

# Concours d'inspecteur de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes des 14 et 15 février 2013

**Concours externe à dominante juridique et économique**

**Concours externe à dominante scientifique et technologique**

**Concours interne**

**ÉPREUVE N° 1** : Note portant sur un sujet à caractère économique, financier ou social.  
(durée 4 h - coefficient 6)

***À partir du dossier qui vous est soumis, vous rédigerez une note de synthèse sur la situation du système et des soins de santé en France.***

	<i>Pages</i>
1 - L'égal accès de tous à des soins de qualité .....	2 à 7
2 - Inégalités médicales : le changement du système de santé, c'est maintenant !..	8 et 9
3 - Face aux honoraires des médecins, une « fracture sanitaire ».....	10 et 11
4 - La France championne européenne des dépenses en médicaments .....	12
5 - Les ventes de génériques repartent à la hausse .....	13
6 - Médecins et citoyens à la fois .....	14 et 15
7 - Modes et niveaux de rémunération des médecins libéraux français .....	16 à 21
8 - Comblé le trou de la sécu, mission impossible ? .....	22 et 23
9 - Les médecins reconnaissent effectuer des actes superflus .....	24
10 - Chacun doit réfléchir à ses pratiques au quotidien.....	25

# **Introduction**

## **L'égal accès de tous à des soins de qualité**

Le principe d'un égal accès de tous à des soins de qualité est la pierre angulaire de notre système de santé, et fonde la légitimité des dépenses financées par la solidarité nationale. L'Etat est le garant de « *l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire* », défini par la possibilité, pour l'ensemble des assurés, de bénéficier de soins curatifs et de réadaptation, en tout point du territoire national et quelles que soient leurs ressources. Cet objectif est soutenu par un corpus juridique porteur d'un véritable « contrat social » en matière de santé. Le droit constitutionnel à la « protection de la santé » (alinéa 11 du préambule de 1946) emporte obligation pour les pouvoirs publics de lutter contre les facteurs qui altèrent la santé en amont du soin, et d'organiser le système de santé de manière à ce qu'il réponde aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie réaffirme le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Indépendamment de son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources.

La création de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) par la loi du 27 juillet 1999 s'inscrivait dans cet objectif, en ancrant les populations les plus fragiles dans le « droit commun », sans interdire une prise en compte de la spécificité de certains publics. L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique dispose ainsi que « *l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées* ». La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique place ainsi la lutte contre les inégalités de santé au coeur des politiques de santé.

Ces objectifs sont soutenus par une dépense de santé parmi les plus élevées de l'OCDE, et par une prise en charge collective de la dépense. La dépense nationale de santé est égale à 10,5% du PIB, ce qui place la France au quatrième rang des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis (15,3%) et la Suisse (11,6%) et proche de l'Allemagne. La prise en charge collective de la dépense a peu varié entre 1990 et 2005, où la part des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale était de 78%, celle de l'Etat et des collectivités territoriales de 1%, celle des assurances complémentaires de 13%, le reste à charge final des ménages après intervention des régimes de base et complémentaires s'établissant à 7%, un niveau assez faible au regard des pays comparables (plus de 20% en Espagne et en Italie, 15% environ aux Etats-Unis).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) considère le système de santé français comme l'un des plus performants au monde, sur le fondement de trois critères : les résultats de santé publique, et notamment l'espérance de vie, considérée comme un indicateur synthétique de la performance d'un système de santé, la qualité du système de soins et l'équité du financement. Le système français jouit, en outre, d'une grande confiance de la part de la population. En juin 2007, 81% des français interrogés par l'institut BVA se disaient satisfaits du système de santé.

Pourtant, les études mettent en évidence de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Les déterminants des inégalités de santé relèvent de variables qui interagissent pour aboutir à un cumul de désavantages, responsable d'un état de santé détérioré : les capitaux culturel, social, économique et sanitaire acquis à l'entrée à l'âge adulte et dépendant de l'origine sociale ; les conditions d'emploi et de travail ; les conditions et cadre de vie ; les modes de vie (consommations, loisirs, liens sociaux) ; le stress (souffrance psychique). Certains de ces ressorts individuels et sociaux constituent également des obstacles à l'accès aux soins (rapport au corps humain, à la douleur, isolement), l'utilisation des services de santé dépendant en partie des dispositions des individus à y faire appel. Le niveau quantitatif de l'offre de soins n'est donc pas le déterminant principal des résultats de santé.

Certaines des inégalités sociales et territoriales de santé se forment en revanche au sein même du système de soins. Si l'accès efficient aux soins peut être défini comme « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* », des obstacles structurels et institutionnels qui renvoient aux modes de financement du système de santé, ainsi qu'aux modalités d'organisation des différents niveaux de recours aux soins peuvent limiter cette utilisation.

Aujourd'hui, l'objectif d'un égal accès aux soins est contrarié par trois difficultés, qui peuvent se combiner :

- une inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire ;
- une insuffisante gradation des réponses aux besoins de santé ;
- des obstacles persistants d'accessibilité financière pour certains ménages.

## **1/ Une inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire**

Avec 340 médecins pour 100 000 habitants (207 277 médecins au 1er janvier 2006), la France dispose d'une densité médicale supérieure à la moyenne de l'OCDE (300) et de l'Union européenne à 15 (326). Le nombre d'établissements de santé était de 2 850 au 1er janvier 2006, contre 1 850 en Allemagne ; en nombre de lits par habitant, la France est proche de la moyenne de l'OCDE, avec 3,7 lits pour 1 000 habitants (3,9 lits/1000 habitants dans l'OCDE). Enfin, la France possède un nombre élevé d'officines pharmaceutiques (23 000), soit 2 500 habitants par officine, contre 3 300 en moyenne dans l'Union européenne.

Pourtant, selon les travaux réalisés par les missions régionales de santé, 2,3 millions de personnes vivent dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale. Les écarts de densité médicale sont de 1 à 3,1 entre le Pas-de-Calais et les Alpes-Maritimes, ou entre l'Eure et Paris. S'y ajoute une répartition encore plus inégalitaire des professions paramédicales, caractérisée par des écarts de 1 à 7,5 selon les départements pour les infirmiers libéraux. A terme, le risque d'une désertification médicale dans les territoires ruraux et périurbains n'est plus à exclure.

En outre, une baisse de la densité médicale est prévisible dans les vingt prochaines années.

Les projections établies par le ministère de la Santé distinguent deux phases dans les années à venir : jusqu'en 2015, les cessations d'activité seront supérieures aux installations et l'écart s'accroîtra progressivement. Pendant cette période, les modifications de *numerus clausus* décidées depuis 2004 n'auront aucune influence sur le nombre de médecins en activité ; à compter de 2016, le nombre d'installations recommencera à croître, mais il faudra attendre 2025 pour que le nombre d'entrées soit égal à celui des sorties. Ce schéma conclut à la baisse du nombre de médecins en activité de 9,4% entre 2006 et 2025, passant de 207 277 à 186 000. Or, la baisse du nombre de médecins en activité va se traduire par un creusement des disparités territoriales notamment en zone rurale, en zone de montagne ou dans les quartiers sensibles des périphéries urbaines. Ce problème ne se résoudra pas spontanément : un sondage commandé par l'ordre national des médecins fait apparaître que 63% des étudiants et 60% des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, tandis que 40% des postes offerts en médecine générale ne sont pas pourvus.

Afin de prévenir une détérioration de la situation, les états généraux de l'organisation de la santé ont proposé un certain nombre de pistes de réflexion qui constituent un cadre aux négociations conventionnelles qui se tiendront au premier semestre 2008 : notamment, le renforcement des aides à l'installation, le développement de l'exercice collectif de la médecine au sein de maisons médicales pluridisciplinaires et la mise en place de schémas régionaux de l'organisation des soins de premier recours.

## **2/ Une organisation de la gradation des soins insuffisamment définie et structurée**

Le cloisonnement entre les soins de ville et les établissements de santé, et la discontinuité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale induisent plusieurs conséquences néfastes :

- ils nuisent à la qualité de la prise en charge, particulièrement des personnes âgées, des personnes atteintes de maladies chroniques, des personnes en situation de handicap, des personnes en situation précaire et des malades mentaux ;
- ils affectent le fonctionnement des établissements de santé et désorganisent les services d'urgence : recours aux urgences pour des actes de consultation relevant de la médecine de ville, mauvaise régulation des flux de sorties par manque de lits d'aval en soins de suite et de réadaptation et dans les établissements médico-sociaux ;
- ils augmentent le coût global du système de santé. Ainsi, des moyens conséquents ont été affectés aux services hospitaliers, sans amélioration notable des délais d'attente (500M€ doivent notamment être affectés sur la période 2004-2008 dans le cadre du plan « urgences »).

Par ailleurs, la prévention reste encore en marge du système de soins, notamment du fait de la séparation entre les autorités compétentes en matière de prévention et de soins. La France consacre 6,4% des dépenses de santé à la prévention, soit 10,5 Md€. Or, les actes principaux de prévention et les actions de dépistage bénéficient moins aux personnes pauvres. Ainsi, une femme de 40 ans et plus appartenant à un ménage modeste a 2,2 fois plus de risques qu'une femme de même classe d'âge n'appartenant pas à un ménage modeste de ne jamais avoir réalisé de mammographie.

(...)

### **3/ Des obstacles persistants d'accessibilité financière pour les ménages**

L'indicateur de renoncements aux soins, qui mesure, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, l'atteinte de l'objectif « assurer un égal accès aux soins », fait apparaître des inégalités en fonction de la couverture complémentaire des assurés. En 2004, 13% de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières. Les renoncements ou reports sont concentrés sur un nombre limité de soins, pour lesquels le reste à charge final des ménages est élevé : 49% concernent les soins bucco-dentaires, 18% les lunettes et 9% les soins de spécialistes. L'absence de couverture par une assurance maladie complémentaire est le principal facteur de renoncement : 28% des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé, contre 18% des bénéficiaires de la CMUC et 12% pour les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée.

