

Regards croisés sur la santé

Lettre du Collectif Interassociatif Sur la Santé - n°5 - décembre 2011

Quelle santé après 2012 ?





Regards croisés  sur la santé

EDITO

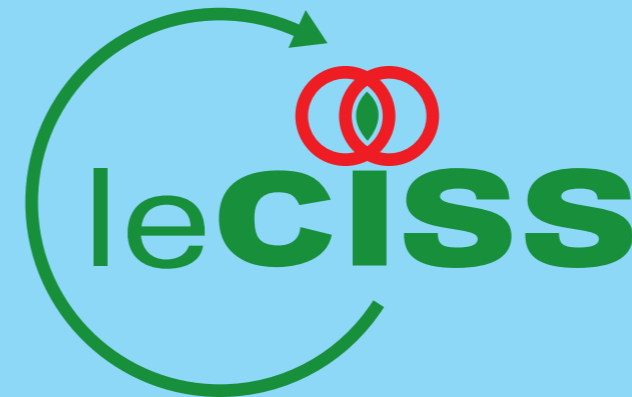
SOMMAIRE

- p2** Edito - Sommaire
- p3** Santé : réforme démocratique plutôt que régressions chroniques
Tribune de Christian Saout, CISS
- p6** Pour une solidarité sans limite... d'âge
Interview de Sylvain Denis, Fédération nationale des Associations de Retraités
- p7** Repenser le financement, le fonctionnement et les prises en charge
Interview de Claudine Esper, Ligue contre le Cancer
- p8** Santé : pour un accès réellement universel
Interview du Dr Olivier Bernard, Médecins du Monde
- p9** La solidarité, un investissement d'avenir
Interview de Jean-Marie Barbier, Association des Paralysés de France
- p10** Santé : peut-on faire l'économie de la solidarité ?
Interview de Danièle Desclerc-Dulac, CISS-Région-Centre
- p11** La santé pour tous, d'abord un choix de société
Interview de Michel Lecarpentier, CISS-PACA
- p12** Système de santé, démographie médicale et financements : évoluer pour préserver l'essentiel
Interview de Thomas Barnay, Université Paris-Est Créteil
- p14** Le paiement à l'acte : un frein à l'évolution du système de santé
Interview de Pierre-Yves Geoffard, École d'Économie de Paris
- p16** Concilier crise et financement des dépenses de santé : un dilemme pour nombre de pays de l'OCDE
Interviews de Valérie Paris et Gaëtan Lafortune, Organisation de coopération et de développement économiques

Christian SAOUT Président du CISS



Santé : réforme démocratique plutôt que régressions chroniques



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Pour que l'accès aux soins soit garanti pour tous dans les prochaines années, le CISS propose un état des lieux des principaux enjeux de notre système de santé du point de vue de ses usagers, c'est-à-dire de ses bénéficiaires et contributeurs. Nos constats et propositions portent sur nos interrogations fortes et récurrentes concernant les dépassements d'honoraires, les déserts médicaux, le financement solidaire et pérenne de l'Assurance maladie, ce qui nous conduit forcément à aborder aussi nos réflexions sur l'organisation de la santé et la nécessité d'y accroître la dimension démocratique dans la prise de décision.

Y'a du monde dans les déserts médicaux !

Le terme « déserts médicaux » a fini par s'imposer. Il recouvre cependant des réalités différentes. Le désert médical n'est pas forcément en zone rurale. Ainsi, trouver un généraliste à tarifs opposables qui accepte de nouveaux patients, dans certains quartiers parisiens ou des grandes villes françaises, tient de la gageure. Et, dans d'autres territoires, trouver certains spécialistes conventionnés dans un rayon de moins de 80 kilomètres est parfois impossible.

Il y a trois solutions. Les mesures incitatives, autrement dit des bonifications financières offertes aux médecins pour s'installer dans les zones « sous-denses », là où il n'y a pas assez de médecins. La France a essayé, ça ne marche pas et c'est ruineux. On arrose le sable : des dizaines de millions d'euros dépensés en vain.

La deuxième solution, c'est la contrainte. Mais il n'y a aucune raison que ce soit les jeunes médecins qui s'y collent. D'ailleurs, la contrainte est ressentie comme inacceptable par tous les médecins, jeunes ou vieux.

Reste donc la solution des mesures désincitatives. C'est, par exemple, le fait de ne pas conventionner de nouveaux médecins qui s'installent dans des secteurs déjà surdotés en médecins. C'est une solution qui n'a pas encore été essayée pour les médecins, mais qui en revanche est déjà appliquée avec un certain succès à d'autres professionnels de santé et en particulier aux infirmier(e)s libéraux/ales.

- D'autres solutions, plus structurelles, pourraient être tentées :
 - L'ouverture de centres publics de santé offrant des consultations et des actions d'accompagnement à une population donnée. Comme cela a pu être fait en France quand certains professionnels de santé ne voulaient pas s'installer dans les banlieues, dans les années cinquante. C'est tout à fait possible puisque le droit prévoit que dans le domaine de la santé, en cas de carence de l'initiative privée, les pouvoirs publics peuvent organiser eux-mêmes le service de santé.
 - Des professionnels déjà en place (pharmaciens, infirmiers,...) pourraient permettre l'orientation et le suivi des malades, leur évitant d'aller à l'hôpital ou dans une consultation éloignée. C'est ce qu'on appelle la délégation de tâches.
 - Des postes de santé avancés pourraient aussi avoir leur utilité, s'appuyant sur les nouvelles technologies de la communication pour la consultation ou l'avis à distance.
 - Un basculement vers une rémunération majoritairement au forfait des médecins de premiers recours, en particulier des généralistes, afin de les amener à s'installer naturellement en fonction de la répartition de la population sur le territoire. Bien entendu, le montant des forfaits appliqués pourrait être pondéré en fonction du volume et des caractéristiques de la patientèle.
- Désinciter, contraindre, innover dans l'organisation ? En tout cas, ne rien faire serait dramatique pour l'accès aux soins, pour la santé publique, et pour le respect de la vie.

L'ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ, PENSÉ EN 1945, DANS UNE FRANCE APPAUVRIE PAR LA GUERRE, NOUS Y RENONCERIONS ALORS QUE NOUS SOMMES INFINIMENT PLUS RICHES QU'AU LENDEMAIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Ma santé, mon porte-monnaie...

Aïe, Aïe, la santé coûte de plus en plus cher. Pour beaucoup de Français, la question n'est même pas de savoir où trouver un

Quelle santé après 2012 ?

Longtemps le système de santé français a été cité en exemple. Il y a seulement dix ans, l'Organisation mondiale de la santé le plaçait au premier rang mondial !

Aujourd'hui, ce système de santé est en danger : dépassements d'honoraires exorbitants, difficulté grandissante à trouver un médecin à proximité de son domicile ou de son lieu de travail, refus de soins toujours opposés à certaines catégories de personnes, renoncements de plus en plus fréquents de certains de nos concitoyens qui n'ont plus les moyens de financer leurs soins, absence de coordination des soins pour des patients qui en ont pourtant grand besoin, trop faible attention aux malades de la part des professionnels de santé comme de notre société.

Du côté du financement des besoins de santé, cela ne va pas mieux. L'Assurance maladie rembourse de moins en moins les soins courants. Franchises et forfaits pesant sur le citoyen sont devenus monnaie courante. Malgré cela, l'endettement de l'Assurance maladie est considérable et nous ne faisons que peu d'efforts pour trouver de nouvelles ressources. De leur côté, les complémentaires se sont lancées dans une politique de sélection tarifaire : selon le montant de votre cotisation, elles prennent plus ou moins en charge les frais de santé. Autant de raisons pour que l'accès aux soins, absent de la présidentielle en 2007, soit à l'ordre du jour en 2012 !

Collectif Interassociatif Sur la Santé



Dans ce numéro de *Regards croisés sur la santé*, le CISS confronte les points de vue et les analyses complémentaires d'acteurs associatifs, d'économistes de la santé et d'experts de l'OCDE sur les questions sanitaires qui apportent une lecture comparative particulièrement intéressante des 3 thématiques sur lesquelles nous avons choisi de faire un focus :

- les difficultés économiques d'accès aux soins à travers la question des dépassements d'honoraires,
- les obstacles géographiques à l'accès aux soins en abordant les problèmes de désertification médicale,

- le défi de l'équilibre budgétaire de l'Assurance maladie et dans ce cadre la priorité absolue que doit constituer le maintien du financement solidaire de nos dépenses de santé.

Dans une approche pédagogique pour sensibiliser les usagers autour de ces questions de santé prioritaires et des solutions envisageables pour y répondre, les analyses présentées ici sont également accessibles sur internet sous une forme à la fois participative pour les internautes et interpellatrice vis-à-vis des candidats à l'élection présidentielle, lesquels seront invités à terme à nous expliquer les solutions qu'ils entendent développer sur chacun de ces points.

Retrouvez, partagez, commentez des éclairages associatifs, avis d'experts, propositions de candidats :

www.quellesanteapres2012.org

médecin, mais combien cela coûte ! Des enquêtes menées par les pouvoirs publics et par les associations montrent que de plus en plus souvent nos concitoyens renoncent aux soins. Pas seulement, mais souvent pour des questions d'argent. Parce que l'on n'a pas assez de ressources pour payer une mutuelle et que l'on est exposé aux dépassements d'honoraires. Y compris à l'hôpital. Alors, on nous dira toujours que les dépassements d'honoraires sont concentrés en région parisienne et dans certaines spécialités. C'est curieux comme nos vies ne ressemblent jamais aux statistiques : pourtant qui n'a jamais eu pour lui-même ou dans son entourage proche à évoquer cette question ?

Comme la santé n'est pas assez chère, voilà que certains veulent créer un troisième secteur, habilement appelé le secteur optionnel. Demain, il y aura donc trois tarifs : le tarif dit « de la sécu », le tarif à dépassement d'honoraires libres, et le tarif à dépassements d'honoraires plafonnés. Quelle pagaille ! Et quel aveu : l'accès de tous à des soins de qualité pensé en 1945, dans une France appauvrie par la guerre, nous y renoncerions alors que nous sommes infiniment plus riches qu'en 1945 !!!!

CE SONT LES FRANÇAIS QUI PÂTISSENT COLLECTIVEMENT DE L'INCAPACITÉ À GÉRER CORRECTEMENT UN SYSTÈME DE SANTÉ

Sous le tapis, la dette.

Nous avons tous oublié que l'Assurance maladie ne remboursait au départ que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Ce n'est qu'au fil du temps et parce que la croissance était là, qu'elle a commencé à prendre en charge le remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux, par exemple. Mais, dès les années 1980, il a fallu recourir à l'endettement pour financer la dépense de santé. Pour finir, la dette a été englobée dans une caisse pour le remboursement de la dette sociale, la CADES. C'est pourquoi nous payons chaque mois une cotisation pour le remboursement de la dette sociale : la CRDS. Ce sont les Français qui payent collectivement par cet impôt qui ne dit pas son nom l'incapacité à gérer correctement un système de santé. Nous tous aujourd'hui, et nos enfants demain, aurons à épousser plusieurs milliards d'euros.

