

Quels effets d'une revalorisation du tarif des consultations médicales sur l'offre de soins ?

Notes IPP

n° 118

Novembre 2025

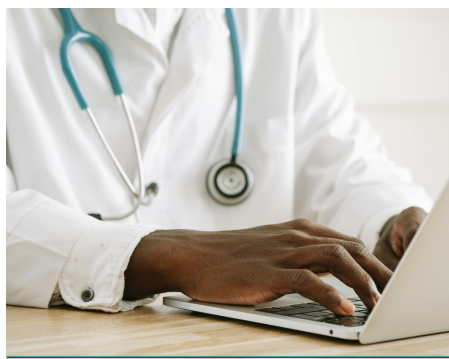
Philippe Choné
Lionel Wilner

ISSN 1959-0199

www.ipp.eu

Le prix d'une consultation chez un médecin généraliste conventionné en secteur 1 a été augmenté de 23 à 25 euros au 1^{er} mai 2017. Cette hausse de prix a été décidée par l'Assurance Maladie en accord avec les représentants des médecins, à l'issue de la Convention médicale d'août 2016, afin d'aligner progressivement les honoraires médicaux sur ceux des pays comparables de l'OCDE. Cette « expérience naturelle » permet d'évaluer l'impact causal d'une augmentation des tarifs médicaux sur un ensemble d'indicateurs relatifs à l'offre de soins. Les résultats suggèrent que la hausse des tarifs n'a que peu affecté la fréquence à laquelle les patients se rendent chez leur généraliste, mais qu'elle a conduit les praticiens concernés à voir davantage de patients chaque mois, en augmentant tant le nombre de patients vus chaque jour que le nombre de jours travaillés par mois. L'impact de cette mesure est particulièrement prononcé pour les médecins de moins de 40 ans. On observe par ailleurs une baisse des prescriptions de médicaments par patient, en moyenne, après la revalorisation tarifaire. Si la mesure a certes coûté davantage à l'Assurance Maladie, ce surcroît de dépenses résulte de la seule augmentation du nombre de patients : de légères économies ont été réalisées au niveau de chaque patient.

- Au 1^{er} mai 2017, la consultation chez les médecins généralistes libéraux conventionnés en secteur 1 passe de 23 à 25 euros.
- Suite à cette revalorisation tarifaire de 8,7 %, les praticiens concernés voient leur activité mensuelle, mesurée en nombre de consultations, augmenter en moyenne de 7 à 10 %, soit une élasticité de l'offre de soins à sa rémunération d'environ 1.
- Cette hausse provient presque exclusivement d'une augmentation du nombre de patients (+11 % en moyenne), et non d'un changement dans la fréquence des consultations.
- La hausse du nombre de patients résulte autant d'une augmentation du nombre de patients vus quotidiennement (de l'ordre de +5 %, en moyenne) que d'un accroissement de l'offre de travail des médecins (+4 %, en moyenne).
- Les prescriptions de médicaments rapportées au nombre de patients ont diminué de 4,5 % en moyenne.
- Le coût mécanique de la mesure pour l'Assurance Maladie s'est élevé à 500 millions d'euros de frais d'honoraires et 400 millions d'euros de remboursements de médicaments supplémentaires. La réaction comportementale des médecins, en termes de hausse d'activité, aurait dû conduire à un doublement de ces dépenses d'honoraires, mais elle a été compensée par la tendance à la baisse de l'offre de soins sur la période.



L'Institut des politiques publiques (IPP) a été créé par PSE et est développé dans le cadre d'un partenariat scientifique entre PSE-École d'Économie de Paris et le Groupe des écoles nationales d'économie et de statistique (GENES). L'IPP vise à promouvoir l'analyse et l'évaluation quantitatives des politiques publiques en s'appuyant sur les méthodes les plus récentes de la recherche en économie.

Le pilotage de l'offre de soins est un défi particulièrement complexe dans un contexte de raréfaction de cette dernière, voire de pénurie dans certains territoires qualifiés de « déserts médicaux ». Dans ces conditions, il est légitime de s'interroger sur l'efficacité des outils à la disposition du régulateur, qui peuvent actionner plusieurs leviers. Une piste naturelle consiste à tenter d'accroître le nombre de médecins (« marge extensive ») en formant et en diplômant davantage (suppression du *numerus clausus*, en particulier), en ayant recours à des médecins étrangers, ou encore en reculant les âges légaux de départ en retraite (et plus généralement, de favoriser leur maintien, même partiel, plus tardif dans le marché du travail). Toutefois, à nombre de médecins donné, il est également envisageable d'agir sur la « marge intensive », c'est-à-dire de chercher à augmenter l'offre de soins globale via des tarifs de soins incitant les praticiens installés à travailler davantage.