Or, l'entrée dans le parcours de soins est décisive, car au-delà du déclenchement de l'épisode de soins, ni le type de premier recours (médecine générale ou spécialisée), ni l'existence ultérieure d'un deuxième recours, ne semblent, toutes choses égales par ailleurs, influencés par la couverture complémentaire dont bénéficie le patient.

Le vieillissement de la population fait naître à cet égard de nouveaux enjeux : la diminution des revenus des personnes âgées a pour conséquence la progression de leur effort financier pour l'accès aux soins, dans un contexte où les minima vieillesse se situent au-dessus du seuil donnant droit à la CMUC. Du point de vue de l'assurance maladie, le vieillissement pose la question de la soutenabilité de la dépense: le différentiel de croissance entre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et le PIB s'établit en moyenne à 1,3 point sur les trente dernières années, conduisant à un déficit cumulé de l'assurance-maladie en 2006 de 51,8Md€. Au-delà de l'augmentation de la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée aux personnes âgées en établissements (4,7Md€ en 2006), le nombre de patients sous le régime des affections de longue durée (ALD) devrait continuer à croître : il représentait 50% de la dépense en 1992, 60% en 2005 et pourrait en représenter 70% en 2015 selon les projections établies par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Dans ce contexte, le présent rapport se fixe les objectifs suivants :

Il analysera les principaux facteurs explicatifs des difficultés d'accès aux soins que rencontrent les assurés sociaux, qu'elles trouvent leurs sources dans des contraintes d'origine financière (I) ou dans l'organisation du parcours d'accès aux soins (II). Il proposera des réponses adaptées aux obstacles identifiés, en étudiant leurs conditions de mise en oeuvre (III).

# **1 Des obstacles financiers à l'accès aux soins persistent en dépit de la généralisation de la couverture santé**

## **1.1 Les restes à charge supportés par les ménages peuvent freiner leur demande de soins**

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rappelle, dans son rapport de janvier 2004, que « *sur les dernières décennies, l'assurance maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité des chances dans l'accès aux soins. (...) La généralisation de l'assurance maladie à toute la population et la diffusion des couvertures complémentaires permettent à pratiquement tous les assurés, quel que soit leur état de santé, leur âge ou leur revenu, d'avoir un accès aisé aux soins, avec un bon niveau de prise en charge* ». Ce constat, largement partagé par les acteurs de la santé, mérite cependant d'être nuancé : le système de soins occasionne des restes à charge pour les patients dont les montants, tant en valeur absolue que relative à leurs revenus, peuvent s'avérer significatifs.

### **1.1.1 La participation financière des ménages à l'occasion du recours aux soins**

#### **1.1.1.1 La prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de soins et les participations financières des ménages au titre de la responsabilisation**

Le système d'assurance maladie est conçu de manière à assurer un niveau élevé de prise en charge des dépenses et des risques de santé tout en s'attachant à responsabiliser les assurés.

Les régimes obligatoires remboursent 78% des dépenses globales de santé. Ce niveau de prise en charge est en augmentation du fait du vieillissement de la population et de la progression des assurés admis au régime des affections de longue durée (ALD).

La combinaison du remboursement des dépenses maladies et du système d'exonérations est au cœur de l'égalité dans l'accès aux soins. En effet, la plupart des ménages peuvent assumer le ticket modérateur pour leurs dépenses courantes de soins, le plus souvent de montant modeste (moins de 40€ par an pour 15% d'entre eux et moins de 200€ pour 30%). Cependant, le poids des dépenses qu'ils doivent engager à certains moments de leur vie impose alors une large exonération du ticket modérateur, afin d'éviter le renoncement à des soins de qualité de la part des plus modestes. Ainsi, chaque année, 5% des personnes couvertes par l'assurance maladie mobilisent 60% des remboursements ; en moyenne, ces remboursements s'élèvent à près de 20.000€ par personne, soit près de trente fois plus que pour les autres assurés.

La prise en charge par la collectivité comporte potentiellement des effets pervers (recours insuffisant à la prévention et surconsommation des soins. En maintenant des restes à charge sur la dépense assurable, la responsabilisation financière des assurés vise à contrer ces risques. Elle participe ainsi à la modération de la progression des dépenses d'assurance maladie et à l'orientation de la demande vers des soins jugés efficaces (par exemple, les médicaments génériques).

Dans une étude portant sur cinq pays européens, publiée en septembre 2005, la Haute Autorité de santé (HAS) propose une typologie des participations financières. La France a mis en place trois des quatre mécanismes recensés :

- le ticket modérateur : l'assurance maladie rembourse une proportion du coût total. Le ticket modérateur a explicitement vocation à modérer les dépenses des assurés en laissant à leur charge une somme non remboursée par l'assurance maladie obligatoire. En médecine de ville, il s'élève à 30% du prix de la consultation, à l'hôpital, à 20% pour les actes inférieurs à 91€ ;
- le tarif de référence : l'assurance maladie prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé. Pour les médicaments, l'assurance maladie fixe un prix de référence qui sert de base au remboursement. Elle applique ensuite un ticket modérateur, qui varie de 0 à 85% du prix selon le médicament.
- le co-paiement : le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel. Le forfait journalier de 16€ est dû par tout assuré séjournant plus d'une nuit à l'hôpital. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005 a instauré un forfait de 1€ par consultation ou par examen, à la charge de l'assuré. La LFSS pour 2008 a

instauré des forfaits de 50c par boîte de médicaments et par acte paramédical et de 2€ par transport sanitaire, appelés « franchises ».

### **1.1.1.2 Malgré des dispositifs de protection, les restes à charge avant assurance complémentaire peuvent s'avérer élevés**

Des dispositifs de protection et d'exonération du ticket modérateur ont été prévus pour modérer les restes à charges. Malgré ces exonérations, des restes à charge élevés sont parfois à l'origine de renoncements aux soins.

Les dispositifs de protection sont les suivants :

- Des patients sont dispensés du paiement des « franchises » : les bénéficiaires de la CMU, les mineurs et les femmes enceintes de plus de 6 mois. Les franchises sont de plus soumises à un double plafonnement : journalier de 2€ pour les actes paramédicaux et 4€ pour les transports sanitaires et annuel de 50€ pour la participation forfaitaire de 1€ par consultation d'une part, et de 50€ pour les franchises de la LFSS pour 2008 d'autre part. Les franchises peuvent néanmoins s'élever à 100€ par an, soit près de 1% du SMIC annuel.

- L'assurance maladie rembourse aux assurés 97% des dépenses hospitalières. Le reste à charge moyen est de 250€, mais 9% des assurés hospitalisés ont un reste à charge de plus de 1 000€, résultant de soins sans actes techniques exonérants et de l'addition des forfaits journaliers.

- Malgré la fixation d'un tarif de responsabilité, il n'existe pas nécessairement d'offre disponible aux niveaux de prix fixés par le tarif de responsabilité (prothèses dentaires, dispositifs médicaux), nettement inférieur aux prix réels, ou correspondant aux standards des patients (optique). L'achat d'un appareil auditif peut s'élever à plus de 5 fois le montant du tarif de responsabilité.

Ainsi, 13% de la population déclare avoir renoncé à des soins dans l'année pour des raisons financières, 20% de ces renoncements étant considérés comme définitifs. Ces renoncements ou reports sont concentrés sur les soins pour lesquels les restes à charge sont les plus élevés, santé bucco-dentaire et optique notamment.

### **1.1.2 Les restes à charges sont inégalement remboursés par les assurances complémentaires**

La couverture complémentaire vient largement réassurer les restes à charge : l'assurance complémentaire rembourse en effet 13% des dépenses de santé, le reste à charge final des assurés représentant 7% des dépenses. Cependant, certains assurés ne sont toujours pas couverts, ou le sont imparfaitement.

#### **1.1.2.1 La diffusion de la couverture complémentaire est largement corrélée avec le revenu**

En 2003, 8% de la population n'est pas couverte par une assurance complémentaire, soit environ 5 millions de personnes, contre 69% en 1981. La couverture maladie complémentaire s'est donc très largement diffusée, mais elle reste fortement corrélée au niveau de vie : 18% des personnes vivant dans un ménage avec moins de 400€ par unité de consommation ne sont pas couvertes, contre 4,5% chez ceux ayant plus de 1300€ par unité de consommation. Ainsi, les populations les plus vulnérables sont aussi les moins couvertes : en particulier, 13% des personnes vivant dans une famille monoparentale, 13,6% des personnes âgées de plus de 80 ans et 11,2% des bénéficiaires du régime ALD. Le taux de bénéficiaires est élevé en début de vie (88% chez les moins de 18 ans), il diminue brutalement jusqu'à 29 ans puis augmente avec l'âge, avec une forte diminution au-delà de 80 ans (effet veuvage et forte proportion d'assurés sous régime ALD).

Or, l'absence de complémentaire est avancée comme le principal facteur de renoncement aux soins. 28% des individus non couverts déclarent en effet avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois, soit un taux 2,3 fois plus élevé que dans la population totale et 14% déclarent avoir une carie non soignée, soit deux fois plus que le reste de la population.

### **1.1.2.2 Des niveaux de cotisations qui restent élevés pour des garanties complémentaires, variables**

49% des renoncements aux soins déclarés concernent des soins dentaires et des prothèses, 18% l'optique. La qualité de remboursement de ces deux types de dépenses est donc un indicateur important de la qualité de couverture des contrats, tout comme le taux de couverture des dépassements d'honoraires qui connaissent une forte progression.

### **1.1.3 Dépassements d'honoraires, franchises et déremboursements renchérissent les restes à charge des ménages et sont peu ou pas assurés par les organismes complémentaires**

#### **1.1.3.1 Les dépassements d'honoraires renforcent les difficultés financières d'accès aux soins**

La progression des dépassements d'honoraires facturés par les médecins, non remboursés par l'assurance maladie et de façon très variable par les assurances complémentaires, constitue un obstacle croissant à l'accès aux soins.

