⁵ Au cours de la même période, le revenu des autres spécialités se sont accrus de 10,2 %, mais en raison d'une hausse de leur activité (effet quantité).

⁶ Les modes d'exercice particuliers sont des spécialités non reconnues par l'assurance maladie (acupuncture, homéopathie, ...). Les médecins pratiquant des modes d'exercices particuliers (MEP) sont donc distincts des généralistes mais font partie des omnipraticiens.

MEP, appliquent des dépassements plus systématiques (33,6 % des actes) et pratiquent une sur-tarification plus de 2 fois supérieure à celle des généralistes (17 €, soit 53 % de plus que le tmr).

Les niveaux de dépassement comme l'ampleur du clivage généralistes/MEP sont plus ou moins marqués selon les régions. L'Île-de-France est ainsi - sans surprise - caractérisée par un taux de dépassement des omnipraticiens très supérieur à la moyenne (12,36 %) portant sur près d'un quart des actes réalisés (24,82 %) alors que le tmr y est légèrement inférieur (26,29 €) à la moyenne nationale (26,95 €). En région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), les médecins généralistes surtarifient moins fréquemment leurs actes (8,79 %) que la moyenne (9,1 %) tout en conservant un montant de dépassement assez bas (9 €, soit 34 % du tmr) malgré un tmr supérieur (26,70€) à la moyenne (26,11€). À l'inverse, la fréquence de dépassement des MEP de cette région est plus élevée (37,39 %) que la moyenne (33,59 %) pour un montant de dépassement par acte identique (17 €, soit 51 % du tmr) et un tmr légèrement supérieur (33,60 €) à la moyenne (31,79€).

Tableau 1. Dépassements d'honoraires et actes gratuits en 2010

	TOTAL DES		SPÉCIALISTES	ENSEMBLE
	OMNIPRATICIENS	<i>Dont omnipraticiens</i> Généralistes MEP		
Taux de dépassement :	4,31 %	2,76 % 15,56 %	16,65 %	11,93 %
Tarif moyen de référence (tmr)* :	26,61 €	26,11 € 31,79 €	40,94 €	33,46 €
Tarif moyen encaissé par acte :	27,92 €	26,95 € 37,73 €	49,12 €	38,05 €
Dépassement moyen par acte :	1,30 €	0,85 € 5,94 €	8,18 €	4,59 €
Fréquence de dépassement :	11,29 %	9,10 % 33,59 %	25,63 %	18,14 %
Montant moyen de dépassement :	10 €	8 € 17 €	31 €	24 €
Montant du dépassement/tmr (%)	38 %	31 % 53 %	76 %	72 %
Part des actes gratuits	0,0286 %	0,0279 % 0,0354 %	0,0326 %	0,0305 %

*Le tmr correspond au tarif opposable moyen d'un acte, il dépend du type de médecin et du poids de chaque type d'actes (consultations, visites, actes techniques, ...).

Source : Nos calculs à partir de données CNAMTS

Enfin, un troisième clivage semble apparaître autour des actes gratuits, bien que les comparaisons soient délicates dans ce domaine compte tenu du très faible nombre d'actes gratuits déclarés⁷. Selon une étude de la DREES (Le Fur, Bourgueil & Cases, 2009), les omnipraticiens effectueraient environ deux actes gratuits (déclarés) par semaine et par médecin, auxquels il faut ajouter entre 19 et 31 conseils téléphoniques (soit environ 2 heures par semaine). Malgré leur faiblesse, les écarts observés (tableau 1) montrent cependant plusieurs spécificités statistiquement significatives⁸. D'une part, les actes gratuits sont plus fréquents chez les spécialistes que chez les omnipraticiens. Il faut cependant noter les très grands écarts observés entre spécialités. Le nombre d'actes gratuits dans le total des actes médicaux varie ainsi dans des proportions de 1 à 15 : alors que les actes gratuits représentent 0,008 % du total des actes des radiologues ou 0,009 % pour les psychiatres, ils s'élèvent à

⁷ L'assurance maladie ne comptabilise que les actes gratuits déclarés par les omnipraticiens. il ne représente à ce titre qu'une très faible partie des actes gratuits effectivement réalisés (Batifoulier & Ventelou, 2003 ; Batifoulier, Ventelou & Protopescu, 2008).

⁸ Même s'ils ne représentent qu'une infime partie des actes déclarés, le nombre d'actes gratuits (72893 pour les généralistes, 9073 pour les MEP et 85465 pour les spécialistes en 2010) est suffisamment important pour un traitement statistique fiable.

0,126 % du total des actes des stomatologues ou 0,091 % pour les chirurgiens. D'autre part, au sein du groupe des omnipraticiens, les actes gratuits des MEP sont en moyenne de 27 % supérieurs à ceux des généralistes. Cette situation est cependant géographiquement très disparate. Au centre et au sud-ouest de la France, les actes gratuits sont principalement réalisés par les MEP ; dans le reste du pays, ce sont les généralistes qui pratiquent le plus d'actes gratuits.

Plusieurs travaux⁹ ont fourni des explications à l'offre d'actes gratuits en les reliant au respect de l'éthique professionnelle, cristallisée par le code de déontologie, à l'existence de différents registres de motivations ou encore à un référentiel de politique publique favorable aux actes gratuits ou à leur érosion. Ces travaux montrent que si beaucoup d'actes auparavant gratuits sont maintenant tarifés par les médecins, les actes encore gratuits répondent à la fois à des motivations intrinsèques tout en étant plus fréquemment fournis par des praticiens réalisant par ailleurs les plus gros dépassements d'honoraires. Ce dernier phénomène est particulièrement visible en 2010 chez les stomatologues qui sont à la fois les plus gros pourvoyeurs d'actes gratuits (0,126 % de leurs actes) et ceux qui pratiquent les plus gros dépassements d'honoraires en valeur, avec un taux de dépassement de 45,56 %, comme en prix, avec un dépassement moyen de 95€ portant sur 45 % de leurs actes dont le tnr est de 52,11€, soit un dépassement d'honoraires de 182% de leur tnr.

LA JUSTIFICATION DE LA PRATIQUE TARIFAIRE

Dans une structure apparemment encadrée telle que l'est le système de santé français, il est intéressant de comprendre comment les omnipraticiens expliquent leurs choix tarifaires. Pour éclairer ce point, nous présenterons dans cette deuxième partie les résultats d'un travail mené sur un échantillon de médecins généralistes (Abecassis & Domin, 2011). Après avoir décrit la méthodologie, nous verrons que le secteur est un critère déterminant de discrimination par les prix et montrerons que les dépassements et actes gratuits s'appuient tous deux sur des registres argumentaires similaires.

Méthodologie de l'enquête et caractéristiques de l'échantillon

Le questionnaire mobilisé porte sur un échantillon de médecins généralistes contactés par questionnaire lors d'une enquête financée par la MIRE (Batifoulier, Gadreau & Vacarie, 2008). Nous présenterons ici successivement la méthodologie de l'enquête et les premiers résultats.

La méthodologie de l'enquête et les caractéristiques de l'échantillon

La méthodologie respecte les règles du questionnement sociologique : déroulement des questions, distinction des questions de faits et d'opinions, attention portée aux formulations. Le travail s'est en partie inspiré de la grande enquête sociologique quantitative de référence concernant les médecins libéraux (Herzlich, Bungener, Paicheler, Rousin & Zuber, 1993). Le questionnaire alterne des questions fermées sur le praticien (sexe, âge, nombre d'enfants à

⁹ Voir par exemple Abecassis, Batifoulier, Bilon, Gannon & Martin (2005) ; Batifoulier, Lievaut & Gannon (2008) ; Batifoulier & Ventelou (2003) ; Batifoulier, Videau, Arrighi, Gadreau & Ventelou (2010) ou Ventelou & Videau (2010).

charge, ...), sur l'environnement du cabinet (zone d'exercice, caractéristique de la patientèle, ...) sur le mode d'exercice (secteur, ...), des questions ouvertes (sur l'opinion des médecins quant à la réforme du médecin référent, du médecin traitant, la politique de santé en général, ...) et des questions mixtes sur leurs pratiques tarifaires (fréquence et motifs de dépassements, d'actes gratuits, ...). Ces questions ouvertes ont pour objectif de favoriser l'expression des médecins sur leurs pratiques.