En France, le prix d'une consultation chez un médecin généraliste est relativement peu élevé en comparaison avec la plupart des pays de l'OCDE, où ce service de santé est aussi assuré par la médecine libérale. Suite à des négociations entre les représentants des médecins libéraux et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en charge du remboursement des soins, il a été décidé lors de la Convention médicale d'août 2016 de revaloriser ce tarif en le portant de 23 à 25 euros au 1^{er} mai 2017. Ce montant a été augmenté ultérieurement à 26,50 euros au 1^{er} novembre 2023, puis à 30 euros au 22 décembre 2024. Ces montants correspondent à la « base de remboursement », dont l'Assurance Maladie prend en charge une part égale à 70 %. La fraction restante est généralement couverte par les assureurs complémentaires ; en 2016, 96 % des patients disposent d'une telle couverture. Une franchise reste toutefois à la charge des patients, et cette participation forfaitaire, initialement fixée à 1 euro pour chaque consultation, a été doublée le 15 mai 2024. Lorsque les patients consultent un médecin généraliste libéral conventionné en secteur 1 (Encadré 1), le prix dont ils s'acquittent correspond à cette base de remboursement : dans la plupart des cas, leur « reste à charge » est ainsi constitué de cette seule franchise. En revanche, lorsqu'ils optent pour un médecin généraliste libéral conventionné en secteur 2, ils sont susceptibles de faire face à des dépassements d'honoraires : la différence avec cette base de remboursement reste alors à leur charge, tout comme la franchise.

La présente analyse tire parti du passage de 23 à 25 euros, soit une hausse de 2 euros ou encore de 8,7 % de la base de remboursement, survenue au 1^{er} mai 2017. Ce choc est utilisé comme une « expérience naturelle » permettant de mesurer l'impact des incitations financières sur l'offre de travail des médecins. Cette évaluation s'appuie sur les données exhaustives du *Système National des Données de Santé* (SNDS) entre 2016 et 2018, qui couvrent

l'univers des patients et des professionnels de santé en France, comprenant en particulier l'intégralité des feuilles de soins, télétransmises ou non (*Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie* ou SNIIRAM). Le champ de l'étude porte essentiellement sur environ 55000 médecins généralistes et 6500 spécialistes en accès direct âgés de 30 à 79 ans exerçant en France métropolitaine, hors Corse, entre janvier 2016 et octobre 2018. Les deux derniers mois de 2018 sont exclus de l'analyse, car des remontées de feuilles de soins non télétransmises peuvent avoir lieu jusqu'à 40 jours après la consultation. L'analyse principale agrège les observations au niveau mensuel et se concentre sur les médecins pour lesquels les informations suivantes sont disponibles : âge et sexe du praticien, commune du cabinet médical, et caractéristiques de la commune (population, densité et indice d'*Accessibilité Potentielle Localisée*, APL, servant à classer les territoires en déserts médicaux). Sur la période d'observation, l'activité globale des médecins généralistes libéraux se maintient à environ 250 millions de consultations par an, voire diminue légèrement. Ce diagnostic, déjà posé par la Cour des Comptes (2024), est en lien avec la féminisation progressive de la profession.

La stratégie d'identification de l'impact causal de la revalorisation tarifaire sur l'activité des médecins consiste à comparer un groupe affecté par cette mesure, dit « groupe de traitement », ou encore groupe traité, avec un groupe non directement concerné, qualifié de « groupe de contrôle ». Plusieurs groupes de contrôle pertinents peuvent être envisagés : les médecins spécialistes libéraux en accès direct (ophtalmologues, gynécologues et stomatologues, à l'exclusion des pédiatres et des psychiatres dont les honoraires ont également fait l'objet d'une revalorisation totale ou partielle en 2017) ; ou encore les médecins généralistes libéraux en secteur 2.¹

La validité de cette approche qualifiée de « méthode des doubles différences », qui permet de quantifier l'effet causal d'un traitement par une double différence, d'abord entre après et avant le traitement, et ensuite entre les groupes, repose sur deux hypothèses. D'abord, le groupe de contrôle ne doit pas avoir été affecté par le traitement, ici la revalorisation tarifaire de la base de remboursement, même indirectement. Cette hypothèse est plausible dans le cas des spécialistes en accès direct ; plus fragile, en théorie, dans le cas des généralistes en secteur 2, en raison de possibles interactions concurrentielles entre les deux secteurs.

De fait, la Figure 1 permet de vérifier que les tarifs des

1. Une autre méthode de doubles différences, au niveau des mois calendaires entre 2016 et 2017, a également été mise en œuvre, qui consiste à considérer les mois de janvier à avril (pas affectés par la hausse des honoraires intervenue en mai) comme groupe de contrôle, et les mois de mai à décembre comme groupe traité. Cette approche, détaillée dans l'étude et conduisant à des résultats similaires, a notamment été utilisée par Bonnet et al., 2022.

Box 1 : Le secteur de conventionnement, un choix contraint

Pour les médecins libéraux, le choix du conventionnement avec l'Assurance Maladie s'effectue dès la première installation en cabinet. D'un côté, le secteur 1 permet de bénéficier d'exonérations de cotisations sociales (famille et maladie) mais interdit les dépassements d'honoraires. D'un autre côté, le secteur 2 autorise de tels dépassements (les honoraires peuvent être libres ou encadrés en cas d'adhésion à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM) à condition qu'ils soient pratiqués « avec tact et mesure », conformément à l'article 53 du Code de Déontologie d'octobre 1995, qui trouve lui-même son inspiration dans le serment d'Hippocrate. En contrepartie, les médecins libéraux optant pour ce mode de conventionnement ne bénéficient d'aucun allègement de charges.