Ils se sont élevés à 1,9 Md€ en 2005, sur un montant facturé total de 18,6 Md€. En 2007, ils ont atteint le montant de 2,1 Md€. Près des deux tiers pèsent directement sur les ménages, après intervention des organismes d'assurance complémentaire. En outre, le quasi monopole du secteur 2 à honoraires libres, dans certaines spécialités et sur certains territoires, représente une atteinte à la liberté de choix des assurés.

Le montant des dépassements des spécialistes est passé de 23% à 51% du tarif opposable entre 1985 et 2005, avec une accélération au cours des dernières années : le taux annuel de croissance est passé de 5,5% par an dans les années 1990 à 11,6 % par an depuis 2000. En Ile de France, le taux moyen de dépassement représente 181% des tarifs conventionnels pour la neurochirurgie, 87% pour l'ophtalmologie et 86% pour la gynécologie. Le rapport de l'IGAS de septembre 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux a ainsi démontré que, au second semestre 2005, plus de la moitié des accouchements et plus des deux tiers des opérations du cristallin, de la hanche et des coloscopies ont été concernés par des dépassements. Enfin, le défaut d'information tarifaire de la part des praticiens ne permet pas aux assurés un choix éclairé et les expose à des coûts non anticipés.

Les dépassements renforcent les difficultés territoriales d'accès aux soins, y compris dans les territoires à plus forte densité médicale. En effet, dans certaines spécialités, le monopole du secteur 2 s'exerce sur une part importante du territoire national. Par exemple, 27 départements ne disposent d'aucun chirurgien urologue de secteur 1. Enfin, la proportion de spécialistes exerçant en secteur 1 est inférieure à 50% dans le Rhône (36%) ou à Paris (28%), contre 61% dans l'ensemble de la France métropolitaine.

Des surdensités médicales, avec une large proportion de dépassements d'honoraires, peuvent ainsi freiner une répartition plus équilibrée des médecins sur le territoire. Le paiement à l'acte devrait inciter à l'installation des médecins où les besoins de soins sont les plus importants. Mais, l'existence d'un droit à dépassement a permis, notamment à des spécialistes, une installation dans des zones déjà très médicalisées et riches, tout en dissuadant celle des médecins de secteur 1 en raison du faible nombre d'actes qu'ils pourront y pratiquer.

Extrait du rapport de la promotion de l'ENA 2006-2008. « *L'accès aux soins : la responsabilisation des assurés et l'égalité devant la santé.* »

# **Inégalités médicales : le changement du système de santé, c'est maintenant !**

**La santé a été absente des débats électoraux, au profit de sujets plus médiatiques. Pourtant, les inégalités d'accès aux soins progressent et restent une préoccupation des français, mais les ressources du système sont limitées. Pour Bernard Gay, professeur de médecine générale à l'Université Bordeaux Segalen et directeur du Département de médecine générale, la solution consiste en une réorientation du système de soins.**

Même s'il a évoqué la nécessité de préserver la médecine de proximité, le nouveau président a affiché son intention de laisser l'hôpital au centre du dispositif.

## **L'hôpital : une médecine déconnectée des soins courants**

Le système hospitalier est le lieu d'une médecine de haute technicité, mais n'est pas adapté aux soins courants. Il est essentiel d'organiser une réponse pertinente au premier niveau de prise en charge et d'assurer la complémentarité entre la médecine générale (soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits) et les activités hospitalières (soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux).

La plupart des pays européens ont compris la nécessité de hiérarchiser l'accès aux soins. La médecine générale a pour fonction d'assurer le premier contact avec le système de santé, permettant un accès ouvert et non limité aux patients, prenant en charge tous les problèmes de santé, sans distinction d'âge, de sexe ou de toute autre caractéristique.

## **Une hiérarchisation inadéquate du système de santé**

Le médecin généraliste a pour rôle de gérer, lorsque c'est nécessaire, le passage des soins primaires aux soins secondaires spécialisés ou aux soins tertiaires hospitaliers. En France, cette hiérarchisation du système de santé est insuffisante.

La mise en place du médecin traitant en 2004 était destinée à améliorer le parcours de soins du patient afin d'optimiser l'accès aux soins : réserver le recours aux soins secondaires ou tertiaires aux situations n'ayant pas trouvé de solutions au niveau des soins primaires. Le mécanisme a été détourné, aboutissant à une survalorisation des spécialités d'organe, favorisant les dépassements d'honoraires.

Il existe en France un paradoxe entre les difficultés d'accès aux soins et un certain gâchis des ressources. Cette ambivalence entre perte de chance et surmédicalisation est à l'origine d'une hétérogénéité dans la demande de soins de la population. Les nombreux dysfonctionnements sont en relation avec l'absence de hiérarchisation du système de soins, entretenu par les médias qui valorisent les soins tertiaires.

## **Privilégier les "soins primaires" : coûts réduits et efficacité optimale**

Barbara Starfield, médecin économiste américain, a démontré les avantages d'un système de santé orienté sur les soins primaires : ils assurent de meilleurs résultats de santé, à des coûts inférieurs et avec une équité plus grande.

Le développement de la médecine générale est corrélé avec de meilleurs résultats sur les indicateurs de santé (morbidité et mortalité, en particulier prématurée), une meilleure satisfaction des usagers et un moindre coût pour la sécurité sociale. Pour améliorer l'efficacité et restreindre la croissance des dépenses de santé, il est indispensable de renforcer les prestations de soins primaires et de recentrer le système de santé sur la médecine générale.



Il faut sortir de l'incantation affirmation que le médecin généraliste est le pivot du système de soins, et passer de l'intention à l'action : réorienter les études médicales vers la médecine générale pour éviter une formation exclusivement centrée sur les CHU ; développer la recherche en soins primaires pour améliorer la pratique de terrain ; généraliser la prévention dans une démarche de proximité au plus près des demandes des patients ; favoriser le travail coopératif des professionnels de santé à travers des maisons de santé pluri-professionnelles permettant le partage de compétences ; faciliter l'exercice quotidien des professionnels de terrain en allégeant les procédures administratives ; proposer un mode d'emploi des soins primaires aux patients pour les sensibiliser à l'utilisation pertinente du système de santé. Ces propositions permettraient de répondre plus efficacement aux besoins de santé de la population et d'attirer les jeunes médecins vers la médecine générale.

Les élections vont amener une nouvelle équipe au pouvoir. Des évolutions structurelles sont indispensables pour recentrer le système de santé vers la médecine générale, ce qui implique une redistribution des ressources disponibles de l'hôpital vers les soins ambulatoires. Il va falloir un certain courage politique pour aller ainsi à contre-courant de l'hospitalo-centrisme, mais le moment est favorable. Le changement, c'est maintenant !

Article de Bernard Guy publié sur le site « *Le Nouvel Observateur* » le 14 mai 2012

## Face aux honoraires des médecins, une « fracture sanitaire »

Sur les dépassements d'honoraires, UFC-Que choisir a décidé de frapper fort. A la veille du dernier round de négociations avec les syndicats médicaux sur le sujet, l'association de consommateurs publie, mardi 16 octobre, une étude accablante sur l'ampleur du phénomène. Elle révèle à quel point il est peut être difficile pour les Français d'avoir accès à proximité de chez eux à un praticien qui ne pratique pas trop de dépassements.

Selon l'UFC, 80 % des Français habitent ainsi dans une zone où l'accès à un gynécologue ou un ophtalmologue qui respecte le tarif de la Sécu est compliqué. Pour les deux autres spécialités sur lesquelles l'étude s'est focalisée, le problème est moins fort mais reste impressionnant avec 58 % des Français qui vivent dans une zone déficitaire en pédiatres qui ne dépassent pas. Pour les généralistes, le taux descend à 27 %, mais concerne tout de même 17,3 millions de personnes. La plupart des généralistes français sont en effet inscrits en secteur 1, et n'ont donc pas le droit de pratiquer de dépassements. Mais leur répartition peut parfois être problématique, notamment dans les zones rurales.

### ZONES À "ACCÈS DIFFICILE"

Comme *Le Monde* en avril, l'association de consommateurs a en fait "aspiré" les données du site ameli-direct, qui contient les tarifs pratiqués par l'ensemble des médecins français. Il n'y a pas d'autres solutions pour mener des études librement sur le phénomène : l'assurance-maladie refuse en effet de transmettre les données détaillées qui alimentent ce site.

Mais alors que nous nous étions limités aux dix plus grandes villes du pays, UFC-Que choisir a récupéré les données pour l'ensemble du territoire. Surtout, elle a ensuite rapporté la localisation des médecins et les tarifs qu'ils pratiquent à la répartition de la population sur le territoire, afin de déterminer si les Français ont suffisamment bien accès à des praticiens respectant les tarifs de la sécurité sociale.

Et les résultats montrent l'existence d'une véritable "fracture sanitaire", estime l'association, avec un nombre considérable de Français qui vivent dans des zones à "accès difficile". Ces zones ont été définies par l'association comme les communes où la proportion de médecins ne pratiquant pas de dépassements exerçant à moins de 45 minutes du domicile pour les spécialistes, 30 minutes pour les généralistes, est au moins 30 % inférieure à la moyenne nationale.

En prenant le critère encore plus restrictif des communes à 60 % en dessous de la moyenne, zones qui constituent de véritables "déserts médicaux" selon l'association, le nombre de Français concernés reste impressionnant : avec 54 % des assurés concernés pour la gynécologie, 45 % pour l'ophtalmologie. Sans surprise, les grandes villes et les campagnes sont les principales zones où l'accès aux soins sans dépassements est particulièrement difficile. "Pour les ophtalmomogistes, l'offre de médecins est insuffisante à Paris, Aix-en-Provence, Saint-Etienne, Nice ou encore Lille. Le Mans devient même un désert médical ", écrivent les auteurs de l'étude.