LE SYSTÈME AMÉRICAIN, QUI EST PARMI LES MOINS SOLIDAIRES, EST AUSSI LE PLUS COÛTEUX

Dépenser mieux ?

Est-ce possible ? Incontestablement. Chacun a bien compris que la prescription de médicaments comme le prix du médicament étaient trop élevés. Aux médicaments anciens, peu coûteux ou génériques,

les médecins préfèrent les molécules nouvelles, dont la plupart ne comportent guère l'innovation qui pourrait en justifier le prix. Mais ce n'est sûrement pas l'opération de nettoyage annoncée dans les médicaments qui va rééquilibrer les comptes de l'Assurance maladie. Il faut envisager des mesures structurelles. Ce qui doit guider la réforme du système, c'est l'idée du juste soin. C'est là que résident les économies. Dans l'amélioration de la coordination des soins, des liens entre la médecine de ville et l'hôpital, du chaînage entre la prise en charge sanitaire et médicosociale afin d'éviter l'errance des usagers du système de santé qui conduit trop souvent à des renvois non préparés au domicile et ensuite à des réadmissions coûteuses à l'hôpital. Des travaux viennent par exemple d'être conduits sur les inadéquations hospitalières, c'est-à-dire le nombre de lits occupés de façon non pertinente. Façon polie de parler des personnes qui n'ont aucune raison d'être maintenues à l'hôpital : on apprend ainsi que 10 % des malades séjournent sans raison à l'hôpital, cela fait à peu près 3 milliards d'économies. Commençons donc par cela. Au lieu de quoi, on vient de supprimer le remboursement à 100 % pour des pathologies graves comme l'hypertension artérielle sévère !

CE QUI DOIT GUIDER LA RÉFORME DU SYSTÈME, C'EST L'IDÉE DU JUSTE SOIN

Dépenser plus ?

Cela va s'avérer nécessaire. Car à force de retarder les réformes, notre système de santé est en difficulté. Ce n'est que très récemment que nous avons accepté de créer des maisons et des pôles de santé où la coordination des soins est plus aisée. Mais cela ne suffira pas, peu nombreuses sont les structures qui sont dotées de personnels d'accompagnement. Or, nous vivons une « transition épidémiologique » comme l'appellent les scientifiques : l'explosion des maladies chroniques et des polyopathologies. Bien sûr, nous avons toujours besoin de traitements ou d'une intervention chirurgicale à un instant donné, mais nous sommes de plus en plus nombreux à devoir vivre avec des traitements au long cours, et parfois pour plusieurs maladies en même temps. Pour ceux-là, une fois le diagnostic et la prescription passés, c'est l'abandon. Rares sont les « points de conseils », en dehors de la pharmacie, où l'on peut parler des effets secondaires ou bénéficier d'une orientation. Il n'y a personne pour « accompagner » le malade en dehors des initiatives associatives ou du seul programme de l'Assurance maladie pour les diabétiques. C'est le défi de demain. Les innovations technologiques et cet accompagnement, indispensables pour des raisons d'efficacité et de dignité, constituent deux raisons de voir le coût de la santé croître encore.

Où trouver l'argent ?

Franchement, on ne manque pas de solutions. La Cour des comptes en a fait la liste. Et il s'en trouve qui n'impacteront pas les entreprises, inutile donc de dire que cela va augmenter le coût du travail et rendre notre économie moins compétitive...

Plusieurs propositions sont sur la table : extension de la CSG à tous les revenus, augmentation de la CSG, TVA sociale sur certains produits, réduction de certaines niches fiscales...

Qu'attend-on pour en débattre ? Un quinquennat s'est écoulé depuis que cela avait été promis par le président de la République en 2008

lors d'un débat qui se tenait au Sénat. À reculer ce type d'échéance on ne gagne rien. La preuve : les comptes de l'Assurance maladie sont toujours déséquilibrés... alors qu'en Alsace-Moselle l'Assurance maladie est équilibrée. Étonnant non, ce serait possible à Strasbourg, Colmar et Metz et pas dans le reste de la France ?

NOUS VIVONS UNE « TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE » AVEC L'EXPLOSION DES MALADIES CHRONIQUES ET DES POLYPATHOLOGIES ET IL N'Y A PERSONNE POUR « ACCOMPAGNER » LES MALADES. C'EST LE DÉFI DE DEMAIN

Comment rester solidaire ?

Cela non plus n'est pas impossible. Au surplus, c'est une exigence pour garantir la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Car le système américain, qui est parmi les moins solidaires, est aussi le plus coûteux. Plus de 16 % de la richesse nationale est consacrée à la santé... tout en produisant les plus grandes inégalités. La solution ne passe donc pas par les assurances privées « à l'américaine ». D'ailleurs, on le voit bien, nos concitoyens qui paient le plus lourd tribut à la domination des assurances privées sont ceux qui ne peuvent plus s'offrir une complémentaire : on ne cesse de relever le plafond de ressources pour l'aide à l'accès à la complémentaire santé !

Ces complémentaires, nous les avons vues augmenter chaque année depuis plus de dix ans comme si cela était naturel... alors que leurs prestations sont de moins en moins généreuses. Il faut y mettre bon ordre. S'il y a un socle assurantiel privé, il doit être obligatoire sur la base d'un contrat type connu de tous. Quitte à mobiliser la solidarité pour ceux qui ne peuvent pas se payer ce socle assurantiel en généralisant l'aide à la complémentaire santé. L'effort à conduire n'est pas si grand.

IL EXISTE DES SOLUTIONS DE FINANCEMENT QUI N'IMPACTERONT PAS LES ENTREPRISES, N'AUGMENTERONT PAS LE COÛT DU TRAVAIL ET NE RENDRONT PAS NOTRE ÉCONOMIE MOINS COMPÉTITIVE

Et la dépendance alors ?

Après qu'elle a été annoncée et que l'on a mobilisé des milliers d'heures de réunions pour la préparer, la réforme de la dépendance a été reportée au printemps 2012... autant dire aux calendes grecques. Pourtant, de l'avis commun, il ne suffisait que de réunir 1 milliard d'euros. Quand on sait que le budget de la santé équivaut à près de 200 milliards d'euros, l'effort pouvait et devait être fait. Les niches fiscales, rappelons-le, coûtent 75 milliards d'euros. Toutes ne sont pas à supprimer, car une part d'entre elles soutiennent la croissance, mais là aussi des choix sont à débattre puis à opérer.

ON ESTIME QU'UN MILLION DE BÉNÉFICIAIRES POTENTIELS DE LA CMU-C NE FONT PAS OU PLUS LES DÉMARCHES POUR L'OBTENIR SANS QUE RIEN NE SOIT MIS EN PLACE POUR RATTRAPER CES OUBLIÉS DU SYSTÈME

Notre santé, notre bataille...

La solidarité pour l'accès de tous à des soins de qualité doit être au cœur de notre combat. Il faut penser à ceux qui sont le plus concernés : tous ceux qui ont un jour été contraints de renoncer aux soins de façon ponctuelle et qui de plus en plus sont contraints de le faire durablement. Nous avons su développer des solutions comme la Couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide médicale d'État, mais à force de générer des inégalités d'accès aux soins nous passons notre temps à courir après l'universalité. Si la consommation de soins des personnes bénéficiaires de la CMU est statistiquement comparable à celle des autres Français, il reste encore des efforts à faire. D'abord, parce que le renoncement aux soins n'est pas que financier, l'organisation du système de soins, les contraintes administratives, le manque d'information et les attitudes des soignants y conduisent aussi. C'est ainsi qu'on estime qu'un million de bénéficiaires potentiels de la CMU-c ne font pas ou plus les démarches pour l'obtenir sans qu'aucune politique d'ampleur nationale ne soit mise en place pour aller rattraper ces oubliés du système dont nous ne doutons pas que, sans couverture santé complémentaire et avec des revenus inférieurs à 639 euros par mois, leur rapport au système de soins doit être pour le moins parcimonieux. Ensuite, parce que ce sont maintenant les populations disposant de revenus un peu plus élevés qui sont elles aussi affectées par le renchérissement de la santé : alors que la retraite moyenne des femmes s'établit en France autour de 1 000 euros, comment s'offrir une complémentaire qui représente 10 % de son budget ou comment régler le dépassement d'honoraires pour une intervention chirurgicale ?

La solidarité face à la maladie doit guider nos choix collectifs. Pourquoi ? Parce que nous touchons là à des questions de vie, de survie, de dignité individuelle et de sens aigu de ce que veut dire la République.



Pour une solidarité sans limite... d'âge



Sylvain DENIS, Président de la Fédération nationale des Associations de Retraités

Comment a évolué la perception de la problématique des dépassements d'honoraires au sein de votre association ces dernières années ?

Sylvain DENIS : Dans un certain nombre de régions, nos adhérents se plaignent de la difficulté croissante pour trouver des médecins, et en particulier des spécialistes, qui ne pratiquent pas les dépassements d'honoraires, même là où la concurrence est forte. La région parisienne et la Côte d'Azur concentrent en effet

le plus de médecins et le plus de dépassements. La seule façon d'y échapper, c'est l'hôpital ou certaines structures privées sans but lucratif fonctionnant encore aux tarifs de l'Assurance maladie. Ce phénomène s'explique en partie par la concurrence entre les mutuelles, dont la plupart remboursent les dépassements, ce qui de façon perverse entraîne une augmentation du prix de la médecine, une surconsommation médicale, qui à leur tour font grimper le prix des mutuelles. C'est de toute façon un problème ancien qui vient probablement de l'erreur d'avoir trop contraint les honoraires de certaines spécialités médicales... du moins en théorie car dans la pratique ils sont en fait complètement libres. L'une des solutions, en tout cas concernant les personnes âgées les plus fragiles, c'est probablement la rémunération forfaitaire en fonction des pathologies, qui commence d'ailleurs à peine à être explorée. Quant aux réseaux de santé des mutuelles, nous avons des réserves, car les mutuelles ne sont pas forcément désintéressées. Aux États-Unis en tout cas, le système n'a pas fait ses preuves en termes de coûts des soins.

La désertification médicale inquiète également de nombreux usagers du système de santé. Qu'en est-il par rapport aux personnes retraitées ?

SD : En regard du problème d'autonomie de déplacement, c'est une question très importante pour les personnes âgées et qui angoisse beaucoup de nos adhérents, même si nous faisons un travail pédagogique sur la nécessité des regroupements. Privilégier la mise en place de structures collectives, sur le principe des maisons de santé, regroupant médecins, dentistes, paramédicaux... nous semble une bonne réponse aux besoins de soins de premier recours, mais aussi d'orientation vers les principales spécialités. Ce qui manque dans notre système de soins, c'est la transversalité. La continuité des soins, géographique et temporelle, passe par des structures collectives et sans doute aussi par la délégation d'une partie des tâches des médecins vers d'autres professions, notamment paramédicales. L'un des problèmes des personnes âgées est qu'elles combinent souvent plusieurs pathologies, ce qui nécessite donc de croiser les spécialités médicales et d'avoir une approche globale de la personne, tant au niveau de la santé qu'au niveau social. Je regrette aussi que la loi Fourcade soit revenue sur le « contrat santé solidarité » dont l'objectif était de démotiver les médecins à s'installer dans les zones sous-développées, mais il faut croire que la solidarité est devenue un gros mot.

