

En 2017, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) s'élève à 8,9 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle est un peu plus dynamique qu'en 2016 (+1,4 % contre +1,2 %). Ce poste de dépenses représente 4,5 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat en 2017.

Le volume de ces soins évolue par à-coups, selon l'intensité et le calendrier des épidémies. L'effet volume est négatif en 2017 (-1,0 %) [*graphique 1*], les soins de médecins généralistes ayant été plus élevés en 2016 en raison de la survenue de deux épisodes de grippe (respectivement au début et en fin d'année), contre un seul en 2017, d'intensité modérée. L'évolution des prix est liée à celle des tarifs des consultations, des actes, ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros), la croissance des prix est restée inférieure à 0,5 % jusqu'en 2016. Toutefois, l'indice des prix repart à la hausse en 2017 (+2,5 %) sous l'effet de la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie prévoyant plusieurs hausses de tarifs, notamment celle de la consultation à 25 euros depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017.

### Les dépassements poursuivent leur repli

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (2,7 % en 2017) [*graphique 2*]. Ils sont en repli depuis de nombreuses années. Ce repli découle, d'une part, de la diminution de 4,4 % par an en moyenne depuis 2008 du nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 (pratiquant des honoraires libres) [voir fiche 5]. D'autre part, la part des dépassements dans les honoraires des généralistes de secteur 2 est en constante diminution depuis dix ans : elle est passée de 30,9 % en 2008 à 26,6 % en 2017 (*graphique 2*).

Les accords signés en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourraient expliquer cette modération (voir fiche 4). Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, deux dispositifs d'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam pour tous les médecins de secteur 2 et Optam-CO pour les médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) [voir glossaire] remplacent le

dispositif de contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place en 2012. Ces dispositifs ont pour but d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables. Au 31 décembre 2017, plus de 15 000 médecins avaient adhéré aux dispositifs Optam et Optam-CO, soit 30 % de plus que pour le CAS.

### Les rémunérations forfaitaires représentent désormais une part significative des honoraires

En 2011, le montant des honoraires moyens par omnipraticien a progressé de 5,6 % sous l'effet de la revalorisation de la consultation (*graphique 3*). Les honoraires moyens par omnipraticien ont ensuite évolué plus modérément, de 2,3 % en moyenne jusqu'en 2016. Hors rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), leur rémunération moyenne progresse plus rapidement en 2017 qu'en 2016 (+2,9 % contre +1,8 %) sous l'effet de la convention d'août 2016.

Depuis 2012, la ROSP complète la rémunération des médecins en fonction du degré de réalisation d'objectifs, principalement de qualité des soins et de prescription.

La ROSP des médecins généralistes a été modifiée dans la convention médicale d'août 2016, avec notamment l'introduction de nouveaux indicateurs dès 2017. Les effets de la refonte de la ROSP sur la rémunération des médecins sont difficiles à mesurer pour cette année de transition : les omnipraticiens concernés par la ROSP ont perçu à ce titre, en moyenne, 4 522 euros pour l'année 2017 selon la CNAM, soit un montant moyen 35 % inférieur à celui de 2016. Toutefois, une partie de la ROSP antérieurement consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant (voir glossaire), ce qui rend les résultats peu comparables entre 2016 et 2017.

Depuis 2008, la part des rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP et forfait médecin traitant) dans la rémunération des généralistes a doublé. Elle atteindrait 13 % en 2017 selon la CNAM (*graphique 4*). En revanche, la part des actes cliniques (consultations et visites) des rémunérations a diminué, de 89 % en 2008 à 81 % en 2017. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a légèrement augmenté (+2 points, à 7 % en 2017).

**Soins de médecins de ville** : Dans les comptes de la santé, ils comprennent les honoraires des médecins (tarif opposable, dépassements et forfait médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins »), ainsi que les allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

**Médecin généraliste** : Par commodité, le terme est employé ici pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins spécialistes en médecine générale au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

#### Pour en savoir plus

> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, avril). *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018*. Dossier de presse.