Élaboré au printemps 2006, le questionnaire a été envoyé à l'automne de cette même année à 4 076 praticiens (2 800 en Île-de-France et 1 276 en Bourgogne). La stratégie qui a primé dans la constitution de la population mère a consisté en un échantillonnage aléatoire des omnipraticiens de ces deux régions. Celles-ci sont caractérisées par une sociologie et une démographie médicales différentes et des pratiques tarifaires variées. Elles ont en outre déjà fait l'objet d'études sociologiques (Bloy, 2005, 2004) et économiques (Béjean, Peyron & Urbinelli, 2002).

Le questionnaire a bénéficié d'un très bon taux de retour (596 répondants, soit 14,6 %, dont 6 MEP). Ce résultat est supérieur à la norme jugée acceptable pour des études de ce type (Bachimont, Cogneau & Letourmy, 2006). Il est d'autant plus intéressant que le questionnaire est long (14 pages, 67 questions dont plusieurs ouvertes et certaines délicates – opinions politiques, revenus -) et n'a bénéficié d'aucune incitation (ni rémunération, ni relance). Nous disposons donc d'un matériau riche quantitativement (qui permet un traitement statistique) et qualitativement : les réponses des médecins sont souvent détaillées et passionnées.

Parmi les 67 questions initiales, 45 ont été retenues pour ce travail, dont 25 ouvertes. Les questions fermées ont subi un premier traitement statistique. Une première étape portant sur les seules questions fermées a permis de dégager les grandes caractéristiques de l'échantillon : secteur, environnement socioprofessionnel, caractéristiques générales de l'activité (tableau 2) et de les comparer avec les tendances nationales. Nous avons ensuite étudié les pratiques tarifaires des médecins de l'échantillon (dépassements et actes gratuits). Les questions ouvertes ont, quant à elles, fait l'objet d'une double étude lexicométrique par Sphinx lexic et Alceste.

Tableau 2. Caractéristiques principales de l'échantillon

VARIABLE	DONNÉES DE L'ÉCHANTILLON	DONNÉES NATIONALES
Répartition par sexe	H. : 70%, F. : 30 %	H. : 64 %, F. : 36 % ^(a)
Âge	45% à plus de 50 ans	40% ont plus de 50 ans ^(a)
Ancienneté (en nombre d'années d'exercice libéral)	moins 15 ans : 30 % plus de 25 ans : 30 %	nd
Secteur d'activité	Sect. 1 : 80,5 % ; Sect. 2 : 19,5 %	Sect. 1 : 88 % ; Sect. 2 : 12 % ^(a)
Zone d'activité	30 % : zone rurale/semi-rurale, 20 % : zone urbaine résidentielle	nd.
Statut	50 % en cabinet de groupe 50 % en individuel	39 % en cabinet de groupe 61 % en individuel ^(b)
Médecin référent	17 % de médecins référent	15 % de médecins référent ^(a)
Salarié de l'assurance maladie	56 % accepteraient d'être salarié de l'assurance maladie sans condition	nd.
Revenu annuel moyen	De 54000 € à 66000 €	70900 €
Satisfaction vis-à-vis des revenus	(note moyenne = 4,48/10 ± 2,5	nd.

Sources : ^(a)(Attal-Toubert & Vanderschelden, 2009) ; ^(b)(Audric, 2004)

Le secteur : une variable explicative du comportement tarifaire

L'analyse statistique a mis en avant le secteur tarifaire d'appartenance comme première variable explicative du comportement tarifaire. Sans minimiser le rôle de cette variable, les évolutions conventionnelles, notamment l'ouverture en 1980 du secteur à honoraires libres puis son gel dix ans plus tard, fragilisent le pouvoir explicatif du secteur tarifaire. Avec cette variable, il est en effet impossible de distinguer, au sein du secteur 1, les médecins qui ont choisi volontairement ce secteur au moment où l'option leur était ouverte de ceux qui ont été contraints à le faire.

Trois questions ouvertes portant sur les motivations des praticiens à exercer leur activité ont cependant permis de reconstruire statistiquement, par classification ascendante hiérarchique sur données textuelles, trois familles de médecins : les omnipraticiens du secteur 2 (19,5 % de l'effectif total), ceux ayant volontairement choisi le secteur 1 (secteur 1C : 31 %) et ceux contraints (ou forcés) à exercer dans le secteur 1 (secteur 1F : 47 %). La classification a par ailleurs permis de valider une décomposition du secteur 1F en praticiens "heureux", satisfaits de leur situation (1FH : 29,9 %), et praticiens "malheureux", mécontents de cette situation (1FM : 17,1 %).

Quel que soit leur secteur tarifaire, les praticiens se disent dans l'ensemble satisfaits de leur situation et de leurs choix passés. Cette satisfaction apparaît clairement pour ceux qui ont eu la possibilité de choisir leur secteur d'activité. Les médecins du secteur 2 ont ainsi opté sans hésitation pour ce secteur afin de pouvoir exercer librement une médecine de qualité en adaptant, sans contrainte financière, la durée de chaque consultation aux besoins des patients. Les praticiens du secteur 1C sont plus politiquement motivés et refusent quant à eux de voir se développer une médecine de « riches ». Enfin, les médecins du secteur 1F expliquent quant à eux leur satisfaction à exercer dans ce secteur par la simplicité de la tarification.

Le même argumentaire émerge dans l'analyse des motifs de satisfaction et de mécontentement. Ainsi, si la majorité des médecins avance la *relation avec le patient* (cité par 45,3 % des praticiens) comme premier motif de satisfaction, la notion de *liberté* apparaît en seconde position (19,6 %). De même, c'est la *charge administrative* (30,7 %), les *difficultés rencontrées dans les relations avec les autres acteurs* (19,4 %) et le *manque de temps* (12,7 %) qui gênent le plus.

Plus précisément, les médecins du secteur 2 sont satisfaits de leur mode d'exercice car il leur permet de réaliser une médecine utile avec une bonne relation médecin-patients tout en répondant à la demande des patients. Cette efficacité est attestée par une certaine reconnaissance et de la satisfaction. Ces praticiens sentent toutefois leurs libertés rognées par la bureaucratie, une charge de travail importante et souffrent d'une mauvaise reconnaissance de la valeur de leur travail.

Les médecins du secteur 1C insistent pour leur part sur le plaisir qu'ils éprouvent à fournir des soins qu'ils jugent de qualité grâce à l'élaboration d'un bon diagnostic leur permettant d'accompagner les patients et de leur proposer une bonne prise en charge. Mais ils ressentent un malaise se traduisant par l'impression d'être un simple rouage mal considéré par les autres acteurs. Les médecins du secteur 1F mettent en avant la richesse des contacts humains. Cet enrichissement repose sur la conjonction de la diversité clinique et la diversité du champ d'action d'une part, la pratique libérale, alliant autonomie, liberté d'organisation et liberté de gestion d'autre part.