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources, pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Quelles pistes concrètes sont à privilégier ? Quel doit être l'équilibre entre ajustement de la dépense et nouvelles recettes supplémentaires ?

SD : Il y a un sujet qui touche directement les retraités et dont on parle depuis longtemps : le différentiel de 0,9 % de CSG. À l'exception des personnes non imposables ou faiblement imposées, il pourrait être supprimé progressivement dans le temps, par exemple sur trois ans. Mais à condition que ses 1,8 milliard d'euros récupérés soient affectés au bénéfice des personnes âgées les plus fragiles, pour des actions sanitaires ou pour l'aide à l'autonomie. Concernant les autres sources de financement, à part la TVA sociale ou la CSG, il y a peu de recettes supplémentaires possibles et c'est au fond surtout une question technique. Nous pensons simplement que ces nouvelles ressources doivent être trouvées auprès de tous, retraités compris. Il faut d'ailleurs souligner le cercle vicieux de l'augmentation des cotisations des mutuelles qui, dans leur fonctionnement, ne sont plus mutualistes. À l'origine, la cotisation mutualiste était indépendante de l'âge et fonctionnait sur un principe de répartition, principe qui a été oublié, et on a assisté à une augmentation exponentielle des cotisations en fonction de l'âge. Dans ce nouveau système, les actifs sont prêts à n'importe quoi pour faire payer les vieux... en oubliant que dans dix ans ce sera leur tour.

LA CONTINUITÉ DES SOINS, GÉOGRAPHIQUE ET TEMPORELLE, PASSE PAR DES STRUCTURES COLLECTIVES ET SANS DOUTE AUSSI PAR LA DÉLÉGATION D'UNE PARTIE DES TÂCHES DES MÉDECINS



Repenser le financement, le fonctionnement et les prises en charge



Claudine ESPER, Vice-présidente de la Ligue contre le Cancer

Comment la perception de la problématique des dépassements d'honoraires a-t-elle évolué dans votre association au cours de ces dernières années ?

Claudine ESPER : Les dépassements d'honoraires sont omniprésents dans le traitement des cancers, particulièrement pour ce qui concerne la chirurgie. En 2007, nous avons mené une enquête sur ce qui reste à la charge des malades. À titre d'exemple, pour le cancer du sein, qui est la pathologie la plus fréquente,

60 % des patientes interrogées ont dû faire face à des dépassements d'honoraires pour un montant moyen de 250 euros. Dans le cadre de leur action sociale, nos comités départementaux sont de plus en plus souvent sollicités pour compenser l'impact des dépassements d'honoraires sur le budget des patients. Même si, en règle générale, nous ne prenons pas directement en charge ce type de dépenses, cela se traduit par une augmentation des demandes d'aide pour les autres frais, en particulier ceux liés à la vie quotidienne. En 2010 et 2011, près de la moitié des aides financières directes aux malades concernait la vie quotidienne. En cinq ans, les dépenses d'aides financières aux personnes malades (aides directes aux familles, services dédiés aux malades et aux proches...) ont augmenté de 36 %. Pour la Ligue, le seul moyen de contrôler cette dérive est de limiter les dépassements, pour les praticiens en secteur 2, en pourcentage du tarif opposable. Par ailleurs, nous restons très attachés au maintien du secteur 1.

La désertification médicale est un autre point d'inquiétude pour de nombreux usagers du système de santé. Qu'en est-il par rapport aux maladies cancéreuses ?

CE : Il convient de distinguer deux phases dans la pathologie cancéreuse. Au cours de la phase aiguë du traitement, la priorité doit être donnée à l'efficacité thérapeutique par une prise en charge dans des centres experts. Dans ce contexte, les déplacements peuvent être acceptés, s'ils sont la contrepartie d'un meilleur traitement et s'ils sont convenablement organisés et pris en charge. Notre inquiétude porte plus, à ce stade, sur les délais d'attente.

Vient ensuite la période de surveillance, où la priorité doit être donnée à un accompagnement de proximité. Cela suppose un partage d'informations, entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants, qui doit commencer dès le début du traitement et se poursuivre ensuite. Les expérimentations d'infirmiers coordonnateurs réalisées dans le cadre du Plan cancer sont, à ce titre, très intéressantes. Les autres acteurs de proximité doivent aussi être associés à ce suivi : pharmaciens, infirmiers libéraux, professionnels présents dans les maisons de santé... Dans le même esprit, la prévention et le dépistage relèvent aussi de la compétence des équipes de proximité.

POUR LE CANCER DU SEIN, 60 % DES PATIENTES ONT EU À PAYER DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES MOYENS DE 250 EUROS

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources, pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Quelles pistes concrètes sont à privilégier ? Quel doit être l'équilibre entre ajustement de la dépense et nouvelles recettes supplémentaires ?

CE : Notre système de santé est maintenant universel, le lien qui existait entre le travail et le financement de l'Assurance maladie nous semble dépassé. Il serait donc logique de basculer le financement notamment vers la CSG, faisant ainsi participer l'ensemble des revenus de manière équitable.

Concernant les dépenses, si on regarde la situation de nos voisins européens, leur niveau actuel doit permettre un bon fonctionnement du système de santé et la prise en charge des dépenses utiles à la population. Il faut sans doute redéfinir le panier de soins, c'est-à-dire les prestations prises en charge par l'Assurance maladie, d'une manière globale et non pas par grignotage, comme cela est trop souvent le cas. Et pour faire le lien avec la question des dépassements d'honoraires, il faut intégrer à nos raisonnements l'ensemble des dépenses de santé... pas uniquement celles prises en charge par l'Assurance maladie.

La Ligue contre le Cancer souhaite profiter de la campagne présidentielle mais également des élections législatives qui suivront pour solliciter des engagements sur quelques points clés :

- poursuite d'une politique volontariste de lutte contre le cancer avec la préparation d'un Plan cancer III s'inscrivant dans une politique de santé publique globale ;
- lutte contre l'une des principales causes connues du cancer, et plus généralement des maladies non transmissibles : le tabac ;
- stabilisation du cadre juridique des dons aux associations, garant de la pérennité de nos actions.



Santé : pour un accès réellement universel



Dr Olivier BERNARD, Président de Médecins du Monde

Comment la perception de la problématique des dépassements d'honoraires a-t-elle évolué dans votre association au cours de ces dernières années ?

Dr Olivier BERNARD : Médecins du Monde travaille depuis 1986 en France avec des populations particulièrement vulnérables. Quatre nouveaux patients sur cinq de nos centres de soins et d'orientation n'ont pas de couverture maladie alors qu'ils y ont potentiellement droit.

La généralisation des dépassements

d'honoraires rend évidemment plus complexe l'accès aux soins et aux plateaux techniques pour les populations précaires. Nous avons le sentiment que cette réalité s'accroît depuis quelques années, essentiellement du fait de la réduction du nombre de praticiens exerçant en secteur 1, en particulier les spécialistes.

Selon la loi, les praticiens devraient appliquer le tarif opposable aux bénéficiaires de l'AME et de la CMU complémentaire. Mais dans la pratique, la généralisation des dépassements d'honoraires dans certaines spécialités et dans certaines régions se traduit par un refus de rendez-vous de certains praticiens.

Pouvez-vous préciser ce lien avec la problématique des refus de soins ?

O B : Malgré des résultats d'enquêtes de testing avec des taux de refus de soins dépassant les 40 % dans certaines spécialités, les plus démunis sont toujours davantage obligés de différer, voire d'abandonner leurs soins. Aux dépassements d'honoraires et aux refus de soins s'ajoutent pour eux d'autres difficultés : méconnaissance du système de santé, obstacles administratifs croissants et souvent abusifs pour les demandes d'ouverture de droits, délais de rendez-vous excessifs...

Des solutions existent. La fusion de l'AME dans la CMU complémentaire aurait de nombreux bénéfices, économiques, éthiques et de santé publique. En garantissant une couverture réellement universelle, pour toutes les personnes en dessous du seuil de pauvreté et quel que soit leur statut administratif, on allégerait la gestion du système tant pour les patients et les praticiens que pour les organismes payeurs. Simplifier les procédures d'accès à l'AME et à la CMU réduirait également le nombre de recours aux soins tardifs et donc plus coûteux. D'autres mesures sont à développer, comme la formation initiale et continue des médecins aux spécificités médicales liées à la précarité, l'information des malades, le développement des réseaux « santé précarité » ville-hôpital, ou encore la coordination des acteurs médicaux et sociaux.

La désertification médicale est un autre point d'inquiétude pour de nombreux usagers du système de santé. Qu'en est-il par rapport aux populations auprès desquelles vous intervenez ?

O B : La désertification médicale est une réalité qui ne s'analyse pas uniquement du point de vue géographique car, pour certaines spé-

cialités ou pathologies, on pourrait parler de pénurie de l'offre. La désertification ne concerne pas seulement les zones rurales, mais aussi les villes, en particulier les patients vivant dans certaines zones d'exclusion urbaine, ou ceux fragiles psychologiquement, à la marge, errant ou isolés. La répartition des soignants sur notre territoire pose avant tout la question de leur participation, quel que soit leur statut, libéral, salarié ou fonctionnaire, aux politiques de lutte contre les inégalités de santé. Des inégalités qui peuvent être sociales, territoriales, culturelles. Comment assurer à toute personne vivant en France un accès équitable au système de soins et de prévention ? Qui sera le garant d'une juste mise à disposition des moyens et des professionnels de santé ? De la contrainte ou de l'incitation, quel sera le meilleur levier de régulation de l'installation des professionnels de santé ?

Des réponses partielles sont imaginées en termes d'offre, avec notamment les regroupements de professionnels en maisons de santé. Mais l'enjeu est aussi d'ordre démocratique. Les élus locaux se mobilisent, mais encore insuffisamment, et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, créées avec les ARS, doivent encore prendre de l'envergure.

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources, pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Comment interprétez-vous cette revendication ?

O B : Le débat sur les recettes et les ressources est nécessaire, non seulement parce que les dépenses de santé représentent un dixième du PIB, mais aussi parce que le maintien du régime public de couverture maladie nécessite des réajustements réguliers des recettes. Mais il implique au préalable d'avoir répondu collectivement à une question : réaffirmons-nous vouloir garantir un système de santé solidaire ? Car depuis plus de dix ans, il dérive d'une approche solidaire et collective vers une logique de marché structurée par la rentabilité. La bonne utilisation de la richesse que représente la santé (234 milliards d'euros de dépenses courantes de santé en 2010) est un enjeu trop important pour éluder un vrai débat démocratique, garant d'arbitrages les plus justes. Cette masse financière attire les investisseurs les plus divers, dans le champ du médicament, du service médical ou de l'accompagnement de la dépendance. Dans ce contexte, la CMU et l'AME sont les derniers remparts d'une conception politique fondée sur la force du collectif et de la régulation. Or, la santé n'est pas un marché comme les autres, et la régulation de l'offre est incontournable pour préserver le fondement solidaire de notre système. Tout effort financier pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins de premier recours est d'abord un investissement utile et rentable pour notre collectivité et les finances de notre assurance maladie trop mises à mal par des visions à court terme.