Pour les gynécologues, "l'offre sans dépassements d'honoraires est pratiquement inexistante en Ile-de-France ". Pour les pédiatres, la situation est moins alarmante : "Même à tarif opposable, les régions denses restent bien dotées, les dépassements d'honoraires étant moins généralisés. Des cas difficiles persistent toutefois parmi les grandes villes, par exemple à Mulhouse, au Havre, à Orléans ou Lille", Tous praticiens confondus, " ce sont in fine les villes moyennes de province qui s'en sortent le mieux ", estime l'association qui a mis en ligne un moteur de recherche où les internautes pourront évaluer les difficultés d'accès aux soins dans leur commune.

Limite à cette étude, l'association n'a pas pu **prendre** en compte les médecins qui pratiquent au sein des centres de santé, obligatoirement au tarif de la Sécu, mais qui n'apparaissent pas sur le site Ameli-direct. Pour compléter son étude, elle a réalisé un testing par téléphone auprès de plus de 500 praticiens pour évaluer la délai d'attente pour **obtenir** un rendez-vous en fonction de s'ils pratiquent ou non des dépassements. Et là encore, les résultats sont éloquentes. Sur les 212 ophtalmologistes testés, il faut en moyenne **attendre** 44 jours de plus pour **obtenir** un rendez-vous chez un médecin respectant les tarifs de la Sécu ! Les différences sont beaucoup plus limitées pour les pédiatres (5 jours) et nulles chez les gynécologues.

## **SOLUTIONS RADICALES**

*"Notre étude montre qu'il y a clairement une fracture entre ceux qui peuvent se soigner au tarif de la Sécu et ceux qui subissent les dépassements ", estime Mathieu Escot, chargé de mission santé au sein d'UFC-Que choisir. Selon lui, " il est temps de mettre fin au laisser-faire bienveillant des pouvoirs publics alors que les tarifs des médecins ont été revalorisés plus rapidement que l'inflation depuis trente ans " .*

UFC-Que choisir demande à ce titre que les négociations en cours aboutissent à des solutions radicales comme l'interdiction d'installation dans les zones surdotées de médecins en secteur 2 (dépassements autorisés), ainsi que la suppression des exonérations de cotisations sociales pour les médecins qui s'y installent. Toujours selon l'association, les dépassements devraient être plafonnés à 40 % du tarif de la Sécu, " *ce qui constitue la prise en charge médiane par les mutuelles* ". Autant de solutions très éloignées du compromis à minima vers lequel semblent se diriger les syndicats médicaux et l'assurance-maladie.

Article de Jean-Baptiste Chastand publié dans le journal « *Le Monde* » du 16 octobre 2012

## La France championne européenne des dépenses en médicaments

**Si la consommation en volumes a tendance à diminuer, les dépenses en valeurs restent élevées. Car la tendance en France est de prescrire des produits récents et plus chers, au détriment des génériques.**

La France a réussi ces dernières années à modérer son appétit notoire pour les médicaments, réduisant l'écart de consommation avec ses voisins, mais elle n'en reste pas moins la championne des dépenses dans ce domaine. L'explication réside dans la tendance française à prescrire plus qu'ailleurs des produits récents et plus chers, au détriment de molécules ayant des génériques, selon l'assurance maladie, qui a livré jeudi 10 mars les résultats d'une comparaison de sept pays européens entre 2006 et 2009. Elle a évalué la consommation dans les principales classes de médicaments en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse.

"Si la France continue d'occuper, ex-aequo avec l'Espagne, le second rang européen en termes de volumes consommés, l'écart avec les autres pays européens se réduit de manière significative", se sont félicités les auteurs. Parmi les pays observés, la France est celui qui a connu "la plus faible évolution en volume" de sa consommation. L'écart de consommation, qui était de 15% en moyenne en 2006 entre la France et ses voisins, est passé à 6% en 2009. "C'est un résultat majeur", a lancé le Pr Hubert Allemand, médecin conseil national de l'assurance maladie, lors d'une conférence de presse, mettant ce résultat à l'actif des mesures prises pour responsabiliser médecins et assurés.

Ces efforts ont eu des effets sensibles notamment dans le domaine des "inhibiteurs de la pompe à protons" (anti-ulcéreux), où la France est passée du 2<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> rang des volumes consommés entre 2006 et 2009. "Seule la France enregistre un recul des volumes d'anti-dépresseurs", passant de la 1<sup>ère</sup> à la 3<sup>e</sup> place des plus gros consommateurs, ont aussi relevé les auteurs. Mais la France est restée largement en tête des dépenses sur toutes les classes de médicaments étudiées, même dans celles où elle consomme moins que d'autres.

Elle a ainsi dépensé 114 euros par habitant en 2009, contre 94 euros en Espagne ou 70 euros en Allemagne. Seule la Suisse peut rivaliser avec ses 107 euros. Quant au Royaume-Uni, plus gros consommateur en volumes, il a aussi les dépenses les plus faibles (59 euros). Un effet de taux de change explique en partie ce paradoxe, lié aussi à une "politique de baisses de prix très importantes". Pourquoi les baisses de prix également opérées en France, conjuguées à la modération de la consommation, n'ont-elles pas davantage d'impact ? "Nous avons une structure de consommation défavorable", a expliqué le Pr Allemand.

Autrement dit, pour une pathologie donnée, les médecins français ont plus tendance que leurs voisins à prescrire des produits plus récents et plus coûteux, quand ils pourraient prescrire des molécules plus anciennes disposant de génériques, moins chers et tout aussi efficaces. L'étude cite en exemple les statines (anticholestérols): 44% seulement des prescriptions en 2009 ont porté sur des médicaments ayant des génériques, contre 94% en Allemagne.

Le voisin allemand est justement cité comme un exemple, l'étude relevant notamment que "les prescriptions de médicaments y sont encadrées par des objectifs individuels quantifiés par médecin". La France a aussi instauré en 2009 des primes pour les médecins respectant des objectifs individuels, mais sur la base du volontariat. "Nous souhaitons les généraliser", a dit jeudi le directeur général de l'assurance maladie, Frédéric van Rookeghem, qui le proposera aux syndicats de médecins lors de la négociation à venir de leur prochaine convention médicale.

Article non signé publié sur le site de l'Expansion le 10 mars 2011

# Les ventes de génériques repartent à la hausse

**La stratégie de l'Assurance maladie, qui a supprimé le tiers payant aux patients exigeant les médicaments de marque, s'avère efficace. Les dépenses totales de médicaments reculent de presque 1% en huit mois.**

La stratégie pro générique de l'Assurance maladie, relancée au printemps, fonctionne désormais à plein. Les dépenses de médicaments de la Sécu sont en effet en baisse de presque 1% sur les huit premiers mois de l'année, sur une enveloppe de dépenses de plus de 10 milliards d'euros. «*L'amélioration du taux de pénétration des médicaments génériques a un impact sensible*» sur ces dépenses, se félicite la caisse nationale Assurance maladie (Cnam) dans un communiqué diffusé vendredi.

Ce taux a augmenté de 78,6%, à la fin août, à plus de 80% à la mi-septembre. Attention, ce taux ne signifie pas que 80% des médicaments remboursés par la Sécu sont des génériques, mais plutôt que 80% des médicaments inscrits au répertoire comme substituables sont effectivement remplacés par des génériques. L'Assurance maladie a fixé un objectif de 85% à fin 2012 avec les pharmaciens.

## *Maîtrise des prescriptions*

Pour y parvenir, la Cnam a directement menacé les assurés au portefeuille. Depuis mai dernier, les patients, s'ils veulent pouvoir bénéficier du tiers payant en pharmacie, doivent accepter que les médicaments de leur ordonnance soient échangés contre des génériques, sauf mention contraire du médecin. Une pharmacienne a même été condamnée en juillet dernier pour ne pas délivrer suffisamment de molécules à bas coût.

Ces deux dernières années, le taux de substitution avait largement baissé, de 82% en 2008 à 76,3% en 2011. D'abord, parce que les génériques vedettes ont été moins prescrits, est-il expliqué dans les annexes du projet de budget 2013 de la Sécu. Mais aussi avec l'arrivée récente d'un grand nombre de médicaments au répertoire des génériques, parfois difficilement substituables dans la pratique, qui a fait baisser mécaniquement les statistiques.

Le gouvernement comptera encore sur les génériques pour réduire le déficit de la Sécu l'année prochaine. Les ordonnances seront scrutées de très près afin que les médecins prescrivent encore plus de formules de substitution. Cette «maîtrise des prescriptions» (qui se couple aussi d'un plus grand contrôle des arrêts maladie) devra rapporter, selon le projet de budget de la Sécurité sociale, 605 millions d'euros l'année prochaine. Des marges de manœuvre existent, fait valoir l'Assurance maladie. En Allemagne, par exemple, le générique a représenté en 2011 près de deux médicaments sur trois, contre à peine un sur quatre en France.

---

## **Diviser par quatre la consommation médicamenteuse**

On pourrait diviser par quatre, de 4000 à 1000, le nombre des médicaments consommés en France, affirme Jean-François Bergmann, vice-président de la commission d'AMM de l'Agence du médicament. Avec quatre autres pontes de la médecine, il préconise, dans le *Journal du dimanche*, la création d'un répertoire, comme en Grande-Bretagne et en Belgique. Ce livre blanc officiel recenserait, «par pathologie, les médicaments indispensables, ceux qui sont éventuellement utiles et ceux qui ne servent à rien». Cela éviterait la prolifération de guides «contenant de nombreuses erreurs», tels que le Guide des 4000 médicaments des professeurs Even et Debré, note le Pr Bergmann.