Tableau 3 : Synthèse des résultats de la Classification Ascendante Hierarchique sur données textuelles sur les motifs de satisfaction des omnipraticiens

	SECTEUR 1C (31%)*	SECTEUR 1F (47%)*		SECTEUR 2 19,5%)*
		1FH (29,9%)*	1FM (17,1%)*	
Niveau et motif de satisfaction vis-à-vis du secteur tarifaire d'exercice	Très satisfaits - Le secteur 1 permet d'exercer une médecine égalitaire (opposés à une médecine « de riches »)	Satisfaits - Simplicité de la tarification		Très satisfaits - Liberté tarifaire - Liberté de choisir une durée de consultation adaptée au patient (qualité)
Principaux motifs de satisfaction et de mécontentement	- Relation patient - Médecine efficace (de qualité)	- Richesse des contacts humains - Diversité (clinique, du champ d'action) - Pratique libérale		- Relation patient - Médecine utile
Principaux motifs de mécontentement	- Charge administrative, - Les MG sont considérés comme de simples rouages (mal considérés) par les autres acteurs) - Charge de travail	- Charge administrative, - Charge de travail		- Charge de travail - Mauvaise reconnaissance de leur travail

* 1C : omnipraticiens (MG) ayant choisi le secteur 1 ; 1F : MG n'ayant pas pu choisir leur secteur tarifaire ; 1FH : MG du secteur 1F satisfaits de leur secteur tarifaire ; 1FM : MG du secteur 1F qui n'auraient pas choisi ce secteur si on leur en avait laissé le choix ; 2 : secteur 2 (à honoraires libres).

Une analyse globale des propos (AFC) met en évidence un double clivage. Le premier oppose les praticiens qui ont eu la possibilité de choisir leur secteur d'activité (secteurs 1C et 2) et ceux qui ne l'ont pas eue (Secteur 1F). Ce clivage montre avant tout la richesse de la réflexion et du questionnement qui ont conduit au choix tarifaire. Le second clivage oppose les dimensions individuelle et collective de la pratique médicale. La première dimension soutient l'idée que la qualité de la médecine repose sur l'expertise et le savoir-faire de la profession. Elle regroupe les secteurs 2 et 1FM. La dimension collective envisage plutôt la qualité sous un angle social (au sens de l'accès aux soins), voire même politique et regroupe les secteurs 1C et 1FH.

Une enquête récente de la DREES, en collaboration avec plusieurs Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) et Unions régionales de Médecins Libéraux (URML), a questionné un panel des généralistes sur leur satisfaction vis-à-vis de leur forme de rémunération. Cette enquête effectuée en 2008 corrobore et complète nos analyses. Exploitée séparément par Paraponaris, Ventelou & Verger (2011) d'une part et Barlet, Bellamy, Guillaumat-Tailliet & Jakoubovitch (2011) d'autre part, l'enquête porte sur 1901 médecins généralistes (hors MEP) exerçant dans cinq régions différentes (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Concernant les tarifs, trois faits saillants émergent de l'enquête. Premièrement, 59,2 % des praticiens se déclarent satisfaits de la rémunération à l'acte. Le taux de satisfaction est cependant corrélé à l'âge des médecins : les jeunes médecins (moins de 48 ans) sont les moins satisfaits (53,8 %), les plus âgés (plus de 58 ans) sont les plus satisfaits (62,3 %). Ce taux de satisfaction est particulièrement important pour les médecins du secteur 2, pour ceux

qui sont globalement satisfaits de leur activité et pour ceux qui effectuent un nombre d'actes hebdomadaires élevé (plus de 120 actes).

Second fait marquant, la grande majorité des généralistes (75,6 %) considère que les tarifs et la nomenclature sont inadaptés. Cependant, seul un peu plus de la moitié (53 %) des praticiens de ce panel est favorable à une plus grande liberté des tarifs alors que 11 % s'y oppose. Dans ce cas encore, les taux varient en fonction de l'âge, les médecins des deux tranches les plus jeunes étant les plus favorables (54,3 % et 57,6 %) alors que ceux des deux tranches les plus âgés sont les moins favorables (47,4 et 53,1 %). Enfin, la majorité (60,6 %) des généralistes est favorable à un autre mode de rémunération, les 40,8 % restant y étant ouvertement opposé.

La justification des dépassements d'honoraires et des actes gratuits : deux facettes d'un même effet de marchandisation ?

L'étude lexicométrique sur les questions ouvertes montre que les actes gratuits et les dépassements relèvent d'une même logique : la marchandisation croissante du secteur de soins. Les actes gratuits sont en baisse et sont justifiés par quatre types d'arguments principaux. Les dépassements d'honoraire sont marqués par une forte dépendance aux secteurs et diffèrent selon les différentes catégories de médecins généralistes répertoriées. Leur justification laisse apparaître l'émergence d'une logique marchande.

Les actes gratuits : volume et justification

La disparition de la pratique des actes gratuits serait, selon Batifoulier & Ventelou (2003), un indicateur significatif d'une forme de marchandisation de la santé. Celle-ci mènerait les médecins à tarifier des actes qu'ils réalisaient gratuitement auparavant. La majorité des omnipraticiens de notre échantillon (81,1 %) déclare ne pas avoir diminué le nombre de leurs actes gratuits au cours de l'année précédant l'enquête. Seuls 14,8 % des praticiens ont bien le sentiment d'une réduction du nombre d'actes gratuits. Mais la dépendance au secteur tarifaire est significative. Pour le secteur 1 dans son ensemble, aucun médecin n'a l'impression d'en faire plus et une petite part, 14,2 %, a l'impression d'en pratiquer moins. À l'inverse, dans le secteur 2, certains praticiens (18,7 % des médecins du secteur 2, soit 4,1 % du total de l'échantillon) disent pratiquer plus d'actes gratuits qu'auparavant.

Ces déclarations, qui semblent désavouer l'hypothèse d'un effet « marchandisation de la santé » sont contredites par les réponses données à une autre question de notre enquête : le nombre d'actes gratuits effectués dans le passé. En croisant cette question avec le nombre d'actes gratuits réalisés au moment de l'enquête, il ressort que tous les généralistes du secteur IFM qui déclaraient ne pas pratiquer d'actes gratuits au moment de l'enquête en réalisaient dans le passé. Il en est de même pour 76,6 % des généralistes du secteur 1C ne pratiquant pas d'actes gratuits et pour 56 % du secteur 1FH. Les praticiens auraient ainsi diminué le nombre de leurs actes gratuits sans même s'en apercevoir.

L'analyse des motifs avancés pour justifier les actes gratuits éclaire sur ce point. Les actes gratuits sont motivés par quatre ensembles d'arguments : techniques, éthiques, commerciaux et personnels. Les premiers (techniques) sont les plus fréquents. Les médecins pratiquent des actes gratuits dans le cas de vaccinations, de lecture de résultats de laboratoires ou

d'imagerie médicale. Le second ensemble d'arguments (éthiques) s'appuie sur la situation financière du patient. Y sont évoqués les dépannages et les difficultés financières des patients, des soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), les difficultés sociales. Le troisième ensemble (commercial) évoque le suivi de consultations ou les renouvellements d'ordonnance, les actes administratifs (certificats médicaux, lettres aux confrères), les actes par téléphone ou les actes jugés courts, simples ou rapides. Le dernier ensemble (personnel) regroupe les motivations liées à une spécificité non médicale du patient, comme lorsque plusieurs membres de la même famille viennent consulter en même temps, lorsque le patient est un proche, un ami ou un confrère.

Ce qui caractérise bon nombre d'arguments invoqués, notamment pour motifs technique ou commercial, c'est que les médecins ne sont pas en mesure de tarifier correctement les actes. Trois raisons sont envisageables : lorsque ce ne sont pas des actes médicaux, les praticiens ne disposent pas des capacités ou des outils d'évaluation adéquats ; lorsqu'il y a impossibilité physique de perception de l'honoraire, comme dans le cas d'une consultation téléphonique ; lorsque le médecin estime son intervention à une valeur inférieure à celle d'une consultation au tarif conventionné, ce dernier n'étant pas divisible, il est techniquement impossible de percevoir une "juste" rémunération.