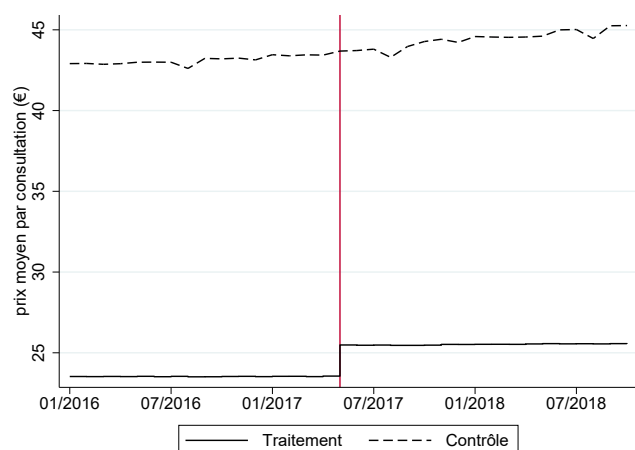
En 2016, on compte environ 55000 médecins généralistes libéraux en secteur 1, contre 5000 en secteur 2 (principalement des praticiens âgés, masculins, exerçant à Paris ou dans des grandes aires urbaines). L'accès des médecins généralistes au secteur 2 est en effet restreint depuis la Convention médicale de 1990 (Coudin et al., 2015) : il est réservé aux anciens praticiens hospitaliers (PH), assistants des hôpitaux ou chefs de clinique-assistants (CCA) ayant effectué des missions d'enseignement et de recherche à l'hôpital. S'il est possible de basculer du secteur 2 vers le secteur 1 en cours de carrière, la réciproque n'est pas vraie. Le secteur 2 est ainsi en voie d'extinction pour les médecins généralistes.

Figure 1 – L'évolution des honoraires des médecins généralistes libéraux en secteur 1, comparée à deux groupes de contrôle, entre 2016 et 2018

(a) Contrôle : spécialistes en accès direct



(b) Contrôle : généralistes en secteur 2



Lecture : En juin 2017, le prix moyen d'une consultation chez un généraliste en secteur 2 s'élève à 40 euros, contre 25 euros chez un généraliste en secteur 1.

Note : Spécialistes en accès direct : gynécologues, ophtalmologues, stomatologues.
Champ : Médecins libéraux, France métropolitaine hors Corse, 2016-2018 (hormis novembre-décembre 2018).

Source : SNDs.

est observée pour les généralistes en secteur 2. Pour atténuer les craintes relatives à l'invalidité de cette hypothèse au sujet de ces derniers, une comparaison menée entre les généralistes en secteur 2, considérés comme groupe traité, et les spécialistes en accès direct, considérés comme groupe de contrôle, montre que les premiers ne semblent pas avoir significativement augmenté leur activité (Tableau 1, ligne 4).

Ensuite, les groupes de traitement et de contrôle doivent présenter des évolutions similaires en l'absence du traitement, en ce qui concerne l'activité lorsque cette dimension est évaluée. Cette hypothèse n'est pas testable, par définition : elle nécessiterait d'observer une situation contrefactuelle dans laquelle un groupe traité n'aurait pas bénéficié du traitement. Cependant, cette hypothèse est traditionnellement jugée acceptable dès lors que les évolutions sont bien comparables entre les groupes avant le traitement. La Figure 2 suggère que cette hypothèse ne peut en effet être rejetée sur la base des observations antérieures à mai 2017 pour les trois groupes de contrôle envisagés (à l'exception manifeste du dernier en janvier 2016, pour lequel ce mois est alors écarté de l'analyse). Enfin, une approche économétrique (soit une correction statistique) permet d'ajuster l'impact estimé de la mesure pour des facteurs conjoncturels (spécifiques à chaque mois calendaire) et individuels (propres à chaque médecin).

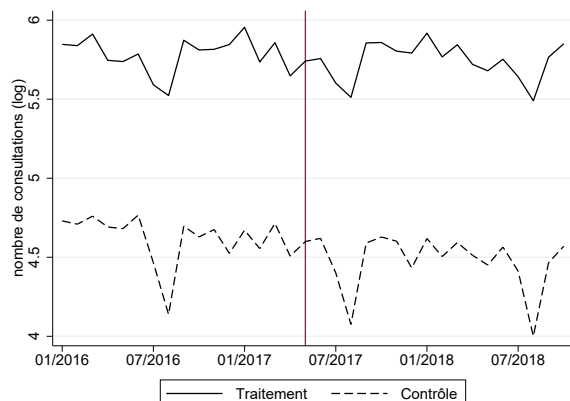
Une activité des (jeunes) médecins (très) sensible aux incitations financières