---

Article de Guillaume Guichard paru dans le quotidien «*Le Figaro*» du 8 octobre 2012

## Médecins et citoyens à la fois!

En ces temps de crise, le financement de notre système de santé - considéré il y a quelques années comme l'un des meilleurs au monde - suscite un débat récurrent auquel participent les médecins que nous sommes. La question des dépassements d'honoraires qui ont fait l'objet de négociations ardues entre syndicats médicaux, mutuelles et assurance maladie, en est une des illustrations. Malheureusement, une fois encore, la segmentation des problèmes empêche toute approche globale susceptible de dégager un consensus durable. Les uns dénoncent "*la vision étatique de la médecine et des médecins*" des pouvoirs publics, les autres font valoir les difficultés d'accès aux soins dont souffre une part de plus en plus importante de la population. Au-delà des anathèmes et des crispations, il s'agit là d'un enjeu citoyen qui mériterait mieux qu'une bataille de lobbies à forte connotation comptable. La vraie question qu'il faut se poser est simple et incontournable à la fois : quel type de santé souhaitons-nous pour la France en 2012 ?

Force est de constater que l'évolution des politiques publiques de ces dernières années a conduit à diminuer considérablement la couverture sociale de nos concitoyens et notamment des plus précaires d'entre eux. Les augmentations successives du forfait hospitalier, le déremboursement de bon nombre de médicaments, les franchises médicales, les dépassements d'honoraires ainsi que le surenchérissement des mutuelles et autres assurances expliquent pour une large part ce phénomène. A tel point que seuls 50% des soins courants (hors longue maladie) sont désormais réellement pris en charge par la sécurité sociale alors que ce taux atteignait plus de 80% vingt ans plus tôt. Il en résulte que selon une étude menée à l'échelon européen, près de 30% des personnes interrogées en France ont déclaré avoir renoncé à se soigner en 2011 alors qu'il n'était "que" 11% dans ce cas en 2009. Dans le même temps, l'hôpital public - devenu le seul recours pour bon nombre de nos concitoyens paupérisés - a été soumis à un financement calqué sur celui des cliniques commerciales et donc inadapté à ses missions de service public.

Nous nous sommes ainsi progressivement éloignés du pacte républicain issu, à la Libération, des recommandations du Conseil National de la Résistance (CNR) et qui a longtemps fait consensus. Que faire face à ce délitement ?

"Sortir du CNR", comme l'évoquait, dès 2007, Denis Kessler, assureur et grand patron et comme le pense quelques autres "experts" ? Il est vrai que "le marché" de la santé est conséquent : il représenterait un pactole de plusieurs milliards d'euros annuels. On comprend que cela puisse susciter quelques convoitises. Toutefois, même si la question n'a pas été posée en ces termes lors des dernières échéances électorales, on pressent que la grande majorité de la population souhaite préserver le modèle social qui est le nôtre.

Pour autant, il n'en demeure pas moins que notre système de santé est bancal. La coexistence d'un financement socialisé des dépenses de santé et d'une organisation des soins à la fois publique et privée, impose une régulation y compris vis-à-vis de la médecine dite "libérale". C'est le cas mais dans des conditions inéquitables à la fois pour les professionnels de santé (qui s'estiment à juste titre insuffisamment rémunérés par le tarif de la sécurité sociale) et pour les malades-citoyens (nous tous finalement) dont le reste à charge ne cesse d'augmenter. Une solution - d'apparence radicale mais en fait équilibrée - pourrait consister en la suppression des secteurs et des dépassements d'honoraires (y compris à l'hôpital) à la condition de définir avec les organisations professionnelles de médecins un tarif négocié nettement revalorisé et révisable chaque année. Celui-ci tiendrait compte de divers paramètres : spécialité, innovation technologique, inflation mais aussi zone d'installation et participation à la continuité des soins. Dans la mesure où le paiement à l'acte exclusif (tout comme la tarification à l'acte à l'hôpital, au demeurant) a montré ses limites, il serait également utile d'engager la réflexion sur les modalités de rémunération : le forfait par personne soignée (notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et dans la prévention, "parent pauvre" de la

médecine) ne pourrait-il pas être enfin mis en œuvre? En parallèle, la généralisation du tiers payant permettrait de pallier aux renoncements aux soins qui, du point de vue éthique et même économique (en ce sens qu'un retard à se soigner coûte infiniment plus cher qu'une prise en charge précoce), constituent une véritable calamité. Bien évidemment, les adeptes d'un libéralisme "pur et dur" auraient - en toute cohérence - tout le loisir de se déconventionner si les règles négociées d'une médecine régulée (dont le financement dépend pour une large part des contribuables et dont l'Etat est le garant) ne leur convenaient pas.

Il est vrai que ces mesures - qui visent à améliorer l'accès aux soins et donc la santé globale de la population - risquent de s'avérer coûteuses pour la sécurité sociale. Sauf si l'on change de paradigme. En effet, beaucoup reste à faire en termes de politique du médicament ou de recettes sociales. Pourquoi continuer à rembourser des médicaments pseudo innovants dont l'efficacité n'est pas en cause dans la plupart des cas mais qui n'apportent pas de bénéfice médical supplémentaire par rapport à l'existant alors qu'ils sont infiniment plus chers? Souvent, il s'agit d'ailleurs de "fausses" innovations, la formule chimique étant très peu modifiée par rapport aux anciennes molécules, "tombées" dans le domaine public... De même, comment expliquer que les génériques soient moins utilisés en France que dans d'autres pays européens à niveau de santé équivalent? La suppression de niches sociales indues, comme celles dont bénéficient les restaurateurs entre autres (qui représentent plus de 2 milliards d'euros annuels), serait également une source d'économies appréciables pour nos budgets sociaux. De même, la CSG des retraités les plus aisés, ne pourrait-elle pas s'aligner sur celle des actifs?

Ces pistes, loin d'être exhaustives, n'ont pour seule ambition que d'enrichir un débat essentiel pour notre cohésion sociale et auquel les professionnels de santé sont invités à participer en tant qu'acteurs majeurs du système mais aussi (et peut-être surtout) en tant que citoyens. Gageons que la plupart des médecins, plutôt que "sortir du CNR", choisiront de sortir de l'ambiguïté, pour faire en sorte que "chacun cotise selon ses moyens et reçoive selon ses besoins". Car si quelques pas ont été récemment accomplis vers l'objectif d'une santé vraiment solidaire, ne perdons pas de vue que nous en sommes encore bien loin.

L'enjeu est de taille: il ne vise rien moins que la rénovation d'un pacte républicain sérieusement ébranlé ces dernières années.

Article de Hakim Bécheur, Médecin et chef de service, publié sur le site du « Huffington Post » le 25 octobre 2012

# Modes et niveaux de rémunération des médecins libéraux français

On distingue traditionnellement trois modalités de rémunération des médecins : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. Elles peuvent se conjuguer pour aboutir à des rémunérations mixtes. Dans un système de paiement à l'acte, le revenu est fonction du nombre de consultations du médecin. Le salariat rémunère le médecin pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité. Avec la capitation, le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit dans son cabinet, indépendamment du volume de soins prodigués. Le paiement à la performance, qui peut être combiné à chacun des trois modèles précédents, est parfois qualifié de quatrième mode de rémunération.

## 1.1. En France, les médecins libéraux sont principalement payés à l'acte

L'exercice libéral est, en France, associé au paiement à l'acte. Ce mode d'exercice et de rémunération concerne les médecins généralistes et spécialistes, qu'ils exercent en cabinet de ville ou dans des établissements de santé privés. On oppose traditionnellement les médecins libéraux aux médecins hospitaliers salariés, bien que certains médecins libéraux aient également une partie de leur activité à l'hôpital.

### 1.1.1. Le paiement à l'acte : un principe fondateur de la médecine libérale française que le système conventionnel n'a pas remis en cause

Énoncés dès 1928 par l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), les cinq principes de la médecine libérale sont le libre choix du médecin par le malade, le respect du secret professionnel, la liberté de prescription, et, en ce qui concerne la rémunération, le paiement à l'acte et l'entente directe sur le prix entre le patient et le médecin. Le paiement à l'acte constitue un des symboles de l'identité libérale. Les médecins le présentent parfois comme le garant de la relation de confiance qui préside au colloque singulier entre eux-mêmes et leurs patients.

Ces principes ont toutefois été progressivement remis en question. Dès 1945, l'entente directe a été limitée par des conventions départementales destinées à encadrer les tarifs, puis par leur plafonnement par arrêté ministériel en 1960. Cela n'a pas permis une réelle régulation, les médecins continuant dans la pratique à déterminer leurs propres tarifs.

La hausse rapide du nombre de médecins dans les années 1960, faisant craindre aux médecins une diminution de leurs revenus, les a conduits à accepter la première convention nationale en 1971. Les tarifs ont dès lors été fixés par arrêté ministériel et les médecins libéraux volontaires conventionnés : le paiement à l'acte est maintenu, mais les tarifs sont désormais fixés par la convention et entérinés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des finances. En contrepartie, une part des cotisations sociales du médecin est prise en charge par les caisses d'assurance maladie. Pour le patient, le tarif opposable constitue la base de remboursement par l'assurance maladie. De même en 1971 les médecins ont obtenu un *numerus clausus* limitant le nombre d'étudiants en médecine.

La problématique des revenus médicaux a donc été au cœur de la naissance du système conventionnel. Le système mis en place en 1971, n'a néanmoins duré que neuf ans pour laisser place à un nouvel espace de liberté tarifaire. En 1980, pour concilier maîtrise des dépenses de santé et progression des revenus des médecins, les pouvoirs publics ont décidé la création d'un deuxième secteur de conventionnement qui autorise les médecins à pratiquer des tarifs libres. Par opposition au secteur 1, le secteur 2 ne prévoit pas de prise en charge des cotisations sociales. On désigne par dépassement d'honoraires la part du paiement supérieur au tarif opposable. Certains dépassements sont également acceptés, par dérogation, en secteur 1.



Devant l'augmentation du nombre de médecins optant pour ce nouveau secteur, initialement conçu comme devant être l'exception, une nouvelle réforme est intervenue en 1990 afin d'en réserver l'accès aux anciens chefs de cliniques et assistants des hôpitaux publics.