Or, depuis 2005, les évolutions conventionnelles gomment une partie de ces arguments. La multiplication des tarifs conventionnels apparus dans la convention de 2005 et le passage, la même année, à la classification commune des actes médicaux (CCAM)¹⁰ a permis aux médecins de se construire un référentiel tarifaire pour une partie des actes, notamment techniques, qu'ils réalisent. Il en est de même concernant les actes administratifs puisqu'un référentiel tarifaire comparable a été introduit avec les rémunérations forfaitaires. Par ailleurs, la montée en charge de la CMU/CMU-C et de l'ACS¹¹ depuis 2005, en réduisant le nombre de patients en difficulté financière, diminue les situations dans lesquelles les omnipraticiens ont besoin de mobiliser une motivation éthique. La baisse observée du nombre d'actes gratuits peut donc s'expliquer par un assèchement des situations dans lesquelles les omnipraticiens ont l'occasion de motiver ces actes.

Les dépassements d'honoraires : une forte dépendance au secteur

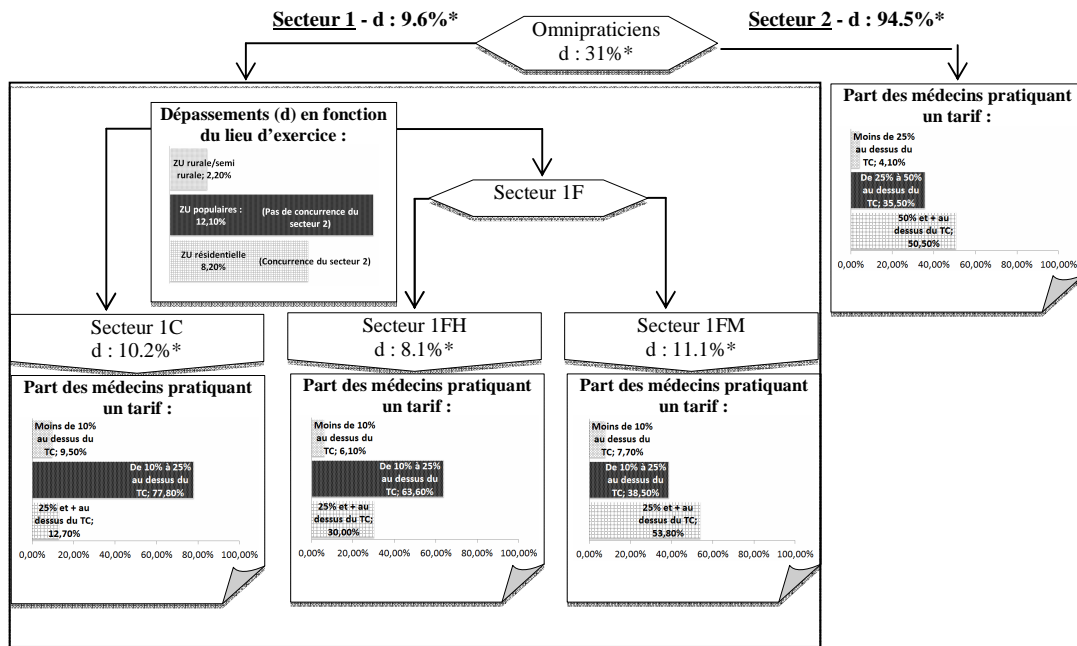
Pour les dépassements d'honoraires, il existe dans notre échantillon une forte dépendance au secteur d'appartenance du praticien (tableau 4). Ainsi, si au total 69 % des praticiens de l'effectif appliquent le tarif conventionnel, ils sont 90,4 % des praticiens du secteur 1 à ne pas pratiquer de dépassement. À l'opposé, seuls 5,5 % des praticiens du secteur 2 appliquent effectivement le tarif conventionnel. Quand il existe, le dépassement reste modeste dans le secteur 1 où seuls 1,3 % des praticiens de ce secteur dépassent de plus de 25 % le tarif conventionnel. À l'inverse, les dépassements sont significativement élevés dans le secteur 2

¹⁰ La CCAM, distingue et tarifie environ 28 000 actes techniques. Elle est principalement utilisée par les médecins spécialistes, sans exclusivité.

¹¹ Le nombre de bénéficiaires de la CMU est passé de 0,9 millions en 2000, à 1,84 millions en 2010 (soit un taux de croissance annuel moyen de 6,1%). Le nombre de bénéficiaires de l'Aide Complémentaire Santé est passé de 375 000 en 2005 à 643 000 en 2010 (soit un taux de croissance annuel moyen de 9,4 %).

où 86,3 % des médecins dépassent de plus de 25 % le tarif conventionnel et 50,5 % d'entre eux le dépassent de plus de 50 %.

Tableau 4. Pratiques des dépassements d'honoraires



* d : part des praticiens effectuant des dépassements.
Les pourcentages sont toujours calculés par rapport au total du groupe concerné.

Si on ne s'intéresse qu'au secteur 1, l'environnement du cabinet est significatif. En zone urbaine résidentielle, les dépassements sont peu nombreux (8,2 % des praticiens). On peut considérer qu'il s'agit d'un positionnement concurrentiel. À l'inverse, il n'y a aucun dépassement en zone rurale et, en zone semi-rurale, les dépassements restent marginaux (2,2 %). Enfin 12,1 % des praticiens de ce secteur pratiquent des dépassements de plus de 10 % dans les zones urbaines populaires. Dans ces zones, la concurrence des praticiens de secteur 2 est inexistante, les dépassements traduisent donc l'absence de positionnement concurrentiel.

Au sein de ce secteur 1, les médecins de la catégorie 1FH (les généralistes n'ayant pas pu choisir leur secteur d'activité et satisfaits de cette situation) se distinguent des autres. Toutes proportions gardées, ces derniers sont les moins nombreux du secteur 1 à pratiquer des dépassements (8,1 % d'entre eux) et les dépassements sont particulièrement faibles puisque plus de la moitié des praticiens (53,8 %) qui dépassent déclare dépasser de moins de 10 % du tarif conventionnel et 92,3 % dépasse de moins de 25 % du tarif conventionnel.

À l'inverse, les médecins des catégories 1C (généralistes ayant choisi leur secteur d'activité) et 1FM (généralistes n'ayant pas pu choisir leur secteur d'activité et insatisfaits de cette situation) sont plus nombreux à pratiquer des dépassements (10,2 % pour le secteur 1C,

11,1 % pour le secteur 1FM) que pour la catégorie 1FH et les dépassements sont plus élevés. La majorité des praticiens déclarant effectuer des dépassements dans ces deux secteurs, soit 77,8 % (secteur 1C) et 63,6 % (secteur 1FM) se situent dans la classe allant de 10 % à moins de 25 % du tarif conventionnel. Cependant, alors qu'en moyenne 19,3 % du secteur 1 dans son ensemble déclare pratiquer plus de dépassements qu'auparavant, ils sont plus du quart (25,4 %) du secteur 1C à avoir ce sentiment.

La justification des dépassements d'honoraire

L'analyse ascendante hiérarchique réalisée avec Alceste des questions ouvertes spécifiques aux dépassements d'honoraires fait émerger quatre classes. La première est la plus riche en vocabulaire, elle regroupe les termes et expressions tarifaires ainsi que les spécificités financières ou personnelles des patients motivant les variations de ces tarifs (critères socio-financiers). On trouve ainsi des modulations de dépassement d'honoraires en fonction de la couverture maladie (CMU, mutuelle), en fonction de la situation financière (situation difficile, difficultés financières, revenu) ou en fonction de la situation personnelle (étudiants).