Cette approche économétrique, qui met en œuvre la méthode d'évaluation des doubles différences, conduit à estimer qu'une revalorisation tarifaire de 8,7 % du prix engendre une hausse de l'activité comprise entre 7 et 10 %, selon le groupe de contrôle retenu. Lorsqu'on compare les généralistes du secteur 1 aux spécialistes en accès direct, l'augmentation est estimée à 10,1 % (Tableau 1, ligne 1)

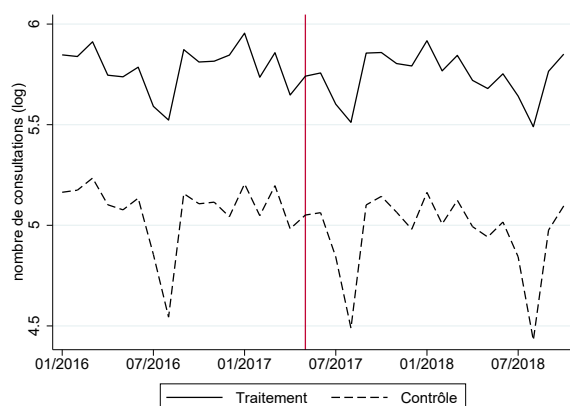
spécialistes en accès direct considérés ici n'ont pas varié au 1^{er} mai 2017, tandis qu'une légère augmentation

Figure 2 – L'évolution comparée de l'activité des médecins généralistes libéraux en secteur 1

(a) Spécialistes en accès direct



(b) Généralistes en secteur 2



Lecture : En juin 2017, un généraliste en secteur 2 a une activité mensuelle d'environ $e^{5.05} \approx 156$ consultations, contre $e^{5.75} \approx 314$ consultations pour un généraliste en secteur 1.

Notes : Traitement : Généralistes en secteur 1. Contrôle : Spécialistes en accès direct, généralistes en secteur 2 ou généralistes en secteur 1 en 2016. Spécialistes en accès direct : gynécologues, ophtalmologues, stomatologues.

Champ : Médecins libéraux, France métropolitaine hors Corse, 2016-2018 (hormis novembre-décembre 2018).

Source : SNDS.

alors qu'elle s'élève à 9,1 % (Tableau 1, ligne 2) lorsqu'on les compare aux généralistes en secteur 2. En termes économiques, ces résultats permettent de conclure à une élasticité de l'ordre de 1, de l'offre de travail des médecins, cette élasticité étant mesurée par la variation d'activité, en %, consécutive à une augmentation de 1 % de leurs honoraires.

De manière générale, l'activité augmente relativement aux deux groupes de contrôle sur la période considérée, mais baisse en niveau absolu comme évoqué *supra*. Pourtant, les résultats précédents, propres au seul effet des incitations financières, ne sont pas incompatibles avec cette diminution globale, qui provient, elle, de facteurs conjoncturels, communs à l'ensemble des médecins, dont la féminisation de la profession. Signalons encore que les estimations précédentes sont obtenues en omettant les mois d'avril et de mai 2017, potentiellement sujets à des phéno-

mènes d'anticipation de la part des praticiens. De fait, certains médecins semblent avoir préféré reporter une partie de leurs consultations d'avril à mai 2017 afin de bénéficier au maximum de la hausse d'honoraires prévue. Les résultats sont néanmoins peu sensibles à l'exclusion, ou non, de cette période. Par ailleurs, des résultats similaires sont également obtenus sur un échantillon de médecins toujours actifs entre janvier 2016 et octobre 2018 : ils ne proviennent donc pas d'effets de composition liés aux entrées et sorties de praticiens au cours de cette période. En outre, une analyse de sensibilité usuelle consiste à appairer, préalablement à l'estimation, un ou plusieurs médecins du groupe traité à un ou plusieurs médecins du groupe de contrôle, afin de rendre ces deux groupes plus comparables en termes d'âge, de sexe ou encore de localisation géographique. Un tel exercice conduit à augmenter légèrement l'effet précédemment estimé (+12,7 %, cf. Tableau 1, ligne 4). Enfin, des tests de falsification ont été conduits de manière à pouvoir invalider, le cas échéant, l'interprétation causale des résultats précédents. Pour cela, on estime l'« effet » d'une réforme placebo, simulée au 1^{er} mai 2016 ; il n'est alors pas possible de rejeter l'hypothèse de nullité de cet effet au seuil de significativité statistique de 5 % (Tableau 1, lignes 5 et 6).