Pour consulter le rapport 2010 de l'Observatoire sur l'Accès aux Soins : www.medecinsdumonde.org

et la campagne de Médecins du Monde : www.lasantenestpasunluxe.org

www.medecinsdumonde.org



La solidarité, un investissement d'avenir



Jean-Marie BARBIER, Président de l'APF

Comment a évolué la perception de la problématique des dépassements d'honoraires au sein de votre association ces dernières années ?

Jean-Marie BARBIER : Pour la plupart, les personnes en situation de handicap ont peu de revenus et le dépassement d'honoraires est donc un critère éliminatoire dans le choix d'un professionnel de santé. Ce phénomène va d'ailleurs manifestement en s'aggravant. Les dépassements sont un aspect du problème que

pose l'accès aux soins en général, pour les personnes en situation de handicap qui sont aussi confrontées à l'accessibilité physique des lieux et du matériel de soins. Sur certaines communes par exemple, nous en sommes réduits à échanger les adresses de cabinets dentaires accessibles. En outre, nombre de personnes handicapées le sont à la suite d'une maladie invalidante nécessitant des soins particuliers, pour lesquels il est difficile de trouver un spécialiste sans dépassement d'honoraires.

C'est une question plus large incluant aussi les mutuelles, qui remboursent une partie des dépassements d'honoraires, mais pèsent sur le budget des personnes handicapées. Je n'approuve pas le glissement insidieux de la prise en charge des soins par la solidarité nationale, vers des complémentaires toujours plus chères. Il est de plus en plus difficile d'accéder au système de soin et il devient courant pour les personnes handicapées d'être contraintes de s'adresser à un hôpital, pour des problèmes dentaires, visuels ou autres. Pour régler la question des dépassements, il faut arrêter de déshabiller la solidarité nationale et la remettre au premier plan. Les mutuelles gardent leur intérêt, mais à condition de rester accessibles. Je suis d'ailleurs scandalisé par certaines mutuelles, en fait des assurances, dont les cotisations sont fonction de l'utilisation que l'on en fait et qui au contraire de mutualiser les risques les individualisent, ce qui est complètement pervers et devrait être proscrit.

La désertification médicale inquiète également nombre d'usagers du système de santé. Qu'en est-il pour les personnes en situation de handicap ?

J-M B : La réponse théorique de la loi HPST, ce sont les maisons de santé, pour partie au moins. À condition d'être accessibles et relativement proches du domicile des personnes handicapées, puissent-elles se déplacer facilement, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour l'instant, nous constatons surtout la suppression de services, mais sans qu'existe, à ce jour, de véritable maillage du territoire, permettant à chacun de disposer, près de chez lui, d'une réponse à ses besoins. Pour cette raison, mais aussi pour bénéficier des services d'accompagnement à la vie à domicile, certaines personnes handicapées se voient obligées de déménager vers les centres-ville. Face à la désertification médicale, la réponse consiste à s'assurer que la loi est appliquée dans toutes ses dimensions. Quand un service est supprimé quelque part, on n'est pas toujours assuré du remplacement.

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources, pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Quelles pistes concrètes sont à privilégier ?

J-M B : La CSG me semble le dispositif le moins injuste, puisque son assiette est très large, mais le choix politique de ne pas augmenter les impôts interdit cette option... même si on voit que sont en fait créées d'autres taxes nouvelles qui sont souvent socialement plus injustes. Le débat sur les ressources du système de santé est toutefois plus vaste et plus politique, et l'association que je préside n'a pas à s'y engager. Néanmoins, le système est toujours pointé en déséquilibre et un certain nombre d'usagers sont volontiers présentés comme des fraudeurs. Si l'État doit évidemment lutter contre la fraude, il ne peut se contenter de la mettre en avant pour attaquer le cœur d'un système utile à beaucoup de personnes.

Ce que nous devons porter comme objectif prioritaire c'est que les ressources nouvelles doivent faire fonctionner la solidarité nationale, d'une façon ou d'une autre.

Car, à force d'affaiblir la protection de santé et sociale de chacun, certains besoins sont pris en charge trop tard. Il faut donc porter l'effort sur la dimension préventive du système qui doit cibler les personnes les plus exposées, et ne pas s'engager dans des actions de grande envergure, infructueuses et trop chères, comme récemment pour le vaccin antigrippal. Rétablir la solidarité nationale est un investissement pour la population. Avec d'autres organisations, nous avons lancé le mouvement « investir sur la solidarité », pour contrer l'idée stupide qui consiste à opposer les Français en leur faisant croire que les bien portants cotisent à perte pour les malades. Au contraire, défendre un système solidaire, c'est avoir l'assurance, pour vous-même ou l'un de vos proches, qu'en cas de nécessité, la société prendra en charge vos besoins de soins.

UN SYSTÈME SOLIDAIRE, C'EST AVOIR L'ASSURANCE QUE LA SOCIÉTÉ PRENDRA EN CHARGE VOS BESOINS DE SOINS

www.apf.asso.fr



Santé : peut-on faire l'économie de la solidarité ?



Danièle DESCLERC-DULAC
Présidente
du CISS-région-Centre

Comment et pourquoi les dépassements d'honoraires constituent-ils une difficulté d'accès aux soins pour les usagers dans votre région ?

Danièle DESCLERC-DULAC : La région Centre n'échappe pas au problème des dépassements d'honoraires qui, à mon sens, s'inscrit dans la question plus large de l'augmentation des « restes à charge » des patients entraînant des difficultés à se soigner. C'est notamment le cas des personnes aux revenus modestes mais suffi-

sants pour dépasser les seuils d'accès à la CMU-C, ou encore aux personnes prise en charge à 100 % au titre d'une « affection longue durée » qui se voient malgré tout appliquer les forfaits, les franchises et autres participations ou dépassements d'honoraires. Quant aux bénéficiaires de la CMU, on sait qu'ils peuvent être confrontés aux refus de soins, notamment dans certaines spécialités médicales ou en matière de soins dentaires, lesquels refus ont souvent à voir avec l'impossibilité de facturer des dépassements d'honoraires à ces « patients CMU ». Il conviendrait en fait d'analyser plus en profondeur les causes des dépassements, mais je pense qu'un déterminant essentiel se situe dans le fait que le système du paiement à l'acte des médecins montre ses limites. Ce qu'à d'ailleurs pointé Elisabeth Hubert dans son rapport sur la médecine de proximité. Il serait souhaitable d'ouvrir un débat sur les modes de paiement des professionnels de santé, sans quoi nous ne trouverons pas de solution adaptée. Car si on pose la question des dépassements d'honoraires, il faut aussi aborder celle de la multiplication des actes.

LA POPULATION ÂGÉE EST PLUS NOMBREUSE EN ZONE RURALE, LÀ OÙ L'OFFRE DE SOINS EST ÉGALEMENT LA PLUS FAIBLE

Les déserts médicaux sont-ils également un obstacle à l'accès aux soins en région Centre ? Voyez-vous des leviers sur lesquels pourraient agir les pouvoirs publics pour y répondre ?

D D-D : Actuellement, la région Centre a en moyenne la plus faible démographie médicale en France, mais les disparités territoriales

sont importantes et il faut également tenir compte du profil sociologique des habitants. Par exemple, la population âgée est plus nombreuse en zone rurale, là où parallèlement l'offre de soins est la plus faible, c'est notamment le cas dans l'Indre. La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie a pointé un certain nombre d'enjeux concernant l'offre de soins ambulatoire et hospitalière : le développement d'une offre de proximité accessible et de qualité, le repérage des territoires les plus défavorisés où faire porter les efforts en priorité. Pour y répondre, nous envisageons de présenter à cette Conférence une préconisation reposant sur différents leviers dont la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires, de réseaux de santé et de protocoles de coopération en expérimentant de nouveaux modes de rémunération. Certaines de ces expérimentations commencent à voir le jour, même si on se rend compte que le financement du fonctionnement des maisons de santé reste compliqué. On commence également à parler de télé-médecine, pour rompre les situations d'isolement des usagers comme des professionnels de santé.

Pensez-vous nécessaire et réaliste que de nouvelles ressources soient consacrées à notre système de santé ? Quelles(s) piste(s) de financement privilégier ? Quel équilibre trouver, entre ajustement de la dépense et nouvelles recettes supplémentaires ?

D D-D : Le CISS avait déjà pointé l'importance d'un débat sur les ressources nécessaires pour l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, mais il n'a jamais eu lieu. Pour l'instant, les solutions sont essentiellement envisagées sous l'angle de la restriction des dépenses et ne prennent donc pas en compte la globalité des questions de financement qui concernent aussi les recettes. Nous sommes tous concernés par la question de ce que la société veut investir dans l'accessibilité et la qualité des soins, dans la prévention et la promotion de la santé. En attendant que ce débat ait lieu, il faudrait s'attaquer à des questions évidentes d'organisation du système de santé en revoyant en partie, j'insiste à nouveau sur ce point, le système de paiement à l'acte qui est dépassé, en particulier pour la médecine de premier recours et pour la prise en charge des maladies lourdes et chroniques auxquelles s'adapterait bien une rémunération au forfait.

Concernant plus globalement la question du financement, l'ajustement de la CSG est certainement une possibilité. En tout cas, il me semble que nous avons fait le tour des « rustines » et qu'il faut réellement engager une réflexion de fond sur une structuration différente des ressources et sur la façon dont nous voulons collectivement, ou pas, investir dans notre système de santé. Il nous faut réaffirmer si nous souhaitons garder un système solidaire... ou si nous optons pour un système dans lequel chacun a accès aux soins en fonction de ce qu'il peut payer.



La santé pour tous, d'abord un choix de société



Michel LECARPENTIER
Président du CISS-PACA

Comment et pourquoi les dépassements d'honoraires constituent-ils une difficulté d'accès aux soins pour les usagers dans votre région ?

Michel LECARPENTIER : En introduction, je souhaiterais dire que tout le monde doit pouvoir accéder à des soins de qualité, indépendamment de son lieu d'habitation et de ses revenus. C'est un combat qui nous semble essentiel. Notre région est souvent citée en matière de dépassements d'honoraires, mais il n'existe pas de

chiffres précis. C'est aussi une région des extrêmes, notamment en matière de revenus. Le problème n'est pas tant celui de la santé privée et ses honoraires très élevés, privilège d'un petit nombre, que les réponses de soins sans dépassements d'honoraires pour les personnes aux revenus modestes. En région PACA, la problématique des dépassements se conjugue avec la surdensité en frange littorale d'habitants, mais aussi de médecins qui pallient la concurrence par le recours au secteur 2. Nous étudions la possibilité de cartographier l'accès aux soins en secteurs 1 et 2, pour pouvoir interpeller les politiques, les organisations de santé, l'ARS, mais aussi les médecins. Faute de premiers recours de soins en secteur 1, certaines personnes ne pourront plus se soigner. Avec l'ARS, nous envisageons une réunion entre l'Union régionale des Professionnels de Santé et le CISS-PACA, pour aborder notamment cette question. Il serait également pertinent de repenser la rémunération à l'acte, d'autant que nombre de jeunes médecins ne veulent pas exercer en libéral. Les maisons de santé peuvent aussi apporter un élément de réponse.