Aujourd'hui, 99% des 115 000 médecins libéraux sont conventionnés, dont 75% en secteur 1. Ce chiffre masque néanmoins de fortes disparités entre spécialités et zones géographiques. Si seulement 13% des généralistes sont en secteur 2, 38% des spécialistes sont à honoraires libres, dont 52% des gynécologues et 82% des chirurgiens. Certaines régions concentrent les praticiens à honoraires libres : à Paris, 72% des spécialistes sont installés en secteur 2.

En 2008, les honoraires de la médecine ambulatoire pèsent 21,5 milliards d'euros, soit 12,6% des dépenses consacrées à la consommation de soins et de biens médicaux. S'y ajoute la prise en charge de 1,2 milliards d'euros de cotisations sociales, qui représente jusqu'à 18% des revenus des généralistes de secteur 1 et peut être considérée comme une rémunération indirecte.

Les dépassements d'honoraires constituent 11% du total des honoraires pour un coût de 2 milliards d'euros. Selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le montant des dépassements a doublé entre 1990 et 2004, du fait d'une forte progression du volume d'actes concernés (+30%) et des taux de dépassement pratiqués (+85% en moyenne).

Malgré des tentatives d'encadrement, dont la dernière illustration est la possible mise en œuvre d'un nouveau secteur dit optionnel, la liberté tarifaire reste la norme en secteur 2.

### **1.1.2. Le prix des actes est en grande partie fixé par négociation conventionnelle**

Un acte désigne la segmentation de la pratique médicale en différentes phases techniques ou cliniques. Plus aisément identifiable pour les gestes techniques, qui nécessitent des équipements matériels importants (radiographie ou anesthésie par exemple), la notion d'acte est moins adaptée aux disciplines cliniques, fondées sur l'examen du patient, comme la médecine générale ou la psychiatrie. Les actes cliniques représentent 75% des actes réalisés, mais 58% en valeur.

Conformément à l'accord de 1971, le prix des actes médicaux est fixé par une négociation dite conventionnelle entre le directeur général de l'Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats médicaux représentatifs. Le prix négocié détermine le tarif opposable.

S'agissant des actes cliniques, les tarifs opposables reposent essentiellement sur des lettres-clé : le C détermine le prix de la consultation du médecin généraliste ; le CS celui de la consultation d'un médecin spécialiste. Une politique de différenciation croissante des tarifs des actes cliniques a conduit à créer de nouvelles lettres pour certaines spécialités et à appliquer des majorations au titre de contraintes spécifiques.

Des nomenclatures ont été établies afin de déterminer le prix des actes en fonction de critères objectifs : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) négociée en 1972 à laquelle s'est substituée, pour les actes techniques, la classification commune des actes médicaux (CCAM) en 2005. Elle hiérarchise les actes et doit tendre vers la neutralité, c'est-à-dire ne pas engendrer d'incitation à réaliser un acte ou à exercer une spécialité plutôt qu'une autre, pour des raisons uniquement financières.

La nouvelle nomenclature ne se contente pas de fixer la valeur des actes, elle offre une description analytique qui permet à l'assurance maladie un suivi précis de l'activité des médecins. Si la CCAM n'est pas formellement dans le champ de la négociation conventionnelle, les syndicats sont étroitement associés à son évolution au sein de l'observatoire de la CCAM.

### **1.1.3. Une timide diversification des modes de rémunération des médecins libéraux s'est opérée dans les années récentes**

D'abord, de plus en plus de médecins libéraux étendent leur activité à l'hôpital, en dispensaires, en centres de soins ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce phénomène, longtemps mal mesuré, est mieux appréhendé aujourd'hui : parmi les médecins libéraux, 19% des généralistes et 42% des spécialistes ont une activité mixte. Si ces activités salariées sont diversement rémunératrices, la part des revenus salariaux représente en moyenne 33% des revenus des médecins ayant choisi de diversifier leur activité.

Ensuite, de nouveaux modes de rémunération de l'exercice libéral ont été récemment introduits, notamment pour les médecins généralistes.

#### ➤ **L'introduction de forfaits**

Un premier pas a consisté en la mise en place du médecin référent en 1997 qui proposait aux médecins généralistes volontaires un paiement par capitation complémentaire au paiement à l'acte (le forfait a été fixé à 22,87 euros par patient, puis doublé en 2001). Ce système n'a toutefois attiré que 10% des généralistes et 1% des patients. Il a été remplacé en 2004 par le dispositif du médecin traitant, qui ne prévoit pas de rémunération complémentaire pour les médecins concernés.

Depuis 2000, d'autres rémunérations forfaitaires ont été introduites. Ces forfaits rémunèrent, en complément du paiement à l'acte, la prise en charge des patients atteints de l'une des trente pathologies classées comme affection de longue durée (forfait ALD) et l'accomplissement de missions de service public (rémunération des gardes et astreintes dans le cadre de la permanence des soins).

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, ces forfaits représentent une proportion faible, mais en augmentation, de la rémunération des médecins libéraux : 6% de la rémunération des médecins généralistes et 3% de celle des anesthésistes en 2008 par exemple.

#### ➤ **L'apparition d'une première forme de rémunération sur objectifs**

Depuis les années 1990, plusieurs dispositifs ont tenté de lier la rémunération des médecins libéraux à la satisfaction d'objectifs de qualité ou de maîtrise des dépenses de santé. Certains, comme l'accord de bon usage des soins (ACBUS), conditionnent les revalorisations tarifaires à l'atteinte collective d'engagements. D'autres, comme les références médicales opposables (RMO), prévoient des sanctions individuelles.

En mars 2009, l'assurance maladie a lancé un nouveau programme de rémunération individuelle sur objectifs, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Appelé paiement à la performance ou paiement à la qualité, ce mode de rémunération complémentaire s'inspire des systèmes initiés au Royaume-Uni dès 1990. Autorisé par la loi, le CAPI est un contrat type qui fait ensuite l'objet d'une signature individuelle entre le médecin généraliste volontaire et l'assurance maladie. Il n'entre pas dans le champ de la négociation conventionnelle. Il apporte une rémunération complémentaire au paiement à l'acte, en fonction de l'atteinte d'objectifs de prévention (risques médicamenteux, vaccination, dépistage du cancer du sein notamment), de suivi des pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle) et d'efficacité des prescriptions (prescription dans le répertoire générique). Le complément de rémunération peut atteindre 5 600 euros par an, soit plus de 10% de la rémunération annuelle d'un généraliste. Selon les prévisions de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'équilibre financier du CAPI doit être assuré par les économies générées par la diminution attendue des dépenses de prescriptions.

Au 1er février 2010, plus de 13 000 médecins ont souscrit un CAPI, soit 30% des professionnels éligibles, ce qui témoigne de l'intérêt des médecins pour cette nouvelle forme de rémunération, en dépit de l'opposition des syndicats et du Conseil de l'ordre qui contestent pour les premiers un dispositif qui les exclut, pour le second, une atteinte aux principes de déontologie.

#### ➤ **L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération**

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a fait un pas de plus dans la diversification des modes de rémunération de l'exercice libéral. Elle prévoit que des expérimentations peuvent être menées jusqu'au 1er janvier 2013 sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé destinés à compléter le paiement à l'acte ou à s'y substituer. L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure ces modes de rémunération favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premiers recours. La mission a constaté au cours de séminaires de préparation de ces expérimentations l'intérêt des professionnels pour ces dispositifs qui seront repris dans la troisième partie.

## 1.2. Les revenus sont très dispersés

Si les médecins libéraux figurent parmi les professionnels les mieux rémunérés en France avec un revenu moyen annuel net de 89 000 euros en 2009, on constate de fortes disparités de revenus. La nouvelle méthodologie suivie par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en prenant en compte pour la première fois les revenus salariaux, a permis d'avoir une vision plus complète. La rémunération moyenne des médecins aurait été sous-estimée de près de 10% dans les études antérieures.

### 1.2.1. Les médecins libéraux figurent parmi les professionnels les mieux rémunérés en France

Selon les données de l'association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC), les médecins libéraux se situent parmi les 5% de cadres les mieux payés. Ils constituent en France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE, une des professions les mieux rémunérées en valeur absolue. Si ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, ils permettent de situer les médecins par rapport aux autres professions.

Les médecins libéraux se différencient néanmoins des autres cadres par un déroulement de carrière spécifique, une installation tardive (35 ans en moyenne) et une forte chute des revenus à partir de 55 ans. Leurs revenus sont légèrement inférieurs à ceux des pharmaciens et des dentistes libéraux (-10%) mais supérieurs à ceux des professionnels de santé salariés, et notamment des médecins hospitaliers (+26%). Ce constat peut être nuancé en termes de niveau de vie, les conjoints de médecins libéraux étant moins souvent actifs.

**Tableau n°1 : profil de rémunération nette moyenne au cours de la carrière des médecins**

En €/an	Médecin libéral	Médecin hospitalier temps plein	Cadre supérieur
25-34 ans	31 700	31 700	43 850
35-65 ans	88 500	74 300	78 700
25-65 ans	74 600	61 500	70 200

Enfin, le revenu moyen des médecins libéraux a augmenté plus rapidement que celui de la moyenne des salariés, notamment sur la période récente. Les revenus moyens tirés de l'activité libérale ont augmenté de 35% entre 1980 et 2000, contre 15% pour le revenu net moyen dans le secteur privé et semi-public. L'écart se creuse encore sur les dernières années, le taux de croissance du revenu des médecins libéraux entre 2000 et 2008 s'établissant, en euros constants, à 15% pour les spécialistes et à 9% pour les omnipraticiens alors que le salaire net moyen annuel pour les emplois à temps complet dans les entreprises du secteur privé ne progresse que de 2,8%.

## 2. enjeux et objectifs d'une réforme

### 2.1. Malgré ses limites, le paiement à l'acte présente des atouts qu'il convient de préserver

Du point de vue des médecins, comme de celui des patients et des pouvoirs publics, le système de rémunération actuel présente plusieurs défauts.