Parmi les médecins concernés, certains ont réagi plus fortement à ces nouvelles incitations financières. Ainsi, les plus jeunes, âgés de 30 à 39 ans, ont davantage augmenté leur activité : pour cette catégorie de médecins, l'élasticité estimée est de 2, ce qui correspond à une hausse de l'activité encore plus prononcée, de l'ordre de presque 20 %. À l'inverse, les médecins les plus âgés, entre 60 et 69 ans, n'ont que faiblement augmenté leur activité. L'effet estimé de la revalorisation de la consultation sur l'activité est décroissant avec l'âge (Figure 3), ce qui est cohérent avec un « effet revenu » plus fort à cette période du cycle de vie. Dans l'arbitrage entre consommation et loisir des médecins, la mesure a en effet rendu le loisir moins attractif (son « coût d'opportunité » a augmenté). Cet « effet de substitution » conduit les médecins à travailler davantage pour financer leur consommation. Il s'oppose toutefois à l'effet revenu, qui vient rendre ce besoin de financement moins prégnant, en lien avec une rentabilité accrue des consultations. En pratique, les estimations précédentes suggèrent qu'en moyenne sur l'ensemble des médecins généralistes de secteur 1, l'effet de substitution domine l'effet revenu mais que pour les médecins plus avancés dans leur carrière, l'effet revenu est suffisamment important pour contrebalancer l'effet de substitution, conduisant à une réponse très faible de l'offre de travail.²

Les résultats ci-dessus (élasticité positive de l'offre de

2. Des analyses similaires ont été conduites sur deux spécialités médicales, la psychiatrie et la cardiologie, ayant également connu une revalorisation tarifaire similaire au 1^{er} juillet 2017. L'effet revenu semble compenser l'effet de substitution pour les cardiologues, qui ne modifient pas significativement leur activité, tandis qu'il paraît dominer chez les psychiatres, qui diminuent la leur de 2 %.

Tableau 1 – Impact de la revalorisation tarifaire sur l'activité

	Test de robustesse	Effet estimé (log-point)	Écart-type	Groupe de contrôle	Effet individuel	Effet temporel	Observations
1	Activité (secteur 1)	0.0965***	(0.00572)	GOS	Médecin	Mois	1806757
2	Activité (secteur 1)	0.0879***	(0.00488)	Secteur 2	Médecin	Mois	1742230
3	Activité (secteur 2)	0.00803	(0.00736)	GOS	Médecin	Mois	336834
4	Appariement préalable	0.120***	(0.0257)	GOS	Médecin	Mois	1673711
5	Placebo	0.0317	(0.0196)	GOS	Physician	Mois	823477
6	Placebo	0.0199	(0.0138)	Secteur 2	Médecin	Mois	798915

Lecture : Suite à la revalorisation des honoraires intervenue au 1er mai 2017, l'activité des médecins généralistes en secteur 1 a progressé de $100(e^{0.0965} - 1) \approx 10.1\%$ plus rapidement que celle des gynécologues, ophtalmologues, et stomatologues.

Notes : GOS : Gynécologues, ophtalmologues, stomatologues. Les écarts-types sont clusterisés au niveau du médecin.

Champ : Médecins libéraux, France métropolitaine hors Corse, 2016-2018 (hormis avril-mai et novembre-décembre 2018).

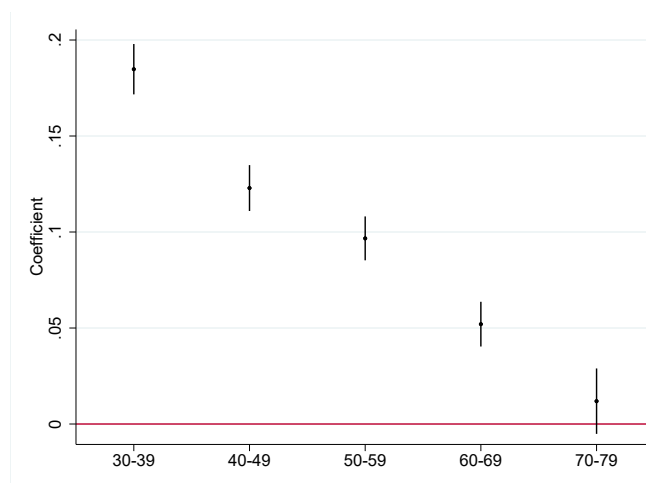
Source : SNDS.

travail, effet revenu dominé par l'effet de substitution) concordent avec ceux obtenus par Clemens et Gottlieb, 2014 sur données américaines.³ En revanche, ils contrastent avec ceux de Coudin et al., 2015, qui suggèrent une élasticité *négative* de l'offre de travail des médecins généralistes.⁴ Outre les contextes très éloignés, ces estimations différentes peuvent s'expliquer par le signe et l'ampleur des chocs de prix en question (+8,7% dans la présente étude, -42% chez Coudin et al., 2015). Pris ensemble, ces résultats suggèrent que la réponse des médecins à une variation de leurs honoraires dépend non seulement du pays et de la période considérés, mais aussi du niveau de revenu du médecin (dont l'âge est un facteur explicatif) ainsi que de la nature et de l'ampleur du choc tarifaire.

Si les femmes médecins semblent également avoir davantage réagi (+12,2%) aux nouvelles incitations financières que leurs confrères (+8,9%), cette différence s'estompe complètement une fois que l'on contrôle par l'effet d'âge précédent, les femmes médecins étant plus jeunes.