> Base de données de surveillance continue de phénomènes de santé comme certaines maladies infectieuses, réseau Sentinelles : <https://www.sentiweb.fr/>

**Tableau 1** Consommation de soins de médecins généralistes en ville

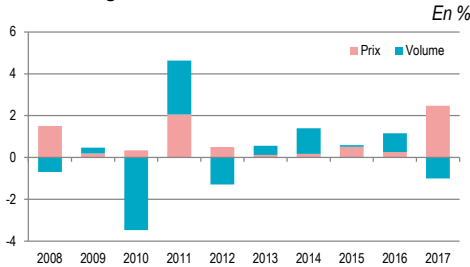
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Consommation totale (en millions €)</b>	<b>8 407</b>	<b>8 447</b>	<b>8 181</b>	<b>8 564</b>	<b>8 495</b>	<b>8 542</b>	<b>8 662</b>	<b>8 713</b>	<b>8 813</b>	<b>8 941</b>
Valeur	0,8	0,5	-3,2	4,7	-0,8	0,6	1,4	0,6	1,2	1,4
Évolution (en %) Prix	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5
Évolution (en %) Volume	-0,7	0,3	-3,5	2,6	-1,3	0,4	1,2	0,1	0,9	-1,0

**Note** > Les soins de médecins de ville excluent les honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins ») [voir annexe tableaux détaillés].

L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'effet prix des soins de médecins généralistes s'élève à +4,9 %.

**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

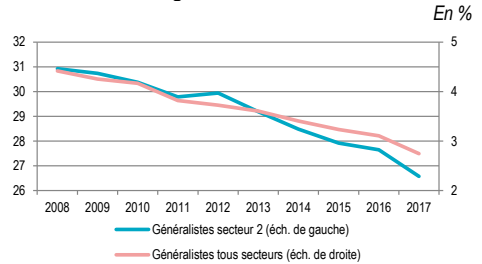
**Graphique 1** Évolution de la consommation de soins de généralistes en ville



**Note** > L'indice de prix est commun aux médecins généralistes et spécialistes.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

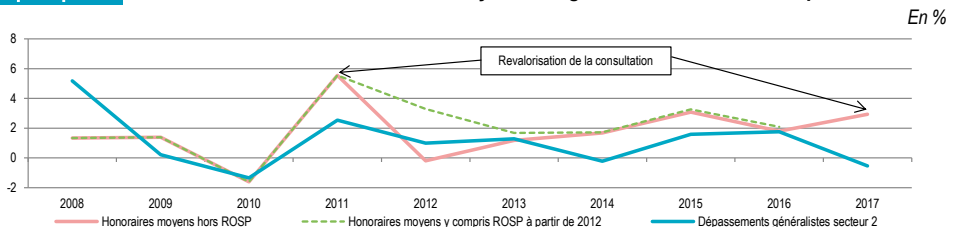
**Graphique 2** Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux



**Champ** > Honoraires des généralistes libéraux, y compris honoraires perçus en établissements privés, hors ROSP ; France.

**Sources** > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

**Graphique 3** Évolution des honoraires annuels moyens des généralistes en activité à part entière

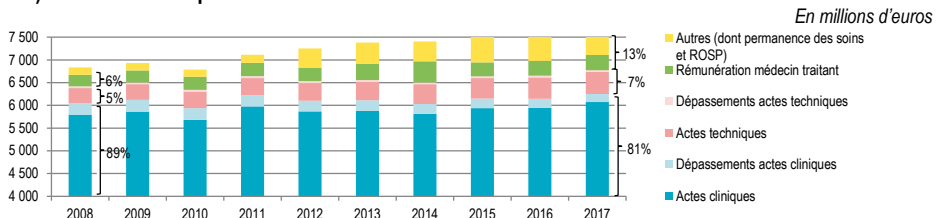


**Note** > La série « Honoraires moyens y compris ROSP » concerne les versements de la ROSP au titre de l'année en cours. L'année 2017 étant une année de transition pour la ROSP, les données disponibles ne permettent pas de tracer le point 2017 de cette série.

**Champ** > Médecins généralistes libéraux actifs à part entière, i.e. ayant exercé une activité libérale normale pour une année complète. Sont exclus les médecins de plus de 65 ans, ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés ; France.

**Sources** > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

**Graphique 4** Structure de la dépense présentée au remboursement\* (y compris rémunérations forfaitaires) de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville



\* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires.

**Note** > Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins généralistes en ville des comptes de la santé (présentée dans le tableau 1). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement et porte sur la CNAM uniquement. Par ailleurs, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment la ROSP qui est versée avec un an de décalage.

**Sources** > CNAM, régime général, France métropolitaine ; calculs DREES.