Les déserts médicaux sont-ils également un obstacle à l'accès aux soins en région PACA ? Voyez-vous des leviers sur lesquels pourraient agir les pouvoirs publics pour y répondre ?

M L : En région PACA, 85 à 90 % de la population est concentrée sur 20 % du territoire, entre Marseille et Nice. C'est aussi la zone où l'on trouve le plus de médecins puisque nous détenons, *a priori* après l'Île-de-France, le record du nombre de médecins par nombre d'habitants. Sauf qu'ils ne sont pas toujours bien répartis et qu'il en manque dans certains endroits, notamment dans l'arrière-pays, mais aussi dans les quartiers défavorisés. La désertification médicale n'est pas un problème seulement rural, c'est aussi une réalité des zones sensibles. Elle est actuellement en pleine augmentation et notamment sous l'effet des départs à la retraite de praticiens qui ne sont pas remplacés. Ce phénomène devrait d'ailleurs s'accélérer, compte tenu de la pyramide des âges des médecins. C'est d'autant plus sensible que les urgences hospitalières ont tendance à s'éloigner et que la nécessité de soins n'est pas toujours assurée puisqu'il faut actuellement attendre trois à six mois pour une consultation ophtalmologique, par exemple. Les incitations pour lutter contre la désertifica-

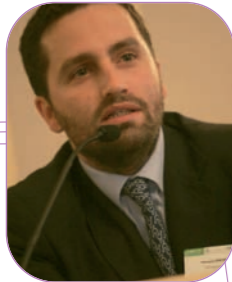
tion ne fonctionnent pas vraiment. Face à cette réalité, il faut demander aux organisations de médecins d'apporter une réponse ou bien trancher par voie législative, en reposant peut-être la question de la rémunération et du statut des médecins, comme cela a été le cas pour les infirmières et les pharmaciens. Si la profession est incapable d'apporter des réponses, c'est aux politiques de le faire.

LA DÉSERTIFICATION N'EST PAS UN PROBLÈME SEULEMENT RURAL, C'EST AUSSI UNE RÉALITÉ DES ZONES SENSIBLES

Pensez-vous nécessaire et réaliste que de nouvelles ressources soient consacrées à notre système de santé ?

M L : J'évacue tout de suite les dimensions de performance, d'efficacité et d'économie, qui sont nécessaires, mais pas suffisantes. Le financement solidaire de la santé repose trop fortement sur le travail, car les revenus évoluent et combinent désormais le travail et les revenus financiers. Je pense donc que si l'argent manque pour garantir l'accès aux soins pour tous, il faut élargir les bases de contribution, comme cela a déjà été fait avec la CSG et la CRDS. Il n'est pas acceptable de dire que le manque de moyens conduit à un manque de soins. Ce qui à terme peut même mettre en danger la sécurité sanitaire, notamment en cas d'épidémie dont la propagation serait favorisée faute de soins. Heureusement, nous fonctionnons encore sur le principe de contribution proportionnelle aux revenus. Il faut continuer à affirmer ce principe, à l'acter, voire à le développer ou à le remettre en œuvre pour certaines niches fiscales. Concernant l'équilibre entre ajustement des dépenses et nouvelles recettes, nombre de choses sont à repenser et à réorganiser pour faire des économies, mais il faut sans doute aussi réfléchir à bien aiguiller vers les budgets de santé le produit de nombreuses taxes telles que celles sur le tabac et l'alcool, par exemple. Il y a des thématiques fondamentales, comme la santé, l'éducation et le logement, sur lesquelles une société doit se donner les moyens de répondre aux besoins des personnes.

Systeme de santé, démographie médicale et financements : évoluer pour préserver l'essentiel



Thomas BARNAY
Maître de conférences
en sciences économiques
et directeur du Master 2
Économie de la Santé,
ERUDITE, UPEC

De quelle façon, selon vous, les dépassements d'honoraires affectent-ils l'accès aux soins des Français ? Quels sont les déterminants susceptibles d'infléchir ou d'aggraver cette dynamique et pourquoi ?

Thomas BARNAY : En 2010, 41 % des médecins spécialistes et 11 % des généralistes relevaient du secteur 2 qui autorise les dépassements d'honoraires (SNIR, 2011). Si en 1990, des restrictions à l'entrée ont limité le nombre de médecins généralistes de secteur 2, le nombre de spécialistes a cru de façon importante,

tout particulièrement chez les anesthésistes et les chirurgiens. Ainsi, selon la Cnamts, les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes ont augmenté de 6,4 % par an ces dix dernières années et représentaient 2,5 milliards d'euros en 2010. En outre, en 2010, 60 % de médecins spécialistes se sont installés dans ce secteur, favorisant cette tendance inflationniste et inégalitaire. En effet, les dépassements d'honoraires impliquent une sélection de la patientèle et favorisent une médecine à trois vitesses. Tout d'abord, ils excluent près de quatre millions de personnes dépourvues de complémentaire santé en France métropolitaine en 2008 (Irdes, 2011). Puis au sein de la population bénéficiaire d'une complémentaire, seuls 40 % des assurés bénéficient d'un remboursement partiel ou total des dépassements d'honoraires (Garnero et Rattier, 2011). Les inégalités d'accès aux soins sont exacerbées entre actifs occupés et inactifs, mais aussi au sein des salariés, notamment selon la taille de l'entreprise du fait des avantages des contrats collectifs. L'amendement gouvernemental au PLFSS 2012 proposant la création d'un secteur optionnel est susceptible de modifier cette donne. Cependant par son caractère volontaire et limité aux chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes-réanimateurs, il ne paraît pas en mesure de contraindre les spécialistes les plus « dépendants » à modifier leur tarification.

EN 2010, 6 MÉDECINS SPÉCIALISTES SUR 10 SE SONT INSTALLÉS EN SECTEUR 2... FAVORISANT LA TENDANCE INFLATIONNISTE ET INÉGALITAIRE LIÉE AUX DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les déserts médicaux ne cessent de s'étendre. A votre sens, est-ce un problème prioritaire de notre système de santé ou bien un dysfonctionnement localisé ? Comment percevez-vous l'évolution de cette problématique au cours des années et anticipez-vous son évolution ?

T B : Le débat autour de la désertification renvoie à la densité optimale de médecins, au plan national, mais aussi et surtout local, dont la détermination fait intervenir de nombreux paramètres. D'abord, les évolutions de la demande de soins, tant quantitatives (effet vieillissement) que qualitatives (effet de génération), qui au-delà de simples projections démographiques jouent un rôle déterminant. Mais aussi d'autres facteurs relatifs à l'offre de soins, comme la féminisation de la profession médicale, la réduction du temps de travail, les nouveaux modes d'organisation de l'exercice médical, la désaffectation pour les spécialités à risque et la médecine générale. Par conséquent, la question des « déserts médicaux » est délicate et protéiforme et ne peut se limiter à l'examen exclusif des disparités d'offre de soins sur le territoire français. Il s'agit, à l'évidence, d'un problème prioritaire de santé publique, avec un risque potentiel d'inefficacité dans l'allocation des ressources, renforcé par le vieillissement de la population, qui va accroître les besoins des patients en raréfiant l'offre de soins. La densité médicale totale est passée de 124 médecins pour 100 000 habitants en 1970 à 338 en 2005 (Adeli, 2011). Depuis, la tendance s'inverse sous l'effet notable du départ à la retraite des nombreux médecins des générations du baby-boom, par ailleurs bénéficiaires jusqu'en 1978 d'une politique de *numerus clausus* généreuse. Au 1^{er} janvier 2011, la densité médicale atteint ainsi 330, ce qui situe la France dans la moyenne des pays européens. Les densités sont cependant très disparates entre les régions, et *a fortiori* entre les départements français. L'Île-de-France et la région PACA ont une densité de l'ordre de 400, alors que celle de Haute-Normandie, Picardie, Centre et des DOM est inférieure à 270. Les écarts s'accroissent lorsque le niveau géographique diminue. En 2009, Paris se caractérise par une densité médicale supérieure à 800, suivie par les Bouches-du-Rhône (environ 450). Les départements les moins bien pourvus sont respectivement : la Guyane (176), l'Eure (186), l'Ain, la Mayenne et la Meuse (environ 200).

La question des « déserts médicaux » requiert naturellement une analyse plus localisée de l'accès aux soins, en s'appuyant sur des indicateurs plus sophistiqués, tels ceux proposés par la Cnamts qui avait identifié 524 zones fragiles (soit 400 000 personnes). Il est en outre très difficile d'estimer l'évolution de ces densités, compte tenu des préférences d'installation fluctuantes des médecins, mais aussi des besoins de soins de la population locale. En 2009, la Drees a réalisé des projections de densités médicales à l'horizon 2030 qui montrent que les effectifs devraient diminuer de 10 % lorsque la population française suivra l'exacte évolution inverse. Les disparités de densités médicales ne vont pas s'estomper, même si la hiérarchie va probablement évoluer (forte chute en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur de -26 %). Par ailleurs, entre 1990 et 2006, la distance moyenne d'accès aux soins de premier recours semble augmenter pour les pédiatres (+7 %), les psychiatres (+6 %) et les médecins

DES COOPÉRATIONS SONT À INVENTER ENTRE ASSURANCE MALADIE ET COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'OPTIQUE ET DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

généralistes (+7 %) (Irdes, 2011), soulignant aussi les fragilités de certaines spécialités. Enfin, cette tension démographique sera accrue par une modification de la structure par âge de la population, la part des plus de 60 ans sera alors d'un tiers de la population, avec à l'évidence de nouveaux besoins de soins et par conséquent de prise en charge.

Parallèlement à ces évolutions, l'exercice de la médecine est en profonde mutation. Les médecins peuvent continuer à s'installer dans des zones à forte densité médicale, sans perte majeure de revenu, à la différence d'un « marché traditionnel ». Le mode de rémunération évolue cependant avec la généralisation du CAPI qui permet de reconnaître la pluralité des tâches du médecin et de limiter les effets pervers d'un paiement exclusif à l'acte. En outre, la dynamique de regroupement des médecins libéraux en cabinet s'intensifie chez les jeunes générations ces dernières années (Irdes, 2010).

Dans ce contexte, le risque d'intensification du phénomène des « déserts médicaux » est réel. 600 000 personnes, vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses (Corse, Auvergne et Champagne-Ardenne), ne sont pas couvertes par des soins de proximité accessibles en moins d'un quart d'heure et en constituent les premières victimes (Irdes, 2011).

La mise en place de politiques incitatives à la pratique en zone éloignée ou défavorisée (exonération de taxe professionnelle, versement d'une prime à l'installation), à défaut de mesures coercitives de conventionnement régional des médecins, souvent prônées, mais jamais mises en œuvre, s'est avérée décevante. La question de la liberté totale d'installation des médecins semble d'ores et déjà caduque. De quelle façon alors réguler efficacement l'offre médicale, tout en respectant les préférences de médecins libéraux et en favorisant le temps disponible médical ? Les pistes de formation pratique en zone sous-médicalisée, la poursuite des maisons de santé dont les premières évaluations semblent encourageantes (Irdes, 2009), voire même une obligation temporaire d'installation en milieu défavorisé, peuvent être de nature à lutter contre les déserts médicaux.