La seconde classe rassemble les motivations liées au comportement des patients. Les praticiens attendent certains comportements de leur patientèle et sanctionnent les manquements par des dépassements. On trouve ainsi dans cette classe, les termes tels que "motif valable", "déplacements injustifiés", "visites abusives". La troisième classe regroupe les jugements des médecins sur les dépassements de leurs confrères. Le vocabulaire ne constitue pas directement une motivation aux dépassements, mais donne une information sur les représentations des médecins. La classe comprend ainsi principalement un vocabulaire de jugement positif (une "bonne chose" ou une "bonne idée", "j'approuve" ou "je comprends"). Les termes négatifs sont moins nombreux et moins significatifs ("éviter", "abus"). Enfin, la dernière classe est la plus fréquente. Elle rassemble principalement les motifs prévus par la convention médicale pour les dépassements d'honoraires. Les termes de "visites" sont ainsi très fréquents, ainsi que les "exigences particulières" ou les "déplacements".

Il résulte de cette classification que les dépassements d'honoraires sont des instruments permettant au médecin d'exercer des tarifs conformes au jugement qu'il se fait du « juste prix » de chaque acte. Sur la base du dépassement conventionnel, servant de référence à la plupart des dépassements d'honoraires (classe 4) et dans les limites de ce qui est pratiqué par ses confrères (classe 3), le praticien module ses tarifs en fonction de son jugement de la situation financière ou personnelle du patient (classe 1) et de son appréciation de l'éthique du patient (classe 2).

En caractérisant chaque ensemble de motivations à effectuer des actes gratuits et des dépassements d'honoraires en fonction des secteurs tarifaires, deux spécificités ont pu être révélées. En premier lieu, l'augmentation du nombre d'actes gratuits et le maintien d'un taux important de dépassement d'honoraires distingue le secteur 2. Déjà observé dans des travaux précédents (Batifoulier, Ventelou & Protopescu, 2008), cette spécificité est presque exclusivement associée à des motivations éthiques, telles que la capacité (ou l'incapacité) à payer des patients. Pourtant, ce comportement n'est pas dû à une surreprésentation des catégories de patients démunis ou aisés dans la clientèle du secteur 2.

Par ailleurs, si un effet de « mauvaise conscience »¹² peut être envisagé, celui-ci devrait être décelable dans l'analyse des motivations. Or aucun acte gratuit ne semble être motivé de la sorte. Au contraire, tous les actes gratuits sont parfaitement justifiés médicalement ou financièrement. La marchandisation peut fournir une explication plausible à de tels comportements. En effet, la liberté tarifaire focalise l'attention du médecin sur le seul mécanisme marchand : parce que le marché de la santé est imparfait, celui-ci ne peut s'imposer au médecin. Chaque acte médical doit donc faire l'objet d'une interprétation de la part des acteurs, d'une évaluation et éventuellement d'une négociation tarifaire spécifique. Dans ce cadre, les mécanismes de marché seraient, *a priori*, en mesure de satisfaire à la fois les contraintes éthiques et les contraintes comptables imposées par les tutelles.

La seconde spécificité concerne les praticiens du secteur IFM dont le discours est assez proche de celui du secteur 2 mais dont les pratiques diffèrent, principalement à cause des contraintes auxquelles ils sont soumis. C'est en effet cette catégorie de praticiens qui se dit la moins concernée par les tarifs (dès lors qu'ils sont jugés suffisants), effectue les dépassements d'honoraires les moins importants et réduit le plus le nombre d'actes gratuits par rapport aux autres, en justifiant ces actes par les seuls motifs éthiques. Ce scrupuleux respect de la déontologie et de la convention masque l'insatisfaction de ces praticiens, qui aspirent à plus de liberté tarifaire ou à de profondes modifications de leur mode de rémunération (Abecassis & Domin, 2011 ; Barlet, Bellamy, Guillaumat-Tailliet & Jakoubovitch, 2011). Faute de mieux, cette catégorie de médecin se contente de la panoplie de tarifs conventionnels pour établir une grille d'évaluation de leurs tarifs.

Au total, les omnipraticiens semblent associer actes gratuits et dépassements d'honoraires dans un raisonnement global s'appuyant sur un ensemble de motifs communs (*infra* tableau 5). La base de ce raisonnement repose sur la représentation que chaque médecin se fait de son art et du « juste prix » (ou prix éthique) de chaque acte. Cette représentation prend bien sûr sa source dans les textes officiels. Le code de déontologie d'une part, qui attribue au médecin le droit, voire le devoir de moduler ses honoraires en fonction de la situation. C'est le célèbre « tact et mesure »¹³. La convention médicale d'autre part, qui fournit une échelle tarifaire aux actes. Mais cette représentation ne se limite pas à la seule éthique médicale du code de déontologie. Elle se nourrit aussi d'une éthique pragmatique issue des politiques de santé¹⁴ et des valeurs qu'elles véhiculent. La généralisation des mécanismes incitatifs auxquels sont soumis les médecins les mènent ainsi à insérer, quand ils le peuvent, des bonus/malus dans leurs honoraires. Ou encore, en instaurant l'affichage obligatoire des tarifs médicaux au cabinet des praticiens et sur son site internet, l'assurance maladie instaure un climat concurrentiel que certains médecins mobilisent à leur profit alors même que toute concurrence leur est interdite (Art. 56 et 67 du code de déontologie).

¹² Par mauvaise conscience, les médecins compenseraient leurs dépassements d'honoraires par une augmentation du nombre d'actes gratuits.

¹³ Art. 53, al. 1 du Code de Déontologie Médicale : « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* ».

¹⁴ Voir la colonne « Déterminants des variations observées » du tableau 5.

FAUT-IL PLAIDER POUR UN RETOUR À L'ENTENTE DIRECTE ?

Credo de la revendication syndicale, la libéralisation totale des tarifs d'honoraires semble être, selon les résultats de notre enquête, une solution séduisante pour limiter les dépassements d'honoraires et accroître, ou au moins maintenir le nombre d'actes gratuits. Mais cette solution, en amplifiant le pouvoir de monopole des praticiens, introduit des risques excessifs de comportement stratégique.

Le tarif conventionnel contre le marché et l'éthique

Les entraves à l'application d'un « prix éthique » semblent pouvoir se résumer aux contraintes conventionnelles et à des situations concurrentielles particulières (*infra* tableau 5).

Les contraintes conventionnelles peuvent s'interpréter par une double imperfection du marché de la santé. La première imperfection est liée à la discontinuité des honoraires. Ceux-ci sont quasi-libres au-dessus du tarif conventionnel, mais ce dernier représente une borne inférieure légalement infranchissable car elle se heurte à l'impossibilité pour le patient de demander le remboursement d'une fraction de ce tarif à l'assurance maladie. La seconde imperfection, déjà évoquée, relève du manque d'information ou de formation des médecins qui ne savent pas correctement évaluer des tâches non médicales, comme les courriers, certificats, etc., ou ne disposent pas de tous les moyens techniques ni du droit de facturation de certains autres actes (téléphone, mail, ...). Lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'imperfection de ce type, les médecins renoncent à percevoir des honoraires ou demandent des honoraires *minima*, correspondant au tarif conventionnel.

D'autres entraves à l'utilisation d'un « prix éthique », moins générales, peuvent avoir un effet local, agir sur certaines catégories de praticiens ou ne concerner qu'un nombre limité de motifs. La concurrence entre les différents modes de rémunération des médecins par exemple, peut mener certains praticiens à facturer des actes administratifs (éventuellement en appliquant un tarif conventionnel) aux patients pour lesquels ils ne bénéficient pas d'un forfait. La concurrence tarifaire limite aussi localement les marges de manœuvre des praticiens, là où se côtoient les médecins des deux secteurs tarifaires (tableau 4).