En termes de localisation géographique, si la hausse de l'activité tend à être plus prononcée dans les zones à indice APL élevé, les différences estimées entre les trois types de zones au regard de l'accessibilité de l'offre de soins des médecins généralistes libéraux (*Zones d'Intervention Prioritaire* ou ZIP, soit les déserts médicaux, *Zones d'Action Complémentaire* ou ZAC, zones restantes dites hors vivier) ne sont pas statistiquement significatives au seuil de 5%. De même, sur la base de données agrégées au niveau des médecins, il n'est pas possible de déceler de différence entre les zones plus ou moins densément peuplées. Cependant, les territoires les mieux dotés en médecins généralistes libéraux, caractérisés par une densité

Figure 3 – Un effet qui s'estompe sensiblement avec l'âge du médecin



Lecture : Les médecins âgés de 30 à 39 ans ont vu leur activité augmenter de $100(e^{0.18} - 1) \approx 19.7\%$ plus rapidement que celle des gynécologues, ophtalmologues, et stomatologues suite à la revalorisation tarifaire.

Notes : Traitement : Généralistes en secteur 1. Contrôle : Spécialistes en accès direct.

Champ : Médecins libéraux, France métropolitaine hors Corse, 2016-2018 (hormis novembre-décembre 2018).

Source : SNDS.

médicale plus importante, sont aussi ceux dans lesquels la revalorisation tarifaire a eu le plus d'impact. Pris ensemble, ces résultats suggèrent que l'accès aux soins a pu être renforcé dans les zones les mieux dotées en médecins généralistes libéraux, mais pas nécessairement dans les zones sous-dotées.

Une fréquence des consultations presque inchangée, mais un accroissement de la patientèle

Quels mécanismes ont pu conduire à l'augmentation de l'activité documentée précédemment? De fait, l'activité mesurée en nombre de consultations est le produit de deux termes : le nombre de patients d'une part, et le

3. Ces auteurs estiment même une élasticité encore plus élevée (1,5 au lieu de 1). Ils se limitent cependant à la population de patients âgés de 65 ans et plus, couverts par *Medicare*.

4. Ces autrices montrent que pour les généralistes affectés par la restriction de l'accès au secteur 2 intervenue en 1990 (cf. encadré *supra*), cette restriction a correspondu à une baisse de 42% du niveau des honoraires et s'est traduite par une hausse d'activité de 50% par rapport aux médecins de secteur 2.

nombre de consultations par patient d'autre part, permettant de rendre compte de la fréquence des consultations. Les analyses montrent que la fréquence a peu varié suite à la revalorisation, le nombre de consultations par patient ayant seulement augmenté de 0,2 % (Tableau 2, ligne 3). Ainsi, la hausse de l'activité constatée est presque exclusivement portée par l'élargissement de la patientèle (+11,1 %), cf. Tableau 2, ligne 4.⁵ De ce point de vue, l'intensité des soins (au sens de la fréquence de consultation) n'a pas été modifiée, tandis que l'accès aux soins (au sens de la taille de la patientèle) a progressé en secteur 1. Ces résultats ne semblent pas témoigner de comportements d'induction de la demande par les médecins (faire revenir les patients plus souvent). Ils sont au contraire plutôt cohérents avec un afflux de nouveaux patients vers le secteur 1. Ce dernier constat est renforcé par le fait que le nombre de patients, potentiellement nouveaux, vus en tant que médecins traitants par les praticiens ayant bénéficié de la revalorisation tarifaire a, lui aussi, augmenté d'environ 4 % en raison de cette hausse du prix de la consultation (Tableau 2, ligne 7).

De la même manière, il est encore possible de décomposer le nombre de patients ayant consulté comme le produit de deux termes : le nombre de patients par jour et le nombre de jours travaillés par mois. Lorsque l'on estime l'impact de la revalorisation tarifaire sur chaque terme, on conclut que le premier a augmenté d'environ 5 % et que le second a également augmenté d'environ 4 % (Tableau 2, lignes 5 et 6). Par conséquent, afin de servir la demande supplémentaire de patients, les médecins généralistes en secteur 1 ont à la fois vu davantage de patients chaque jour (en raccourcissant la durée moyenne d'une consultation ou/et en rallongeant les horaires d'ouverture du cabinet) et travaillé plus de jours chaque mois (notamment dans le cas d'un exercice à temps partiel, le nombre de samedis travaillés n'augmentant, lui, pas substantiellement).

Un coût limité pour l'Assurance Maladie, partiellement compensé par de moindres prescriptions médicamenteuses

Quel coût supplémentaire cette mesure a-t-elle engendré pour l'Assurance Maladie ? L'effet mécanique d'une hausse de 2 euros de la consultation implique une augmentation de 500 millions d'euros par an, puisque chaque année, l'activité médicale globale s'élève à environ 250 millions de consultations. Néanmoins, ce calcul doit être

révisé pour au moins deux raisons. En premier lieu, la réaction comportementale précédemment documentée, à savoir l'ajustement à la hausse de l'activité des médecins concernés à ces nouvelles incitations financières, vient augmenter ce coût. Lorsque la base de remboursement augmente de 1 %, les estimations précédentes indiquent en effet que les dépenses de l'Assurance Maladie augmentent de 2 % (1 % en raison de l'effet-prix + 1 % en raison de l'effet-volume). Dans le cas présent d'une hausse de 8,7 %, le coût de cette mesure aurait alors été de 18,8 % (Tableau 2, ligne 2), soit un doublement du chiffre précédent (environ 1 milliard d'euros par an). Toutefois, la tendance à la baisse de l'activité observée sur la période a occulté cet effet expansionniste des incitations tarifaires. Pour l'Assurance Maladie, cette tendance baissière a entièrement compensé l'augmentation de l'offre de travail des médecins causée par la revalorisation des tarifs.