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Quelles pistes concrètes sont à privilégier ? Quel équilibre doit être trouvé entre ajustement de la dépense et nouvelles recettes supplémentaires ?

T B : La position du CISS est légitime. L'économiste s'interroge quant à lui sur l'efficacité des dépenses de santé engagées dans un souci d'optimisation des ressources, mais aussi de justice sociale. Les deux démarches n'apparaissent donc pas antinomiques. Comment réduire alors les gaspillages ou les dépenses jugées moins prioritaires et mieux répondre aux véritables besoins ? Loin de moi l'idée de répondre à une telle question, tant elle dépasse mon champ de compétences. Humblement, je n'évoquerai que quelques réflexions. L'analyse de l'évolution des dépenses de santé de la dernière décennie met en évidence un contrôle beaucoup plus strict du rythme de croissance, avec un ONDAM passé sous la barre des 4 %.

Cependant, les dépenses de santé augmentent à un rythme supérieur à celui du PIB, ce qui mécaniquement entraîne un déficit structurel important. Il semble alors nécessaire de jouer sur les deux volets de l'équation en limitant la progression des dépenses, mais aussi en favorisant de nouvelles recettes dont l'assise ne peut plus reposer uniquement sur la masse salariale. Les patients (franchises, forfait hospitalier, déremboursement de médicaments...) et le poste hospitalier (T2A, alternatives à l'hospitalisation) ont largement été mis à contribution pour réduire les dépenses de santé. Il est sans doute nécessaire d'aller plus loin désormais dans le contrôle de l'« aléa moral » du côté de l'offre (quitte par exemple à taxer les dépassements d'honoraires à partir d'un certain plafond). La convention médicale de juillet 2011 et l'introduction d'une part de paiement à la performance sont de nature à limiter par ailleurs les effets de la demande induite et à encourager le respect des bonnes pratiques médicales.

L'industrie pharmaceutique constitue un moteur de la croissance économique française et il est essentiel de favoriser l'innovation dans ce secteur. Il pourrait être envisagé de renforcer les niveaux de prise en charge des médicaments présentant des ASMR de niveaux 1 et 2 et de limiter celle des médicaments dont l'ASMR ne présenterait aucune amélioration. Le mouvement de déremboursement a cependant été largement initié et les marges de manœuvre sont sans doute limitées. En revanche, la non-observance médicamenteuse massive devrait être largement combattue puisqu'elle conduit à une efficacité moindre à un coût à terme plus élevé. La révision du dispositif des ALD est aussi une question sensible. Elles représentent 62 % des dépenses de l'Assurance maladie et ne cessent de croître. L'Assurance maladie en se concentrant sur le risque lourd et l'hôpital « néglige » les soins courants. Il existe certainement des coopérations à inventer entre AMO et AMC autour des soins les moins bien remboursés et générant les plus grandes inégalités sociales de santé et de recours aux soins comme l'optique ou le bucco-dentaire.

LA QUESTION DE LA LIBERTÉ TOTALE D'INSTALLATION DES MÉDECINS SEMBLE DÉJÀ CADUQUE



Le paiement à l'acte : un frein à l'évolution du système de santé



Pierre-Yves GEOFFARD
Économiste de la santé –
Professeur à l'École
d'Économie de Paris et
Directeur d'études à l'EHESS

De quelle façon, selon vous, les dépassements d'honoraires affectent l'accès aux soins des Français ?

Quels sont les déterminants susceptibles d'infléchir ou d'aggraver cette dynamique et pourquoi ?

Pierre-Yves GEOFFARD : Le point fondamental de la question des dépassements d'honoraires, c'est le système de paiement à l'acte comme politique de revenu du corps médical. Il a une certaine légitimité, mais d'autres solutions existent, comme le paiement à la performance et le paiement forfaitaire, qui autorisent un

pilottage plus fin. On ne s'attaque pas au cœur du problème qui est la régulation de la pratique médicale. Le paiement à la performance a déjà été introduit par l'Assurance maladie avec les « contrats d'amélioration des pratiques individuelles » (CAPI), mais ils s'appuient encore trop sur une vision dépassée de la médecine, celle d'un médecin exerçant seul dans son cabinet. Cela devrait être de moins en moins le cas, sous l'influence de jeunes médecins demandeurs d'autres modes d'exercice et de la féminisation du corps médical. La médecine doit devenir de plus en plus une activité collective, sous forme de maisons de santé ou de cabinets de groupe associant généralistes, spécialistes, infirmières et secrétaires médicales. C'est déjà ce qui se passe dans d'autres pays, comme la Grande-Bretagne qui est un exemple intéressant où la médecine générale fonctionne bien, contrairement à la vision apocalyptique que nous en avons. Il y a des résultats objectifs et, comparativement, le degré de satisfaction des Anglais de leur système de soins est supérieur à celui des Français. Leur système repose sur des cabinets de groupe, qui couvrent une population donnée, avec des praticiens dont les modes et les montants des rémunérations sont meilleurs. Sur bien des points, les Anglais font au moins aussi bien que nous, et souvent bien mieux, tout en dépensant moins. Proportionnellement, le nombre de médecins est moins important et la prise en charge est de très bonne qualité, ce qui s'explique par la délégation de tâches médicales à d'autres personnels, comme les infirmières, les secrétaires médicales, les pharmaciens... Cette fixation sur les dépassements est révélatrice : on s'interdit de penser à l'essentiel, c'est-à-dire comment organiser la médecine comme un des éléments du système de soins dans son ensemble ; le mode de rémunération des médecins doit être un outil, parmi d'autres, au service de cette organisation.

Les déserts médicaux ne cessent de s'étendre. A votre sens, est-ce un problème prioritaire de notre système de santé ou bien un dysfonctionnement localisé ? Comment percevez-vous l'évolution de cette problématique au cours des années et anticipez-vous son évolution ?

P-Y G : Dans certains endroits et pour certaines spécialités, c'est un

problème vivement ressenti par les usagers qui doivent attendre plusieurs mois pour un rendez-vous, et pas seulement en zone rurale. Mais la réponse n'est pas forcément d'accroître le nombre des médecins, elle est de réfléchir à une meilleure organisation des ressources en combinant les différentes professions médicales et paramédicales. Globalement, les besoins sont beaucoup plus forts en infirmières qu'en médecins. Les systèmes de santé évoluent souvent de manière très lente et toujours à la marge. L'amélioration passera par des modes d'exercice plus collectifs et des organisations sous forme de maisons de santé, ce qui prendra du temps. Mais encore une fois, le paiement à l'acte est un des éléments de blocage. Car pour faire fonctionner une maison de santé, un financement à la performance ou sous forme d'enveloppe globale serait beaucoup plus logique. Comme en Angleterre, avec des indicateurs de qualité des soins et de santé publique, qui déterminent une part importante de la rémunération de l'ensemble des médecins du groupe. C'est aussi une façon d'affirmer une pratique collective et un principe d'autonomie, avec une décentralisation des décisions et un paiement en fonction d'objectifs à atteindre. On fait alors confiance aux acteurs individuels qui ont souvent des idées intéressantes en les laissant s'organiser. Les maisons de santé en France sont en grande partie le fait de médecins qui militent souvent depuis des années pour une autre organisation de la médecine, sans la tyrannie du volume et de la multiplication des actes, pour accorder aux patients le temps que nécessite leur situation. Les retours d'expérience montrent qu'il est extrêmement difficile de pérenniser ces expériences, et *a fortiori* de les généraliser, en restant dans le cadre rigide du paiement à l'acte.

ON NE S'ATTAQUE PAS AU CŒUR DU PROBLÈME QUI EST LA RÉGULATION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Le CISS demande la recherche de nouvelles ressources pour garantir le financement juste et solidaire d'un accès à des soins de qualité pour tous. Comment interprétez-vous cette revendication ? Quelles pistes concrètes sont à privilégier ?

P-Y G : Je pense qu'on ne peut pas s'interroger sur les ressources additionnelles sans s'interroger sur la manière d'optimiser les ressources existantes et d'améliorer la performance du système actuel, les deux questions sont liées. Il y a des efforts nécessaires à faire pour améliorer la qualité des soins, indépendamment de la quantité d'argent mise dans le système. On ne pourra maintenir, ou rétablir, selon le diagnostic que l'on pose, un système solidaire sans améliorer

ON NE POURRA MAINTENIR, OU RÉTABLIR, SELON LE DIAGNOSTIC QUE L'ON POSE, UN SYSTÈME SOLIDAIRE SANS AMÉLIORER SON EFFICIENCE

rer son efficacité. Parce qu'il y a des tensions, en grande partie légitimes, qui entraînent une augmentation de la dépense totale de soins. Mais nous ne pouvons pas continuer à dire qu'il faut augmenter les taxes et les impôts sans faire d'effort pour réduire les gaspillages. Sur le fond de la question, cela revient finalement à savoir si on va augmenter la part du financement solidaire, la CSG par exemple, qui n'est d'ailleurs pas un mauvais impôt, mais encore une fois la question de l'augmentation de la CSG posée... elle ne peut être séparée de celle de l'efficacité de la dépense.

LA MÉDECINE EST ET DEVRAIT ÊTRE DE PLUS EN PLUS UNE ACTIVITÉ COLLECTIVE

Quel équilibre doit être trouvé entre ajustement des dépenses et nouvelles recettes supplémentaires ? Sur quels leviers d'ajustement vous semble-t-il possible d'agir, sans affecter la qualité et l'accessibilité des soins ?

P-Y G : C'est d'autant plus important que ces questions s'inscrivent dans l'avenir, avec de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques, plus individualisées, mais aussi plus coûteuses. Il faut donc dès à présent s'interroger sur la prise en charge de ces nouvelles possibilités par un financement solidaire. Concrètement, tel nouveau traitement qui est très cher et dont le gain de santé est minime doit-il être pris en charge ? On peut aussi décider de ne pas se poser la question et de laisser le système décider par lui-même. Personnellement, j'ai confiance dans la démocratie et je pense qu'il faut répondre collectivement à ces questions techniques, technologiques, mais aussi politiques sur des critères d'égalité et d'équité et non pas dans l'opacité d'un cabinet ou d'une commission. L'équilibre passe par des décisions collectives, dans lesquelles les usagers ont une part importante à prendre, des procédures et une gouvernance démocratique du système de santé qui permettent de décider légitimement de ce qui a vocation à être pris en charge par le financement solidaire.