Si les entraves à un « juste prix » faible (en dessous du tarif opposable) découlent principalement d'une certaine imperfection du marché, une des solutions serait de rectifier cette imperfection en supprimant la limite inférieure que représente le tarif conventionnel. Cette mesure reviendrait à revenir à la notion d'*entente directe* soutenue par les médecins et leurs syndicats depuis leur origine (Hassenteufel, 2008). L'*entente directe* consiste à reconnaître l'existence d'éléments de différenciation propres aux relations de services et au fait qu'un service ne peut jamais être reproduit à l'identique. Elle est souvent présentée comme une mise en œuvre de l'éthique de proximité, ce qui justifie que les médecins libéraux fassent un certain nombre d'actes gratuits (Ducos, 2010). Même s'il s'agit d'une variante du paiement à l'acte, le principe est bien celui d'une individualisation, car la variation du prix, dépend avant tout du patient et non de l'acte lui-même.

Tableau 5. Motivations tarifaires et entraves économiques

MOTIFS	ACTES GRATUITS	DÉPASSEMENTS	DÉTERMINANTS DES VARIATIONS OBSERVÉES (POUR LE MOTIF CONCERNÉ)	ENTRAVES ÉCONOMIQUES
Éthique	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de la situation financière du patient. - Plus fréquent dans le secteur 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de la situation financière du patient. - Plus fréquent dans le secteur 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les dispositifs publics de prise en charge des plus démunis contribuent à la diminution du nombre d'actes gratuits. - La prise en charge des dépassements par les assurances complémentaires accroît le montant des dépassements. 	<ul style="list-style-type: none"> - le TC* est une contrainte à la baisse des tarifs. - « Concurrence » des dispositifs publics.
Technique	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque la valeur estimée de l'acte est inférieure au TC (actes simples, actes médicaux qui ne relèvent pas directement d'un médecin). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque la valeur estimée de l'acte est supérieure au TC. - Lorsque la convention et/ou la CCAM prévoit un tarif spécifique pour un acte technique ou une situation particulière. 	<ul style="list-style-type: none"> - La multiplication des référentiels (CCAM, multiplications des cas envisagés par la convention) : diminue le nombre d'actes gratuits, - augmente le nombre de dépassements appliqués. 	<ul style="list-style-type: none"> - le TC est une contrainte à la baisse des tarifs. - Manque d'information ou de référentiel : problème d'évaluation du tarif.
Économique ou commercial	<ul style="list-style-type: none"> - Lors de suivis de consultation, - Pour des actes non médicaux (lettres, certificats), - Pour des actes difficilement tarifables, (familles) ou non tarifables (conseils téléphoniques) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour discriminer la patientèle (bonus/malus) en fonction de critères propres à chaque médecin (secteur 2, secteur 1FM) - Pour s'aligner sur les tarifs des autres médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - Les forfaits (médecin traitant, CAPI...) et certains tarifs conventionnels, en rémunérant certains actes non médicaux, diminuent le nombre d'actes gratuits. - La liberté tarifaire et la multiplication des tarifs favorisent les dépassements. 	<ul style="list-style-type: none"> - le TC est une contrainte à la baisse des tarifs. - Manque d'information ou de référentiel : problème d'évaluation du tarif. - Concurrence entre différents modes de rémunération.
Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsque le patient a une caractéristique non financière particulière (confrère, famille...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour exigence particulière du patient. - Motivation peu mobilisée en général et absente du secteur 2 	-	<ul style="list-style-type: none"> - le TC est une contrainte à la baisse des tarifs.

*TC : Tarif conventionnel.

Cependant, l'entente directe se heurte à plusieurs écueils. Le premier est d'ordre éthique puisque le bon fonctionnement de ce mode de tarification des honoraires repose uniquement

sur la confiance dans le cadre du traditionnel colloque singulier¹⁵, dans lequel le médecin est tout puissant. Ce qui, en dehors de tout contrôle, peut donner lieu à toutes les dérives. Le deuxième inconvénient est d'ordre pratique puisque ce système est difficilement compatible avec les mécanismes de remboursement des soins par l'assurance maladie, fondés sur des tarifs de référence. Le risque est, à l'instar de celui observé avec les dépassements d'honoraires, un accroissement des inégalités face aux soins. Le troisième écueil est culturel, le colloque singulier n'a plus la physionomie d'un huis-clos où le médecin-expert prodigue son savoir au patient atone, il tend vers un « colloque-collectif » (Sauze, 2010) où, entre autres, le patient muni de son propre savoir contribue à la décision. Dans ces conditions, l'entente directe devient un exercice complexe de calcul des contributions de chacun.

La contre-productivité de la liberté des prix

L'écueil le plus important est de nature économique. L'entente directe accentuerait la situation de (quasi) monopole discriminant dans lequel se trouve le médecin¹⁶. La discrimination tarifaire consiste à fixer des prix différents pour un même bien sans qu'une différence de coût ne le justifie. Elle résulte d'un comportement de l'*homo œconomicus* qui en situation de monopole ajuste les tarifs en fonction de l'élasticité-prix. Elle peut être appréhendée comme un moyen pour le praticien de fidéliser sa patientèle en se distinguant par les prix, mais également de maximiser son revenu (Kessel, 1958). La discrimination par les prix repose sur une situation de monopole du praticien qui est liée à la sensibilité du patient au prix. Comme l'élasticité-prix est faible dans le cadre du marché de la santé, le pouvoir médical s'en trouve renforcé.

Un tel pouvoir incite les praticiens à développer des stratégies économiques les écartant finalement de leur « prix éthique ». La baisse des tarifs peut ainsi devenir une stratégie pour attirer certaines catégories de patients. Des stratégies de ce type ont été identifiées au XIX^e siècle, juste après le vote de la loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893. Certains médecins ont ainsi volontairement baissé leur tarif de consultation afin d'attirer les couches les plus pauvres de la population dont les frais de soins étaient totalement pris en charge. Cette stratégie de concurrence déloyale a conduit quelques années plus tard les praticiens à s'entendre sur un barème pratiqué par tous (le tarif Jeanne).

La concurrence par les prix est maintenant prohibée par le Code de Déontologie. Le pouvoir de monopole se fonde cependant sur d'autres variables comme la structure du marché. Si un médecin est bien implanté dans sa zone géographique, il capte l'ensemble de la demande. En revanche, si la densité médicale s'accroît, les coûts de prospection deviennent prohibitifs et la demande est de moins en moins sensible au prix : il s'agit d'un monopole croissant et le prix d'équilibre croît avec l'offre (Pauly & Satterthwaite, 1981). Le pouvoir de monopole peut aussi passer par la durée de consultation (qualité). Même avec une tarification conventionnelle, le médecin peut en effet ajuster sa rémunération horaire en fonction du

¹⁵ Le colloque singulier désigne la rencontre entre le malade et le médecin.

¹⁶ Formellement, la suppression du tarif conventionnel mènerait d'une discrimination au troisième degré, où le marché est segmenté en fonction du type de patientèle (CMU, patient hors parcours de soins ...), à une discrimination au premier degré, où chaque patient se voit appliquer un tarif différent.

couple qualité/quantité, ou encore durée/nombre de consultations (Videau, Rolland & Ventelou, 2009).

Dans ces cas-là, l'augmentation des tarifs peut aller à l'encontre de l'accès aux soins. L'introduction de tarifs supérieurs favorise des comportements de renoncement aux soins et notamment d'un renoncement-barrière qui suppose que l'individu doit faire face à un environnement de contraintes diverses (raisons financières, méconnaissance des droits sociaux, mauvaise répartition de l'offre de soins sur le territoire, ...). En 2008, 15,4 % de la population de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Ces difficultés se concentrent sur les soins dentaires (10 %) et l'optique (4,1 %) et s'expliquent principalement par les limites du système social (Després, Dourgnon, Fantin & Jusot, 2011).