En second lieu, les médecins en question ont aussi ajusté leur comportement de prescription. En effet, l'évaluation de l'impact causal de la mesure conduit à estimer que cette dernière a entraîné une réduction moyenne des remboursements de médicaments par patient d'environ 4,5 % (Tableau 2, ligne 8). La baisse est particulièrement prononcée pour les antibiotiques (-8,8 %) et s'élève encore à 3,2 % pour les antidépresseurs et à 3,7 % pour les opiacés (Tableau 2, lignes 9 à 11). Plusieurs explications peuvent être avancées pour comprendre les raisons d'une telle modération. D'abord, cette baisse peut résulter d'un effet de composition de la patientèle, plus jeune, en meilleure santé, et nécessitant moins de soins médicamenteux pour cette raison⁶. Ensuite, les médecins, par la voie de leurs représentants lors des sessions de négociations avec l'Assurance Maladie (conventions médicales), semblent s'engager, de manière informelle, à réduire leurs prescriptions en contrepartie de revalorisations de leurs consultations ou de leurs actes (Elbaum, 2014, p.128). Enfin, il est possible, dans le cas des antibiotiques, que la baisse observée de la prescription provienne pour partie d'une recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS), intervenue en 2017, et potentiellement suivie de manière différenciée par des praticiens des différents secteurs, ceux du secteur 2 étant, en moyenne, plus âgés et sans doute moins enclins à changer leurs habitudes de prescriptions.⁷

Au total, la somme des dépenses remboursées au titre de la consultation et des médicaments prescrits a ainsi diminué de 1,5 %, par patient, suite à la revalorisation ta-

5. Si l'on considère un pas de temps trimestriel et non mensuel, les résultats diffèrent quelque peu, mais le message reste le même : le nombre de consultations par patient diminue légèrement, de 2,5 %, tandis que le nombre de patients distincts progresse de 11,1 %.

6. Des analyses complémentaires suggèrent en effet que les nouveaux patients vus en consultation après la revalorisation tarifaire sont plus jeunes. Or les 10 % de médecins généralistes en secteur 1 ayant la plus faible part de patients âgés de 65 ans et plus (inférieure à 12 %) prescrivent, en moyenne, 18 euros de médicaments par an et par patient. Mais ce montant s'élève à 67 euros pour les 10 % de médecins ayant la plus forte part de patients âgés de 65 ans et plus (supérieure à 48,4 %).

7. Toutefois, une analyse qui apparie au préalable les généralistes en secteur 1 à leurs semblables (en termes d'âge notamment) en secteur 2 suggère que ce dernier mécanisme n'est pas le principal facteur explicatif puisque l'effet estimé subsiste et est même amplifié.

Tableau 2 – Impact de la revalorisation tarifaire dans différentes dimensions

	Variable d'intérêt	Effet estimé	Écart-type	Groupe de contrôle	Effet individuel	Effet temporel	Observations
1	Activité (par mois, log)	0.0965***	(0.00572)	GOS	Médecin	Mois	1806757
2	Remboursements de l'assurance maladie (par mois, log)	0.172***	(0.00584)	GOS	Médecin	Mois	1806529
3	Nbr de consultations (par patient et par mois, log)	0.00239***	(0.000677)	Secteur 2	Médecin	Mois	1742230
4	Nbr de patients (par mois, log)	0.105***	(0.00573)	GOS	Médecin	Mois	1806757
5	Nbr de patients (par jour, log)	0.0506***	(0.00364)	GOS	Médecin	Jour-An	33826817
6	Nbr de jours travaillés (par mois, log)	0.0418***	(0.00278)	GOS	Médecin	Mois	1806757
7	Nbr de patients en tant que méd. traitant (par mois, log)	0.0398***	(0.00154)	Sec. 1 en 2016	Médecin-an	Mois cal.	922795
8	Médicaments (par patient, log €)	-0.0442***	(0.00554)	Secteur 2	Médecin	Mois	1742208
9	Antibiotiques (par patient, log €)	-0.0925***	(0.00611)	Secteur 2	Médecin	Mois	1685289
10	Antidépresseurs (par patient, log €)	-0.0318***	(0.00664)	Secteur 2	Médecin	Mois	1623056
11	Opiacés (par patient, log €)	-0.0367***	(0.00910)	Secteur 2	Médecin	Mois	1640372
12	Médicaments + honoraires remboursés (par patient, log €)	-0.0154***	(0.00308)	Secteur 2	Médecin	Mois	1742230
13	Médicaments + honoraires remboursés (log €)	0.0701***	(0.00381)	Secteur 2	Médecin	Mois	1742230

Lecture : Suite à la revalorisation des honoraires intervenue au 1er mai 2017, l'activité des médecins généralistes en secteur 1 a progressé de $100(e^{0.0965} - 1) \approx 10.1\%$ plus rapidement que celle des gynécologues, ophtalmologues, et stomatologues.