Concernant les leviers, j'ai déjà abordé la question de l'organisation des soins de ville. Le médicament, oui, à condition de s'assurer que les nouveaux comme les anciens médicaments sont remboursés seulement en regard d'un minimum d'efficacité : quels sont les gains de santé par euro dépensé, et ces gains sont-ils équitablement répartis ? Sur le dispositif des ALD, c'est un système qui doit être revu, mais pas abandonné. Il faut sans doute un encadrement et un contrôle médical plus strict des personnes qui en bénéficient, mais si leur état de santé le nécessite, il n'y a aucune raison de ne pas couvrir leurs

dépenses de soins. L'ALD est un excellent système dans son principe. Mais, dans son application, les pathologies et leur prise en charge évoluant, il faut sans doute réviser davantage et de façon plus rigoureuse la situation des personnes vis-à-vis de leur affection. En revanche, supprimer les ALD, comme le préconise le rapport Briet-Fragonard, pour financer un système de bouclier sanitaire est une erreur. Tout le monde est d'accord sur l'idée d'un bouclier pour parer les restes à charge élevés qui frappent avant tout les personnes en ALD. Mais, contrairement à certains, je pense qu'il faut garder le système d'ALD et financer un bouclier sanitaire par un dispositif de franchises annuelles, tel qu'il en existe déjà dans beaucoup de pays. Je plaide pour un système de franchises en fonction du revenu de chacun et qui remplacerait les multiples et complexes franchises actuelles, à propos desquelles il est illusoire de dire qu'elles sont les mêmes pour tout le monde. Par exemple, en fonction des revenus d'une personne, les X premiers euros de dépense de soins dans l'année seraient à sa charge. Cela ouvre un débat sur la question des soins distribués en fonction des besoins et non des moyens : mais comme la participation aux dépenses de soins (franchises, ticket modérateur, forfait hospitalier...) représente une part croissante de la dépense de soins, il est parfaitement logique qu'elle soit, au nom du principe de solidarité, fonction des moyens. Concernant la prévention, il est évidemment toujours préférable de prévenir que de guérir, mais les chiffres disent qu'elle n'a pas toujours la meilleure efficacité au moindre coût. Le ratio entre coût et efficacité pour le dépistage de certaines formes de cancer est meilleur si vous le faites tous les cinq ans que tous les ans, car vous allez alors statistiquement dépister moins de cancers pour un coût plus élevé par malade dépisté. La prévention n'est donc pas toujours plus efficace et moins chère, on aimerait que ce soit vrai, mais ça n'est pas systématique. Il existe déjà des évaluations internationales, dans d'autres pays comparables à la France, sur lesquelles nous pourrions nous appuyer, ce qui serait déjà une dose de raison supplémentaire dans le système.

IL FAUT GARDER LE SYSTÈME D'ALD ET FINANCER UN BOUCLIER SANITAIRE PAR UN DISPOSITIF DE FRANCHISES ANNUELLES



Concilier crise et financement des dépenses de santé : un dilemme pour nombre de pays de l'OCDE



Valérie PARIS,
Économiste,
OCDE - Division Santé

On aime à rappeler en France que notre système a été classé par l'OMS comme « le meilleur système de santé au monde » en 2000. Est-ce encore le cas aujourd'hui ? Quelles sont les principales forces et faiblesses de notre système de santé ?

Gaétan LAFORTUNE : Il est très difficile, pour ne pas dire périlleux, d'établir un classement global de la performance des systèmes de santé, ce qui nécessiterait d'être capable de mesurer qu'ils atteignent leurs différents objectifs (accès aux soins, réactivité aux besoins des patients, sécurité et qualité des soins, etc.). Mais, à bien des égards, la France a un système de santé qui se compare avantageusement à la plupart des autres pays de l'OCDE, notamment si l'on regarde le rapport entre les indicateurs généraux d'état de santé de la population et les ressources allouées au secteur de la santé. Les Français (et particulièrement les Françaises) jouissent d'une espérance de vie relativement longue par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. Le système de santé en France, financé principalement

par la sécurité sociale et des fonds publics, offre à tous les Français un bon accès aux médecins, aux soins hospitaliers et aux médicaments, qui laisse à la charge des patients une participation financière relativement faible. Depuis l'introduction de la Couverture maladie universelle en 2000, les personnes à faible revenu peuvent en principe bénéficier d'une couverture complémentaire qui leur garantit un accès gratuit aux soins couverts par l'Assurance maladie.

Toutefois, les dépenses de santé en France sont relativement élevées par rapport à la moyenne de l'OCDE, notamment en proportion du Produit intérieur brut (PIB). En 2009, elles représentaient 11,8 % du PIB, et étant donné la faible croissance économique, il n'y a guère de doute sur l'augmentation de cette part en 2010 et 2011. Après les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (12,0 %), la France enregistre le niveau le plus élevé de dépenses de santé en proportion de son PIB. Cette augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB n'est pas due à une croissance forte et non maîtrisée des dépenses, mais plutôt à une croissance économique anémique. Cela étant dit, quelle que soit la source de cette part croissante de la richesse nationale qui est allouée à la santé, cela pose problème parce qu'il faut bien financer ces dépenses d'une manière ou d'une autre.

LA FRANCE A UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI SE COMPARE AVANTAGEUSEMENT À LA PLUPART DES AUTRES PAYS DE L'OCDE... MAIS AVEC DES DÉPENSES PLUTÔT ÉLEVÉES PAR RAPPORT À LA MOYENNE DES AUTRES PAYS

La question des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire de la difficulté d'accéder à un professionnel ou à un établissement de santé dont la totalité du coût soit pris en charge par le régime général de couverture sociale, est-elle typiquement française ? Comment se présente-t-elle dans les autres pays de l'OCDE et quels mécanismes sont mis en place pour juguler l'augmentation de ces frais de santé ?

Valérie PARIS : La question des « dépassements » ne se pose pas exactement sous cette forme dans les autres pays de l'OCDE, mais dans plusieurs pays, les patients peuvent être exposés à des dépenses non prises en charge par l'assurance sociale ou le système public, même pour des soins couverts. En 2008, dans le cadre d'une enquête auprès des pays membres, était posée la question du taux de couverture « typique » des soins dispensés à un adulte (sachant que les enfants sont souvent mieux couverts et qu'il existe des mécanismes offrant une meilleure couverture aux personnes très malades ou économiquement désavantagées). Beaucoup de pays, en particulier ceux qui fonctionnent avec des systèmes nationaux de santé, avaient répondu que ces soins étaient remboursés à 100 %. Mais la confrontation de ces réponses aux chiffres des comptes nationaux a montré que pour ces mêmes pays, le taux de financement privé, par les patients ou leurs assurances privées, était très élevé. Cette apparente contradiction correspond en fait à différents cas de figure : dans certains pays, les patients peuvent recourir à des prestataires dont les services ne sont pas couverts par le système public, mais éventuellement par les assurances privées. C'est le cas par exemple au Royaume-Uni. En Australie, en plus de leur couverture publique universelle financée par l'impôt, les résidents sont incités à souscrire une assurance privée, dite « duplicative », qui leur confère un statut de « patient privé » qui couvre certains services, que ce soit dans un hôpital public ou privé. Par exemple, cela permet au patient de choisir le médecin qui va l'opérer, et généralement, d'être soigné plus rapidement. Dans ce cas, il est exposé à des « dépassements » par rapport aux tarifs négociés et pris en charge par le secteur public.

DANS DES PAYS COMME LES ÉTATS-UNIS, LE CANADA ET L'AUSTRALIE, ON A CRÉÉ DES POSTES D'« INFIRMIÈRES PRATICIENNES » POUR PALLIER LE MANQUE DE MÉDECINS DANS CERTAINES RÉGIONS

Enfin, dans quelques pays de l'OCDE, comme la Hongrie, les patients sont exposés à des paiements informels (des dessous-de-table), alors que les services devraient être totalement gratuits. Il est difficile de dire si ces « frais privés » augmentent ou non à partir des données nationales que nous collectons. Comme vous le savez, en France, la part des dépenses financées par la sécurité sociale est à peu près stable depuis une décennie ou n'a que faiblement diminué. Pourtant, ces données macro-économiques masquent deux évolutions qui « se compensent » dans les statistiques : une baisse des taux de remboursement des actes courants pour les patients « ordinaires » et une augmentation des dépenses de la sécurité sociale pour les patients atteints d'une affection de longue durée leur donnant droit à une exonération partielle du ticket modérateur. Or, c'est le premier mouvement, souvent qualifié de « désengagement de la sécu », qui est le plus perceptible par la majorité.

Aucun pays n'a trouvé de recette miracle pour juguler ces frais « privés » de santé, notamment parce qu'ils répondent à une « demande » des consommateurs. Si personne n'était prêt à payer des dépassements ou une assurance privée couvrant les dépassements, les professionnels ne pourraient tout simplement pas les facturer. C'est vrai qu'en France, dans certains secteurs, il devient très difficile d'accéder à un médecin en secteur 1, mais ce n'est pas vrai partout. Pourtant, de nombreux patients sont prêts – sans y être contraints – à payer une consultation deux ou trois fois plus cher que le tarif opposable : parce que c'est plus pratique, plus rapide ou parce qu'ils pensent que les soins sont de meilleure qualité. On a envie de dire que cela ne devrait pas poser problème : dans une société, on ne cherche pas en général à limiter les dépenses privées des individus.

Malheureusement, ils posent divers types de problèmes. D'abord, un problème d'accès : lorsqu'un médecin a le choix entre servir une clientèle qui paie le prix fort ou des patients aux tarifs conventionnels, il trouvera toujours un moyen de privilégier les premiers. C'est ce qu'on observe avec les refus de soins pour les patients bénéficiaires de la CMU-C. Cela revient à limiter l'offre de soins disponible aux tarifs opposables. Ensuite, ils ont un effet inflationniste : si le différentiel entre « tarifs publics » et prix pratiqués par les professionnels augmente, le risque de sélection des patients s'accroît. C'est une contrainte réelle par exemple aux États-Unis pour la régulation des tarifs de Medicare (l'assurance publique pour les seniors).

Quelques rares pays demandent aux prestataires de choisir d'exercer pour le public ou pour le privé. Au Canada, un médecin qui veut exercer en dehors du système public doit le quitter et se limiter à une pratique totalement privée. Ce choix a été assez rare dans le passé, mais les obstacles réglementaires à une plus grande intervention de la couverture privée au Canada font l'objet de débats passionnés. Il n'existe donc pas de solution aisée. La solution consistant à demander aux praticiens pratiquant des dépassements de consacrer une partie de leur activité aux patients traités aux tarifs opposables et à limiter les dépassements pratiqués pour les autres (le secteur optionnel) est peut-être une piste.

DEUX ÉVOLUTIONS SE COMPENSENT STATISTIQUEMENT : LA BAISSÉ DES TAUX DE REMBOURSEMENT DES ACTES COURANTS ET L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE



LES RESTES À CHARGE DES MÉNAGES EN FRANCE SONT AUSSI PLUS FAIBLES QUE DANS LA PLUPART DES AUTRES PAYS, MAIS CELA EN PARTIE GRÂCE AUX COUVERTURES PRIVÉES COMPLÉMENTAIRES (MUTUELLES OU ASSURANCES)

On sait qu'il y a en France plus de médecins que dans beaucoup d'autres pays qui nous sont proches. Comment la répartition des médecins sur le territoire y est-elle organisée ? La prise en charge des malades est-elle moins bonne du fait du nombre inférieur de médecins, ou la structuration de la prise en charge permet-elle de l'assurer avec moins de ressources ?