#### 2.1.1. Le système peine à concilier attractivité de la profession, égalité d'accès aux soins et efficacité du système de santé

➤ **Pour les médecins, le système est inéquitable et n'est plus suffisamment attractif**

Les fortes disparités de revenus entre médecins ne sont pas toujours justifiées par des différences de volume d'activité ou de résultats, ni par des niveaux différents de responsabilité, de pénibilité ou de coût de la pratique.

Outre les sentiments d'inéquité engendrés par ces disparités, celles-ci ont un impact sur l'orientation des jeunes professionnels. Même si l'attractivité d'une spécialité est déterminée par de multiples facteurs, on observe que la hiérarchie des choix à l'examen classant national est proche de celle des rémunérations, laquelle est indépendante des priorités de santé publique. Cette situation peut entraîner des distorsions entre offre et demande de soins : la moindre rémunération des spécialités cliniques explique pour partie la désaffection dont souffre la médecine générale.

➤ **Pour les patients, le système est peu lisible et pose des problèmes d'accès aux soins**

Comprendre les tarifs de santé est devenu de plus en plus complexe au cours des années récentes. Aujourd'hui les tarifs diffèrent en fonction du secteur d'installation du médecin, de la spécialité exercée, des actes pratiqués, de la position du patient dans le parcours de soins, et enfin de situations particulières. Dans de nombreux cas, il est difficile pour un patient de savoir précisément combien lui coûtera une consultation ou un acte médical.

L'information disponible pour les assurés sur le site *ameli.fr* de l'assurance maladie est encore trop partielle. La Cour des comptes a récemment qualifié le système actuel de maquis tarifaire illisible par l'assuré.

D'autre part, des problèmes d'accès aux soins existent, du fait de la banalisation des dépassements d'honoraires dans certaines régions et spécialités. Peu pris en charge par les organismes complémentaires, ces dépassements sont principalement acquittés par le malade. Ils sont remboursés par les contrats d'assurance maladie complémentaire à hauteur d'un tiers en moyenne, selon des estimations convergentes de la CNAMTS, du HCAAM et de l'UNOCAM. Les couvertures complémentaires les plus généreuses étant surtout accessibles aux cadres des grandes entreprises, le reste à charge est inégalement réparti. 6% des assurés n'ont en outre aucune couverture complémentaire. L'IGAS a par ailleurs mis en évidence que des dépassements sont parfois facturés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMUc) en dépit des interdictions légales. L'augmentation des taux de dépassement dans les années récentes aurait conduit certains ménages à reporter, voire à renoncer à certains soins. Ce constat est aggravé par la pratique des « dessous de table ». Selon l'enquête IPSOS publiée par le collectif interassociatif sur la santé (CISS) en février 2007, 10% des Français se seraient vu demander un « dessous de table » par un médecin.

Des inégalités géographiques d'accès aux soins existent également. La densité des omnipraticiens libéraux qui est en moyenne de 100 pour 100 000 habitants en France varie de 71 en Seine-Saint-Denis à 135 dans les Pyrénées-Orientales, tandis que la densité des spécialistes libéraux qui est de 88 pour la France, chute à 35 en Lozère et culmine à 250 à Paris.

➤ **Pour les pouvoirs publics, un système peu propice à l'efficience**

Le système actuel est coûteux et inflationniste. En liant nombre d'actes et revenus, le paiement à l'acte est susceptible d'orienter la pratique médicale vers un accroissement de l'offre de soins, par augmentation de la productivité horaire du médecin et de son temps de travail. Le médecin peut ainsi chercher à accroître sa patientèle ou bien augmenter l'intensité des soins prodigués à chaque patient, en le faisant revenir plus souvent par exemple.

Si cette augmentation de l'offre n'est pas mauvaise en situation de faible densité médicale, elle devient un problème lorsque le médecin, du fait de son expertise, influence artificiellement la demande de soins.

Ce phénomène dit de demande induite conduit à une surproduction de soins coûteuse pour l'assurance maladie.

Les comparaisons internationales montrent que les pays où le paiement à l'acte est le mode de rémunération dominant ont les dépenses de santé les plus élevées. Elles doivent être interprétées avec prudence. Les écarts peuvent s'expliquer par d'autres facteurs que le mode de rémunération. Les dépenses supplémentaires ne signifient pas nécessairement que la production de soins est inefficace. Il n'en demeure pas moins que des études empiriques ont mis en évidence en France des phénomènes de demande induite, notamment engendrés par les médecins généralistes de secteur 1

Par ailleurs, il existe une corrélation forte entre le nombre d'actes et le volume des prescriptions. Ainsi, en France, près de 80% des consultations donnent lieu à prescription d'au moins un médicament, sans que ces prescriptions soient toujours justifiées. La CNAMTS estime ainsi que 15% des 42 milliards d'euros de prescriptions de soins de ville ne sont pas médicalement justifiés, soit 6 milliards d'euros. L'impact de ces pratiques, tant sur le plan financier que sanitaire, peut être très significatif. Elles placent la France dans la position de premier consommateur de médicaments de l'OCDE avec une consommation supérieure de 50% à la moyenne des pays occidentaux.

« *La rémunération des médecins libéraux* » Rapport rédigé par le groupe n°13 de la promotion Voltaire de l'ENA (2008-2010)

## Comblent le trou de la Sécu, mission impossible?

**Le déficit de la Sécurité sociale va tomber sous les 14 milliards d'euros en 2012, selon le projet de loi de finances présenté ce jeudi par le gouvernement. Une baisse substantielle par rapport à 2010. Mais le "trou" demeure à un niveau élevé et la dette sociale gonfle dangereusement.**

Petit à petit, le déficit de la Sécurité sociale - le fameux "trou de la sécu" - se réduit. Mais il reste à un niveau historiquement élevé.

### **A combien s'élève ce déficit?**

Le déficit du régime général de la Sécurité sociale devrait atteindre 18,6 milliards d'euros cette année, soit une réduction de 5,3 milliards par rapport à 2010, selon le rapport publié ce jeudi par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS). La branche maladie reste la plus déficitaire (9,6 milliards d'euros en 2011 après 11,6 milliards en 2010). La branche retraite devrait elle afficher un solde négatif de 6 milliards d'euros cette année (après 8,9 milliards en 2010), la branche famille un déficit de 2,6 milliards tandis que la branche AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles) est à l'équilibre. En ajoutant au régime général les pertes des autres petits régimes (agriculteurs, indépendants, agents des collectivités, etc.) et du Fonds de solidarité vieillesse, qui finance l'allocation minimum vieillesse, le déficit des comptes sociaux devrait atteindre 24,4 milliards en 2011, après 29,8 milliards en 2010.

### **La faute à la crise?**

C'est ce que prétend le gouvernement. La crise aurait fait perdre quelque 18 milliards de recettes aux comptes sociaux, estime l'exécutif, qui rappelle qu'en 2008 le déficit du régime général n'était "que" de 10 milliards d'euros. Reste que depuis 2001, année où le régime général affichait un excédent de 1,2 milliard d'euros, le "trou" de la Sécu n'a cessé de se creuser. Plus de la moitié du déficit du régime général relève de facteurs structurels (environ 0,7 point sur 1,2 point de PIB), estime la Cour des comptes dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale publié début septembre. La Cour critique notamment la politique jugée trop laxiste en matière de remboursement et de prescription de médicaments. En 2009, les Français ont consommé près de 36 milliards d'euros en médicaments, soit environ 550 euros par habitant, contre 466 euros en Allemagne ou 425 euros en Italie. Bruno Palier, directeur de recherche du CNRS à Sciences Po, spécialiste de la protection sociale, cite également comme problème structurel le système de dépassement d'honoraires des médecins, l'instauration d'une tarification à l'acte dans les hôpitaux qui incite à l'inflation des dépenses et les niches sociales (exonération ou réduction de CGS et CRDS) qui privent la sécu de milliards d'euros de recettes.

### **A quoi est due l'amélioration récente des comptes?**

L'amélioration des comptes en 2011 s'explique en grande partie par la hausse de la masse salariale. Les deux tiers des recettes de la Sécurité sociale proviennent en effet des cotisations sociales assises sur les revenus salariaux. En 2009, sous l'effet de la crise, la masse salariale avait enregistré une baisse historique - une première depuis 1945 - de 1,3%. En 2010, elle est repartie à la hausse (+2%). Cette année, la croissance devrait atteindre 3,7%, soit plusieurs milliards d'euros autant de recettes supplémentaires pour la Sécu. A cela s'ajoute l'apport de recettes nouvelles, liées notamment à la réforme des retraites de 2010 qui apporte 3,5 milliards au régime général, mais aussi diverses mesures prises pour au cours de deux dernières années (annualisation des allègements de charges, hausse du forfait social, hausse de la taxe sur les contrats d'assurance, etc.). Il faut aussi noter un véritable effort en matière de maîtrise des dépenses. Le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé à 2,9% en 2011, permet d'économiser un peu plus de 2 milliards d'euros.

Cette hausse limitée - elle est deux fois moins importante qu'au début de la décennie - est le résultat des politiques de rationalisation des soins de ville mis en place par la Cnam (caisse nationale d'assurance maladie), estime Bruno Palier, qui cite notamment l'instauration d'un médecin traitant et d'un parcours de soins, l'accent mis sur la prévention et l'encouragement au recours aux génériques.

### **Comment le gouvernement entend-il poursuivre ce redressement?**

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, présenté ce jeudi à Bercy par la ministre du Budget Valérie Pécresse, le ministre du Travail et de la Santé Xavier Bertrand et la ministre des Solidarités Roselyne Bachelot, prévoit de ramener le déficit du régime général de la Sécu à 13,9 milliards d'euros l'an prochain. La branche maladie va descendre en 2012 à 5,9 milliards, la branche retraites à 5,8 milliards. Environ 6,5 milliards d'euros du [plan anti-déficit](#) présenté par François Fillon fin août vont venir abonder les caisses de la Sécu en 2012 (hausse des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, taxe sur les complémentaires santé, hausse des prix du tabac et de l'alcool, réduction des allègements de charges sur les heures supplémentaires, création d'une taxe soda, etc.). Comme pour cette année, plus de deux milliards d'euros devraient être économisés par la maîtrise de la hausse des dépenses d'assurance maladie. Le gouvernement va également poursuivre sa politique de déremboursement des médicaments "inutiles" (40 millions d'euros d'économies attendus) et surtout faire pression sur les laboratoires pour qu'ils baissent leurs prix (600 millions d'euros d'économies).