Notes : GOS : Gynécologues, ophtalmologues, stomatologues. Les écarts-types sont clusterisés au niveau du médecin.

Champ : Médecins libéraux généralistes et spécialistes en accès direct, France métropolitaine hors Corse, 2016-2018 (hormis avril-mai et novembre-décembre 2018).

Source : SNDS.

refaire (Tableau 2, ligne 12). Au global, le montant total de ces dépenses a bien augmenté de 7 % environ (Tableau 2, ligne 13), soit 400 millions d'euros, mais cette hausse découle entièrement de celle du nombre de patients. Notons enfin que les raisonnements précédents sont menés à court terme ; il n'est pas exclu que la conjugaison d'une offre de soins accrue et d'une prescription plus parcimonieuse contribuent aux efforts de prévention susceptibles d'avoir, à long terme, des effets sur la santé des patients, venant du même coup limiter les dépenses futures de l'Assurance Maladie. Le cas échéant, le chiffrage précédent devrait alors plutôt être considéré comme une borne haute. Une analyse coûts-bénéfices complète nécessiterait cependant d'évaluer l'impact de la revalorisation de la consultation sur la qualité des soins puis sur la santé des patients, d'une part, et de monétiser ce dernier effet, d'autre part. Elle dépasse l'ambition de cette étude, mais les montants impliqués paraissent relativement modestes au regard des masses en jeu intervenant dans les comptes de la protection sociale.

Conclusion

Cette étude a examiné les effets dans différentes dimensions de la revalorisation tarifaire de la consultation des médecins généralistes libéraux en secteur 1. Elle montre que l'activité des médecins a augmenté de 7 à 10 % suite à une hausse de la base de remboursement de 8,7 %, soit une élasticité d'environ 1 de l'offre de travail des praticiens concernés. La sensibilité des médecins aux incitations financières est hétérogène, notamment selon l'âge : elle est

deux fois plus marquée pour les médecins de moins de 40 ans, mais beaucoup plus faible pour les médecins les plus âgés. Du fait de la réforme, les médecins semblent admettre de nouveaux patients dont ils deviennent parfois médecins traitants, mais ils ne sont en revanche pas consultés plus fréquemment par leurs anciens patients. Pour augmenter leur nombre de patients, ils ouvrent davantage leur cabinet médical au cours du mois et voient également plus de patients chaque jour, possiblement en raccourcissant la durée moyenne d'une consultation ou/et en travaillant sur une plage horaire plus étendue au cours de la journée. Enfin, ils semblent avoir modéré leurs pratiques de prescription médicamenteuse. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que l'instrument financier permet d'accroître l'offre de soins en médecine de ville sans modifier l'intensité des soins, et que son coût a pu être partiellement compensé par des comportements plus économes de prescription médicamenteuse, allégeant ainsi le poids de la mesure pour les comptes de l'Assurance Maladie.

Auteurs

Philippe Choné est professeur à l'ENSAE Paris et chercheur au CREST.

Lionel Wilner est chercheur au CREST.

Référence de l'étude

Choné, Philippe, et Wilner, Lionel, « Physician labor supply, financial incentives, and access to healthcare », document de travail Crest 2025-07, 2025.

Remerciements

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un partenariat avec le Centre d'accès sécurisé aux données (CASD), l'UMS 011 Constances (Inserm et Université Versailles Saint-Quentin) et l'ESSEC Business School. Les auteurs remercient Kamel Gadouche et Sofiane Kab pour leur aide précieuse, ainsi que Damien Vergé et les équipes de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie pour de nombreux échanges et pour la fourniture des données. Ils remercient enfin l'Agence Nationale de la Recherche pour son soutien financier (projet *Graph4Health* ANR-23-CE36-0014).

Références bibliographiques

Bonnet, O., Boutin, S., Loisel, T. et Olivia, T. (2022). "Crise sanitaire et situation financière des ménages en France – Une étude sur données bancaires mensuelles", *Economie et Statistique*, 534-535, p. 21-41.

Clemens, J. et Gottlieb, J. D. (2014). "Do physicians' financial incentives affect medical treatment and patient health?", *The American Economic Review*, 104(4), p. 1320-1349.

Comptes, C. des (2024). *L'Organisation Territoriale des Soins de Premier Recours*, La Documentation Française, Paris.

Coudin, E., Pla, A. et Samson, A.-L. (2015). "GP responses to price regulation : Evidence from a French nationwide reform", *Health Economics*, 24(9), p. 1118-1130.

Elbaum, M. (2014). *Économie politique de la protection sociale*, Presses Universitaires de France (PUF), collection Quadrige, Paris.