Face au monopole discriminant, le patient peut menacer d'aller consulter un autre praticien, il peut exercer une contrainte de marché (Rochaix, 1989). Cette stratégie mène bien le médecin à relâcher son monopole discriminant mais il peut développer d'autres types de stratégies telles que l'investissement dans la qualité : le dépassement d'honoraire devient alors un signal. Dans ce cas, la hausse des tarifs résulte d'un comportement de différenciation par la qualité dans une zone à forte densité médicale (Batifoulier, Bien & Biencourt, 1999). Les médecins généralistes de secteur 2 sont d'ailleurs majoritairement implantés dans des régions où la densité médicale est déjà très forte (Batifoulier, Gadreau & Lievaut, 2009). Le pouvoir monopolistique du médecin favorise ainsi l'émergence d'une demande induite et lui permet d'imposer ses prix.

À toutes ces stratégies, on oppose en général l'argument éthique garanti par le code de déontologie. Certains modèles de comportement tarifaire intègrent donc l'éthique comme variable de contrôle du pouvoir de monopole du médecin, c'est notamment le cas pour l'induction¹⁷. L'utilité de l'induction est positive mais décroissante (en raison de l'éthique). Le médecin limite son pouvoir discrétionnaire (sur prescription, multiplication des actes et des visites, dépassements, ...) parce qu'il lui est coûteux sur le plan psychologique. Le médecin maximise donc son utilité sous une contrainte qu'il s'impose à lui-même. Le statut de cette éthique reste toutefois problématique dans la mesure où le praticien est réduit à un maximisateur qui s'interdit certaines pratiques tarifaires. Mais cette attitude réduit l'altruisme médical : le médecin maximise son utilité à satisfaire le patient (Batifoulier, 2004 ; Batifoulier & Gadreau, 2006). Or, l'activité médicale fait intervenir d'autres types de motivations¹⁸.

À travers ces autres motivations, l'éthique peut alors s'avérer être un allié puissant des stratégies discriminantes. En intégrant par exemple des arguments atypiques tels que ses préférences sociales à côté d'arguments classiques (revenu, temps de travail, loisirs, ...) dans la fonction d'utilité du médecin. Cette dernière reflète bien dans ce cas ses préoccupations sociales, mais également les prédispositions à payer du patient (Kronick, 2001) car les préférences des praticiens se construisent à partir des caractéristiques propres au patient. Il s'agit là d'une forme d'intégration de l'éthique dans la fonction d'utilité du praticien.

¹⁷ Rice (1983) a défini l'induction comme la capacité des médecins à choisir une quantité ou une qualité de traitement différente de celle que choisiraient les patients si ceux-ci disposaient de la même information, cette théorie reposant sur l'hypothèse d'un avantage informationnel des offreurs de soins.

¹⁸ Voir le texte de N. Da Silva dans ce même numéro d'Éthique et Économique.

La discrimination par les prix peut également résulter des caractéristiques propres au patient : le médecin peut ainsi être sensible au patient recommandé, mais également à un proche ou à un confrère pour lesquels il ne fera pas payer ses actes. La segmentation de la patientèle conduit donc le praticien à adopter des comportements tarifaires différents selon ses patients (Ruffin & Leigh, 1973). Dans ce cas, l'éthique est discriminatoire et s'oppose au Code de déontologie. Enfin, le comportement tarifaire peut résulter de la motivation intellectuelle du praticien à soigner des cas difficiles. Les retombées seront autres que financières : le médecin voit son prestige augmenter. L'éthique est ici fonction de la gravité de la pathologie (Zweifel, 1981).

En supprimant le tarif conventionnel, en libérant ou en multipliant les tarifs d'honoraires, on s'attaque à une imperfection du marché en laissant les médecins juger du « prix éthique » de leurs actes. Ce faisant, on amplifie les risques de comportements stratégiques liés au renforcement du pouvoir de monopole discriminant des médecins. A une imperfection du marché on substitue alors une autre imperfection plus pernicieuse que l'éthique ne peut totalement empêcher. Face à un monopole discriminant, la théorie économique propose habituellement de juguler le pouvoir de monopole en imposant un prix unique. En allant dans ce sens, le tarif conventionnel, malgré ses défauts, constitue donc bien un garde-fou supplémentaire contre les stratégies tarifaires individuelles.

CONCLUSION

Depuis la fin des années 1990 se développe une critique médicale à l'encontre de la régulation du système de santé. Elle prend la forme d'un dépassement d'honoraire qui peut être analysé comme un moyen de lutte contre un carcan tarifaire. Pour la profession, le praticien qui choisit de ne pas respecter la norme conventionnelle n'affiche pas pour autant un goût pour le lucre, qui reste un sujet tabou (Bloy, 2002), mais seulement une préférence pour une médecine de qualité (dont la durée de consultation par exemple, est plus longue). Aux mesures restrictives des politiques de santé, menant à une multiplication des actes, les médecins répondent traditionnellement par des arguments qualitatifs, fondés sur les arguments éthiques du code de déontologie.

Pourtant, ce clivage semble s'étioler. Les deux dernières conventions relâchent franchement la contrainte tarifaire au nom d'une régulation jugée plus légitime et plus efficace, celle du marché. Les omnipraticiens adhèrent à cette vision. Cette adhésion se manifeste de plus en plus par une augmentation des cas de dépassements d'honoraires qui représentent en 2008, 11,1 % des revenus libéraux des médecins et 4 % pour les omnipraticiens (Bellamy, 2010). Fondée sur un découpage plus en plus fin des tâches techniques ou des situations, l'adhésion des médecins à la régulation marchande de la santé se traduit également par le développement de plusieurs catégories d'honoraires particuliers rémunérant des tâches autrefois gratuites.

Ces évolutions dénaturent le rôle du tarif conventionnel. Conçu comme un outil nécessaire à la mise en place d'une véritable protection sociale de santé et, à ce titre, comme un allié du comportement éthique des médecins, il en devient la principale entrave en empêchant le médecin d'appliquer ce qu'il considère être le « juste prix ». Régulation marchande et régulation éthique s'allient alors contre la régulation conventionnelle.

Cependant, cette alliance ne suffit pas à compenser les nombreux risques de la liberté totale des prix, connue sous le terme « d'entente directe » au siècle dernier. Au contraire, par rapport au siècle dernier, les comportements stratégiques des omnipraticiens sont exacerbés par le référentiel marchand véhiculé par les politiques de santé (Batifoulier, Domin & Gadreau, 2007). Si l'éthique a pu dans le passé faire rempart au pouvoir de monopole discriminant détenu par les médecins, elle peut dorénavant s'avérer totalement impuissante, voire favoriser des comportements opportunistes. De leur côté, les politiques publiques de multiplication des tarifs, de libéralisation des prix (avec le nouveau secteur optionnel, par exemple) ou de fidélisation des clientèles (*via* le parcours de soin) vont à l'encontre de la théorie économique qui, pour combattre le monopole discriminant, prévoit l'imposition d'un prix fixe.

Au total, ni le marché ni la déontologie, ni même la politique conventionnelle ne semblent plus disposer des outils suffisants pour contrer de façon certaine les comportements de dépassement d'honoraires ou de réduction du nombre d'actes gratuits des omnipraticiens. Une solution réside peut-être dans la recherche d'une modification des motivations des médecins. Les nouveaux modes de rémunération, souhaités par nombre de médecins, peuvent probablement contribuer à cet objectif.