GL : En France, comme dans les autres pays de l'OCDE, les médecins ont tendance à vouloir s'établir dans les villes plus que dans les régions rurales où les bassins de population sont moins denses. En 2011, le nombre de médecins en France dans les régions rurales était seulement de 1,2 par 1 000 habitants contre 4,5 dans les villes en 2010. Ce problème de répartition va probablement s'aggraver au cours des prochaines années, car de nombreux médecins exerçant actuellement en région éloignée vont partir à la retraite et il sera très difficile de les remplacer. Face à cela, plusieurs régions ont déjà commencé à mettre en place des « Maisons de santé » qui regroupent différents professionnels de santé et qui peuvent représenter un bon moyen de contrecarrer le problème d'isolement des médecins qui freine souvent l'établissement dans des régions éloignées.

Une autre piste à explorer est le développement de nouveaux rôles, pour les infirmières et d'autres intervenants des systèmes de santé, afin de répondre aux besoins de la population dans les régions éloignées. Dans des pays comme les États-Unis, le Canada et l'Australie, on a créé des postes d'« infirmières praticiennes » pour pallier le manque de médecins dans certaines régions. Ces infirmières, qui ont souvent des diplômes Bac +5, sont habilitées à faire des diagnostics et à prescrire des traitements à des patients qui ont des problèmes de santé mineurs ou à ceux qui ont besoin d'un suivi continu en raison d'une maladie chronique. Les évaluations de la qualité des soins fournis par ces « infirmières praticiennes » sont généralement positives, et les patients déclarent être très satisfaits de leurs services. Toutefois, la mise en place de ces nouveaux rôles n'est jamais facile parce qu'elle demande une certaine collaboration des médecins.

Mis à part ces problèmes d'accès géographiques aux soins, le système français vous paraît-il égalitaire en termes d'accès aux soins et solidaire quant à son financement ? Votre constat vous paraît-il pouvoir être pérenne ou plutôt incertain dans les années à venir ?

GL : Il peut y avoir des barrières financières et des barrières non financières aux soins. Concernant les barrières financières, il faut tout d'abord noter que la part publique des dépenses de santé (incluant les cotisations sociales et les dépenses financées par l'impôt) reste très élevée en France, représentant toujours plus des trois-quarts (78 %) des dépenses en 2009. C'est un niveau plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE, qui s'établit à 72 %. Les restes à charge des ménages en France sont aussi plus faibles que dans la plupart des autres pays, en partie parce que les couvertures privées complémentaires (assurances ou mutuelles) jouent un rôle plus important. Cela réduit les barrières financières, bien sûr.

Toutefois, comme dans les autres pays, certains biens et services en France sont moins bien couverts collectivement, par exemple l'optique (les lunettes), les soins dentaires et les médicaments. Selon diverses enquêtes, un certain pourcentage de la population déclare renoncer à certains biens et services de santé pour des raisons financières. Par exemple, l'enquête de santé et de protection sociale de l'IRDES de 2008 indique que 10 % de la population a renoncé à des soins dentaires et 4 % à des soins optiques. Cette proportion est évidemment plus élevée parmi les couches de la population les plus démunies par rapport aux couches les plus aisées.

Une étude en cours de l'OCDE montre qu'en France comme dans la plupart des autres pays, il n'y a pas d'inégalité importante d'accès aux médecins généralistes entre les populations les plus démunies et les plus aisées. Par contre, dans pratiquement tous les pays, les personnes à faible revenu consultent moins et moins souvent les spécialistes et les dentistes que les personnes à revenu élevé. On peut supposer que cela s'explique en partie par des raisons financières. On constate aussi que les personnes de milieux plus défavorisés ont moins tendance à participer aux campagnes de dépistage du cancer et à d'autres activités de prévention que celles issues des milieux plus favorisés, et ce même dans le cas où ces services sont fournis gratuitement. Il y a donc aussi des barrières non financières d'accès aux soins, qui peuvent être liées à des barrières de langue, au statut d'immigrant, à des niveaux moindres d'éducation ou d'information et d'autres.

La question générale de la pérennité des systèmes de santé se pose en France comme dans les autres pays. En fait, c'est probablement aux États-Unis qu'elle se pose maintenant de manière la plus aiguë, étant donné que les dépenses de santé représentent déjà plus de 17 % de leur PIB. Ces dépenses accaparent une part de plus en plus grande non seulement des budgets des gouvernements, mais aussi des dépenses des entreprises pour assurer leurs employés.

Dans une certaine mesure, la question de la pérennité financière des systèmes de santé en France comme dans les autres pays va dépendre de la croissance économique générale au cours des années à venir. Plus la croissance économique sera forte, plus les revenus (publics et privés) pour financer ces dépenses seront élevés, et moins il y aura de pressions pour contenir les coûts. Mais le contraire est aussi vrai. Dans le cas où la croissance économique resterait faible, il faudra que les gouvernements prennent des décisions difficiles pour équilibrer les dépenses publiques et les revenus disponibles. Une des décisions centrales sera de déterminer quels biens et services devraient être couverts collectivement par l'assurance maladie publique, et à quel niveau de couverture. Doit-on plus, ou

moins, couvrir les soins dentaires et les médicaments par exemple ? Quel sera l'impact des décisions sur l'état de santé de la population et sur l'équité d'accès aux soins ? Le plus facile sera probablement d'essayer de contrôler les abus et d'éviter les dépenses inutiles, mais encore faut-il savoir bien les identifier.

DANS UNE CERTAINE MESURE, LA QUESTION DE LA PÉRENNITÉ FINANCIÈRE DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN FRANCE COMME DANS LES AUTRES PAYS VA DÉPENDRE DE LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE GÉNÉRALE AU COURS DES ANNÉES À VENIR

Les études comparatives permettent-elles d'établir une classification des systèmes de santé selon « l'opportunité et l'efficacité de la dépense » ? En termes d'ajustements de la dépense, y a-t-il des leviers sur lesquels il vous semble possible de jouer en France sans affecter la qualité et l'accessibilité des soins ?

VP : Il est extrêmement difficile de mesurer dans quelle mesure les dépenses de santé correspondent à des soins efficaces et appropriés. On peut faire l'hypothèse que les pays qui utilisent plus volontiers l'évaluation des technologies de santé, et en particulier l'évaluation médico-économique, pour statuer sur le niveau de prise en charge et/ou définir des recommandations de pratique clinique, font un meilleur usage des dépenses de santé. Mais il est difficile de le démontrer au niveau macro-économique parce que les dépenses de santé résultent de nombreuses dynamiques, telles que le pouvoir de négociation des professionnels ou les contraintes budgétaires. De plus, les décisions basées sur le rapport coût-efficacité des nouvelles technologies ne sont pas toujours populaires, en particulier lorsqu'elles conduisent à refuser le financement d'un nouveau traitement.

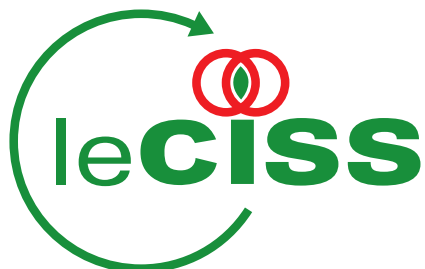
Il y a certainement des réserves d'efficacité dans le système de santé français. Par exemple, le taux de pénétration des génériques y est particulièrement faible, par rapport à l'Allemagne et au Royaume-Uni (seulement 20 % en France en volume en 2008, par rapport à 69 % en Allemagne et 65 % au Royaume-Uni). Le taux de chirurgie ambulatoire est également faible. Par exemple, même si la proportion d'opérations de la cataracte en ambulatoire a nettement augmenté en France au cours des dix dernières années, il reste de la marge avant d'atteindre les niveaux du Canada et des États-Unis où pratiquement

toutes les chirurgies de la cataracte se font maintenant sans hospitalisation. On sait par ailleurs qu'un certain nombre de prescriptions médicamenteuses sont inappropriées, par exemple dans le cas des antibiotiques ; que les recours aux services des urgences des hôpitaux ne sont pas toujours justifiés ; et que certaines interventions chirurgicales n'entraînent pas toujours de bénéfices pour le patient. Dans tous ces cas, il est possible de faire mieux sans affecter la qualité des soins et même parfois en l'augmentant.

www.oecd.org

LES DÉCISIONS BASÉES SUR LE RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ DES NOUVELLES TECHNOLOGIES NE SONT PAS TOUJOURS POPULAIRES, EN PARTICULIER LORSQU'ELLES CONDUISENT À REFUSER LE FINANCEMENT D'UN NOUVEAU TRAITEMENT





Collectif Interassociatif Sur la Santé



10, villa Bosquet
75007 Paris
Tél. : 01.40.56.01.49
www.leciss.org

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) représente depuis 15 ans les intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité.

Le **CISS** rassemble près de 40 associations nationales et 25 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs, d'associations de personnes âgées et retraitées. Il veille en particulier au respect des droits des malades consacrés par la loi du 4 mars 2002.

Nos missions

- L'information des usagers du système de santé.
- La formation de leurs représentants.
- La définition de stratégies communes pour améliorer la prise en charge des usagers.
- La communication publique de nos constats et de nos revendications.

Les associations membres du CISS

ADMD - AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Allegro Fortissimo - Alliance du Cœur - Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR - FNAIR - FNAPSY - FNAR - FNATH - France Alzheimer -

France Parkinson - Le LIEN - Les Aînés Ruraux - Ligue contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO - SOS Hépatites - Transhépatite - UAFLMV - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - UNRPA - Vaincre la Mucoviscidose

Des Collectifs existent aussi en région

CISS-Alsace • CISS-Aquitaine • CISS-Auvergne • CISS-Basse-Normandie • CISS-Bourgogne • CISS-Bretagne • CISS-région Centre • CISS-Champagne-Ardenne • CISS-Corse • CISS-Franche-Comté • CISS-Guadeloupe • CISS-Haute-Normandie • CISS-Ile-de-France • CISS-Languedoc-Roussillon • CISS-Limousin • CISS-Lorraine • CISS-Martinique • CISS-

Midi-Pyrénées • CISS-Nord-Pas-de-Calais • CISS-Océan Indien • CISS-Pays-de-la-Loire • CISS-Picardie • CISS-Poitou-Charentes • CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur • CISS-Rhône-Alpes

Coordonnées sur : www.leciss.org/ciss-regionaux

Regards croisés



Editeur : Le CISS
10, villa Bosquet
75007 Paris

Directeur de publication :
Christian Saout

Comité éditorial :
Nicolas Brun,
Marianick Lambert,
Marc Morel, Marc Paris

Rédaction : Patrick Retoux

Crédits photos :
© Droits réservés
p. 8 : David Delaporte
p. 9 : S Le Clezio
p. 14 : Aurore Bagarry

Conception, réalisation
et illustrations :
Dialogue & Stratégie
dialog.paris@wanadoo.fr

Impression : MEGATOP



Tirage : 5 000 exemplaires

ISSN : 1969-1386

Santé Info Droits

Une question juridique ou sociale liée à la santé ?
Notre équipe d'écouterants, composée d'avocats
et de juristes spécialisés, est là pour vous répondre !

www.leciss.org/sante-info-droits

SANTÉ INFO DROITS
0 810 004 333
la ligne du CISS

Réalisé grâce au soutien du