### **Quand la Sécurité sociale sera-t-elle enfin à l'équilibre?**

Optimiste en raison d'un redressement meilleur que prévu cette année, le gouvernement juge "réaliste" un retour à l'équilibre de l'assurance maladie "à l'horizon 2015". La loi réformant les retraites de 2010 prévoit elle un retour à l'équilibre en 2018. Ces prévisions sont toutefois fondées sur des hypothèses économiques contestables. Rien que pour 2012, le gouvernement prévoit une [croissance du PIB de 1,75%](#) et de la masse salariale de 3,7%. Selon le FMI, la croissance tricolore ne dépassera pas 1,5% l'an prochain. Les recettes de la Sécu risquent donc de pâtir plus que ne le prévoit le gouvernement du ralentissement de la croissance. Quant à la réforme des retraites, une récente étude de la Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse) montre qu'elle permettra de réduire le déficit du régime général de 8 milliards d'euros à l'horizon 2020, mais que celui-ci ne sera pas pour autant résorbé (il atteindrait encore 10 milliards d'euros). Bien sûr, pour augmenter les recettes de la Sécu, il est toujours possible d'augmenter les cotisations sociales, mais cette mesure est très impopulaire. Pour Bruno Palier, "l'équation du retour à l'équilibre des comptes sociaux est simple": il faut se "donner les moyens d'une croissance vigoureuse, créatrice d'emplois", et "mieux contrôler la dynamique des dépenses en rationalisant le parcours des soins de ville, par exemple en créant des maisons de santé regroupant toutes les spécialités de premiers soins, pour alléger la charge des hôpitaux". Reste qu'une fois la problématique du déficit de la Sécu réglé, il faudra s'attaquer à son énorme dette. L'accumulation des déficits fait en effet enfler année après année la dette sociale gérée par la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale). La dette cumulée reprise par la Cades s'établissait fin 2010 à 134,6 milliards d'euros.

Article d'Émilie Lévêque, paru dans le magazine L'expansion de septembre 2011

# Les médecins reconnaissent effectuer des actes superflus

**INFOGRAPHIE - La Fédération hospitalière de France a interrogé plus de 800 praticiens, en ville et à l'hôpital. Seuls 72 actes médicaux sur 100 sont «pleinement justifiés», selon les médecins eux-mêmes.**

C'est une marotte de la Fédération hospitalière de France (FHF): éviter, en matière médicale, un gaspillage dont nous n'avons plus les moyens. À la suite d'un long travail, la Fédération avait mis en évidence en 2010 la [masse d'actes médicaux plus ou moins contestables effectués chaque année](#) - analyses biologiques, radiographies, césariennes «de confort», poses de «yoyos» superflus dans les oreilles des enfants, dépistages du cancer de la prostate à un âge avancé... Au total, des milliards d'euros.

La FHF revient aujourd'hui à la charge avec un sondage que dévoile *Le Figaro*. L'étude montre que le corps médical ne sera pas forcément l'ennemi de ce combat. Plus de 800 médecins ont été interrogés par TNS: ils estiment eux-mêmes que, sur 100 actes médicaux, seuls 72 sont «pleinement justifiés». La réponse varie peu selon qu'elle émane d'un médecin hospitalier, d'un spécialiste libéral ou d'un généraliste. Mieux, chacun reconnaît des actes non pertinents dans sa propre discipline - les généralistes ne renvoient donc pas la faute sur les spécialistes, les médecins de ville sur les hospitaliers, etc.

## *Changer les habitudes*

Deux principales raisons sont citées, la pression des patients et la peur des poursuites devant les tribunaux. En 2010 déjà, la FHF avait évoqué des solutions possibles: campagne de communication grand public sur le modèle «Les antibiotiques, c'est pas automatique» ou encore des référentiels opposables: cette deuxième idée consiste à faire publier par des autorités scientifiques la liste des examens nécessaires dans tel ou tel cas, les autres n'étant pas remboursés et leur absence ne pouvant pas être reprochée à un médecin poursuivi en justice. Le faible nombre de référentiels est d'ailleurs aussi cité par les professionnels parmi les motifs poussant à des examens complémentaires.

Changer les habitudes prend du temps. Mais la Fédération est persuadée que son combat paiera. Elle se flatte de premiers résultats. Le simple fait d'avoir rendu publics, par le passé, les écarts de taux de césarienne entre public et privé, et d'une région à l'autre, sans justification apparente, aurait permis de les réduire. Le nombre de radios du crâne - inutiles en cas de traumatisme simple, pour lequel un examen clinique suffit selon le consensus scientifique - a baissé de 9% dans les mois qui ont suivi les explications de la FHF dans la presse.

En quoi les hôpitaux publics ont-ils une légitimité pour porter ce thème? « La FHF a toujours regardé en face certains sujets, même tabous, comme la fermeture des petits blocs chirurgicaux où les conditions de sécurité ne sont pas réunies. C'est ce qui fonde sa crédibilité », plaide son président, [Frédéric Valletoux](#), non sans raison. « Nous n'avons pas une approche mercantile », ajoute le délégué général, Gérard Vincent. Façon de renvoyer aux seuls médecins libéraux la tentation de multiplier les actes pour gonfler leurs revenus. S'il est exact que les médecins hospitaliers ne sont pas rémunérés en fonction de leur volume d'activité, le budget de leur établissement - donc les emplois - en dépend.

Entre les lignes, la FHF reproche d'ailleurs à [l'Assurance-maladie](#), qui dispose des informations sur le nombre d'actes, médecin par médecin, de les garder pour elle afin d'éviter une fronde des médecins libéraux. La bataille pour la pertinence des soins cache aussi une [guéguerre des données](#).



## Chacun doit réfléchir à ses pratiques au quotidien

*INTERVIEW - Frédéric Valletoux, maire et président du conseil de surveillance de l'hôpital de Fontainebleau, est président de la Fédération hospitalière de France, qui regroupe presque tous les établissements de santé publics.*

**LE FIGARO. - Les médecins reconnaissent eux-mêmes que certains actes médicaux pourraient être évités. Êtes-vous surpris?**

**Frédéric VALLETOUX. -** Notre sondage montre la maturité des acteurs du système de santé. Ils sont prêts à ouvrir le débat. Nous l'avions ressenti dans les instances de la FHF qui regroupent élus locaux, gestionnaires et médecins hospitaliers ; nous sommes heureux de constater qu'il n'y a pas non plus de blocage chez les médecins libéraux. Tout le monde fait l'«aveu» que, dans le ronron du système, il y a sans doute une proportion importante d'actes injustifiés. Cela ne signifie pas qu'il y a un scandale, un laisser-aller complet, une gabegie organisée. Mais chacun doit réfléchir à ses pratiques au quotidien.

**La première raison évoquée est la pression des patients...**

Je suis un peu étonné. Cela voudrait dire que les médecins ne résistent pas, se laissent emporter par ces demandes? Les patients, il est vrai, sont de plus en plus exigeants, se renseignent - sur Internet notamment - avant d'aller consulter, et sont presque déçus quand ils ne repartent pas avec la prescription qu'ils attendaient. Certains pensent peut-être qu'ils ont «droit à un scanner» comme d'autres arguent d'un «droit à un arrêt de travail», ce qui peut entraîner une forme de clientélisme. C'est pourquoi il faut une éducation des patients, les informer sur leurs droits, mais aussi leurs devoirs, en faire des acteurs du système de santé, pas simplement des consommateurs de soins. Nous avons proposé la création d'un institut du patient qui assurerait une sorte de «formation continue».

**Faut-il sanctionner financièrement les médecins qui prescrivent trop?**

Ce n'est pas notre logique. La première chose à faire, c'est de rendre l'information disponible. Dans les mois qui ont suivi notre campagne de communication sur les radiographies du crâne inutiles, leur nombre a reculé de 9%. Il y a encore trop peu de référentiels qui, sur la base d'études scientifiques incontestées, indiquent aux médecins quels actes prescrire dans quels cas - même si la Haute autorité de santé a commencé ce travail, sur la cataracte ou les césariennes. Mais on doit aussi modifier les modes de rémunération pour que les revenus des professionnels de santé libéraux et des hôpitaux dépendent moins des volumes d'actes. Cela commence timidement à se faire chez les généralistes et les pharmaciens. À l'hôpital, les solutions peuvent être multiples, par exemple un tarif dégressif après un certain nombre d'interventions par équipe, ou une somme forfaitaire pour les petits hôpitaux que l'on ne veut pas fermer afin d'éviter qu'ils multiplient les actes pour équilibrer leur budget.

**Les honoraires des médecins libéraux représentent 17 milliards d'euros par an, les dépenses hospitalières 60 milliards. Combien peut-on économiser?**

Il ne faut pas imaginer que les 28% d'actes dont les médecins doutent de l'utilité puissent tous être supprimés. Sinon, nous aurions une médecine froide, mécanique, sans humanité. Le pays qui maîtrise le mieux les dépenses de santé est la Grande-Bretagne - où d'ailleurs les médecins n'ont aucun intérêt financier à faire des actes supplémentaires - mais son système est critiqué de toute part et il engendre sans doute une «sous-consommation médicale» qui peut poser des problèmes de santé publique. Reste que le contexte de finances publiques ne permet pas de continuer à demander toujours plus de moyens. Lutter contre ces actes inutiles est la meilleure façon de dégager des marges de manœuvre. Mieux vaut cela que des déremboursements ! Mais la pertinence des actes est un chantier long, compliqué, qui nécessite une impulsion politique forte. Raison de plus pour se lancer dès le début de ce quinquennat ! Nous avons lancé l'appel à la nouvelle ministre de la Santé, Marisol Touraine.