RÉFÉRENCES

- Aballéa, P., Bartoli, F., Esclous, L. & Yeni, I. (2007). Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris:IGAS.
- Abecassis, P., Batifoulier, P., Bilon, I., Gannon, F. & Martin, B. (2005). 'Les médecins sont-ils réellement imperméables aux principes de la politique de santé ? Une analyse textuelle de la déontologie et des conventions médicales', in Joël, M.-E., Wittwer, J. (Eds), *l'Économie du vieillissement*. Paris:L'Harmattan, p. 227-246.
- Abecassis, P. & Domin, J.-P. (2011). 'Comment les omnipraticiens expliquent-ils leurs pratiques tarifaires : quelques paradoxes de la politique de santé'. *Politiques et management public*, 28(1): 27-55.
- Attal-Toubert, K., Fréchou, H. & Guillaumat-Tailliet, F. (2009). 'Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale', in *Les revenus d'activité des indépendants - Édition 2009*. Paris:INSEE, p. 61-76.
- Attal-Toubert, K. & Vanderschelden, M. (2009). 'La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales'. *Études et Résultats*, (679).
- Audric, S. (2004). 'L'exercice en groupe des médecins libéraux'. *Études et Résultats*, (314).
- Bachimont, J., Cogneau, J. & Letourmy, A. (2006). 'Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2'. *Sciences Sociales et Santé*, 24(2): 75-103.
- Barlet, M., Bellamy, V., Guillaumat-Tailliet, F. & Jakubovitch, S. (2011). 'Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ?'. *Revue française des affaires sociales*, 65(2-3): 125-155.

- Batifoulier, P. (2004). 'L'économie contre l'éthique ? Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale'. *Journal d'Economie Médicale*, 22(4): 163-173.
- Batifoulier, P., Bien, F. & Biencourt, O. (1999). 'La pratique des honoraires libres en médecine ambulatoire : le prix signale-t-il la qualité ?'. *Journal d'Economie Médicale*, 17(6): 395-404.
- Batifoulier, P., Domin, J.-P. & Gadreau, M. (2007). 'La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand'. *Économie appliquée*, 60(1): 101-126.
- Batifoulier, P. & Gadreau, M. (2006). 'Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique', in Eymard-Duvernay, F. (Ed) *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. Paris : La Découverte, p. 453-468.
- Batifoulier, P., Gadreau, M. & Lievaut, J. (2009). 'La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique'. *Journal d'Economie Médicale*, 27(4): 222-234.
- Batifoulier, P., Gadreau, M. & Vacarie, I. (2008). *La gouvernance de l'assurance maladie : l'orientation marchande et ses paradoxes*. Paris:DREES-MIRE.
- Batifoulier, P., Lievaut, J. & Gannon, F. (2008). 'Actes gratuits et comportement du médecin. Une étude empirique', in Domin, J.-P., Maric, M., Delabruyère, S., Hédoïn, C. (Eds), *Actualité de l'économie sociale*. Paris:Éditions de L'Harmattan, p. 193-205.
- Batifoulier, P. & Ventelou, B. (2003). 'L'érosion de la part gratuite en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices'. *Revue du MAUSS*, (21): 313-329.
- Batifoulier, P., Ventelou, B. & Protopescu, C. (2008). 'La coloration marchande des comportements médicaux. Une illustration entre la relation entre tarif et durée de consultation', in Batifoulier, P., Maryse, G., Vacarie, I. (Eds), *La gouvernance de l'assurance maladie : l'orientation marchande et ses paradoxes*. Paris : DREES-MIRE, p. 108-122.
- Batifoulier, P., Videau, Y., Arrighi, Y., Gadreau, M. & Ventelou, B. (2010). 'Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention'. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58(5): 301-311.
- Béjean, S., Peyron, C. & Urbinelli, R. (2002). *Comportement et activité des médecins libéraux : une approche conventionnaliste*. Paris:DREES-MIRE.
- Bellamy, V. (2010). 'Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008'. *Études et Résultats*, (735).
- Bloy, G. (2002). 'Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique', in Béjean, S., Peyron, C. (Eds), *Santé, règles et rationalité*. Paris:Économica, p. 73-110.
- Bloy, G. (2005). 'Savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien'. *Revue Française des Affaires Sociales*, 59(1): 103-125.
- Bloy, G. (2004). *Socialisation et transmission professionnelles en médecine générale : étude sociologique du stage chez le praticien*. Paris : DREES-MIRE.
- Bras, P.-L. (2007). 'La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 : manipulation des règles du jeu conventionnel et nouvelles possibilités de dépassement des tarifs'. *La Gazette du Palais*, 7 avril(97): 10-16.

- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R. & Jusot, F. (2011). 'Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique'. *Questions d'économie de la santé*, (170).
- Ducos, J. (2010). *L'économie de la médecine libérale*. Paris:Université Paris IX-Dauphine.
- Dupeyroux, J.-J., Borgetto, M., Lafore, R. & Rolande, R. (2001). *Droit de la Sécurité sociale*. Paris:Dalloz.
- Ferrand-Nagel, S. (1994). 'L'État et le système de santé : les conventions médicales', in Bellon, B., Caire, G., Cartelier, L., Faugère J.-P., Voisin, C. (Ed) *L'État et le marché*. Paris:Économica, p. 172-182.
- Hassenteufel, P. (2008). 'Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire'. *Sève*, (18): 21-28.
- Herzlich, C., Bungener, M., Paicheler, G., Rousin, P. & Zuber, M. C. (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français (1930-1980)*. Paris:INSERM-Doin.
- Kessel, R. (1958). 'Price discrimination in medicine'. *Journal of Law and Economics*, 1(1): 20-53.
- Kronick, R. (2001). 'Valuing charity'. *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 26(5): 993-1001.
- Le Fur, P., Bourgueil, Y. & Cases, C. (2009). 'Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles'. *Questions d'économie de la santé*, (144).
- Legendre, N. (2005). 'L'évolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003'. *Études et Résultats*, (n°412): 1-8.
- Paraponaris, A., Ventelou, B. & Verger, P. (2011). 'La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux'. *Revue française des affaires sociales*, 65(2-3): 29-47.
- Pauly, M. & Satterthwaite, M. (1981). 'The pricing of primary care physician' services : a test of the role of consumer information'. *Bell Journal of Economics*, 12(2): 488-506.
- Rice, T. (1983). 'The Impact of Changing Medical Care Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand'. *Med Care*, 21(8): 803-815.
- Richardson, J. (1981). 'the inducement hypothesis : that doctors generate demand for their own services', in Van der Gaag, J., Perlman, M. (Eds), *Health, economics and Health economics*. Amsterdam:North Holland, p. 189-214.
- Rochaix, L. (1989). 'Information asymmetry and search for the market for physicians' services'. *Journal of Health economics*, 8(1): 53-84.
- Ruffin, R. & Leigh, E. (1973). 'Charity, competition and the pricing of doctors' services'. *Journal of human resources*, 8(1): 212-222.
- Sauze, L. (2010). 'La transition thérapeutique, une révolution culturelle'. *Les Tribunes de la santé*, (26): 125-134.
- Ventelou, B. & Videau, Y. (2010). 'De la motivation des médecins généralistes français', in Batifoulier, P., Buttard, A., Domin, J.-P. (Eds), *Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice*. Lyon:ESKA, p. 93-105.

- Videau, Y., Rolland, S. & Ventelou, B. (2009). 'De la motivation des médecins généralistes français', in Barnay, T., Legendre, F. (Eds), *Emplois et politiques sociales*. Paris:Éditions de L'Harmattan, p. 347-359.
- Zweifel, P. (1981). 'Demande médicale induite par l'offre : chimère ou réalité'. *Consommation, revue de socio-économie*, (4): 39-62.