

Politique de santé : l'urgence d'agir

**Camille
VILLERMÉ***

*Pseudonyme pour un groupe de spécialistes et praticiens de la santé

Bien qu'arrivant régulièrement en tête des préoccupations des Français, aux côtés du chômage et de la sécurité, la santé se situe rarement au cœur du débat politique. Et, en dépit des récentes controverses sur la vaccination obligatoire ou sur les conditions de travail des personnels des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), force est de constater que **les enjeux de transformation de notre système de santé demeurent en jachère**.

Pourtant, un an après sa prise de fonction et alors que son bilan se limite à des mesures de santé publique plutôt consensuelles ainsi qu'à quelques effets d'annonce, la ministre de la santé et des affaires sociales, Agnès Buzyn, peut se prévaloir de la bienveillance de l'opinion et des corps intermédiaires à son égard. Cela tient sans doute en grande partie à sa personnalité et à son parcours exemplaire en qualité de médecin hospitalier, puis à la Haute Autorité de Santé.

Toutefois, la majorité présidentielle a d'ores et déjà gâché deux rendez-vous :

- celui de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour l'année 2018,
- et celui de la stratégie de transformation du système de santé, exposée par le Premier ministre le 13 février dernier.

Si, au cours de la campagne présidentielle, les engagements du candidat Macron avaient été flous, le premier budget et le discours d'Edouard Philippe n'ont pas permis de dérouler une feuille de route suffisamment précise, tant sur les objectifs que sur la méthode de transformation.

Car, en fixant comme objectif de ramener à « *50% maximum* » du financement du système de santé la tarification à l'acte, le Président de la République donne à peu de frais une apparence d'humanité à une **politique qui consiste en réalité à resserrer la contrainte budgétaire sur le système de santé**.

L'attention se porte sur le mode de financement des hôpitaux en vigueur depuis 2008 (la tarification à l'activité (T2A)), dans la continuité du rapport parlementaire du député Olivier Véran en 2016 et de plusieurs

reportages qui ont pointé ses dérives¹. Il lui est en effet reproché d'inciter à une course à l'activité et à accroître la charge de travail des professionnels, au risque de dégrader la qualité de la prise en charge.

Sur le terrain, la remise en cause par Emmanuel Macron et le Gouvernement de la tarification à l'activité suscite frustration et colère, lorsque sont en même temps confirmées pour 2018 de nouvelles baisses de tarifs pour les établissements publics et privés, comme chaque année depuis 2015.

En effet, après cinq années de résorption importante du déficit de l'Assurance maladie², **la poursuite de cette politique met sous pression tous les acteurs de la santé**, au premier rang desquels les établissements publics de santé et médico-sociaux.

Le taux de progression de 2% des dépenses de l'Assurance maladie pour les établissements de santé, voté pour l'année 2018, apparaît insuffisant alors que leurs charges devraient augmenter de 3%. De fait, pour continuer à assumer leurs missions de service public malgré les baisses de tarifs et de dotations, ils auront davantage recours à l'emprunt. En définitive, **pour réduire le déficit de l'Assurance maladie, on augmente celui des hôpitaux...**

En outre, notre système de santé universel est mis au défi par des phénomènes structurels auxquels le Gouvernement, en dépit de l'ambition réformatrice affichée, peine à trouver des réponses :

- la désertification de certains territoires en professionnels de santé se poursuit ;
- le fossé grandissant entre le faible niveau de remboursement des soins courants et la prise en charge à 100% des maladies graves (dans le cadre du régime des affections de longue durée, qui représentent désormais plus des deux tiers du budget de l'Assurance maladie) suscite un glissement vers l'assurance privée ;
- enfin, reste à inventer le financement des révolutions diagnostiques et thérapeutiques en cours grâce aux progrès scientifiques et au numérique.

La présente note exprime donc un certain nombre d'interrogations, notamment concernant la crédibilité de certains engagements du Président de la République et du Gouvernement. Décider d'économies nouvelles en matière de santé pour satisfaire les engagements internationaux de la France, sans se

Le taux de progression de 2% des dépenses de l'Assurance maladie pour les établissements de santé apparaît insuffisant alors que les charges des établissements de santé devraient augmenter de 3%.

¹ *Cash Investigation* le 14 septembre 2015, *Envoyé Spécial* le 7 septembre 2017, *C à dire* le 29 janvier 2018.

² Le déficit des régimes obligatoires de base et du Fonds de Solidarité Vieillesse est passé de 22,6 Md€ en 2011 à 7 Md€ en 2016.

saisir de leviers structurels d'ampleur mais politiquement délicats – tels que le conventionnement sélectif des médecins ou la définition d'un vrai panier de soins – semble une politique vaine et condamnée à l'échec.

Au demeurant, loin des ambitions affichées, le budget de la sécurité sociale pour 2018 marque de **vrais reculs en matière d'accès aux soins** (1), tandis que la politique du Gouvernement pour **lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins se révèle trop timide** pour en espérer des effets concrets (2).

3

Un budget de la sécurité sociale pour 2018 marqué par de vrais reculs en matière d'accès aux soins

Les récents choix opérés par le Gouvernement Philippe marquent de réels reculs en matière d'accès aux soins, qu'il s'agisse de l'abandon de la généralisation du tiers payant, de la réorganisation des régimes de sécurité sociale, de l'accès aux soins des personnes précaires... Loin d'être guidée par une vision du service public de la santé, cette stratégie répond à la seule recherche d'économies.

Le regrettable renoncement à la généralisation du tiers payant

De 2012 à 2017, la politique d'accès aux soins a conduit à une bénéfique baisse du reste à charge des ménages³. A rebours, la LFSS 2018 marque un recul majeur en termes d'accès aux soins, en actant le report *sine die* de la mise en place du tiers payant obligatoire pour tous les patients⁴, mesure pourtant mise en place dans la quasi-totalité des pays de l'Union européenne (25 sur 28).

La disposition, déjà en application pour les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies graves (régime des affections de longue durée) et certains patients précaires, devait s'appliquer obligatoirement à partir du 1^{er} décembre 2017 pour la part prise en charge par l'Assurance maladie (16,50 euros pour une consultation « standard » à 25 euros chez le médecin généraliste) et de manière optionnelle pour la part prise en

*La LFSS 2018 marque un recul majeur en termes d'accès aux soins, en actant le report *sine die* de la mise en place du tiers payant obligatoire pour tous les patients*

³ *Les dépenses de santé en 2016 – édition 2017* (DREES), p. 12 : « le reste à charge des ménages en santé, qui atteignait 9,2 % en 2011, diminue depuis lors pour s'élever à 8,3 % de la CSBM en 2016 ».

⁴ Le tiers payant permet une dispense d'avance de frais.

charge par les organismes complémentaires (7,50 euros pour cette même consultation).

L'enterrement de cette mesure phare du quinquennat de François Hollande ne surprend guère : au cours de sa campagne, dans une pirouette toute macronienne, le candidat s'était prononcé en faveur d'un tiers payant « *généralisable* », et non plus « *généralisé* », pour maquiller son renoncement à venir et la simple application du principe de réalité.

Ces précisions sémantiques n'en marquent pas moins un recul majeur pour l'accès aux soins, alors **que plus du quart des assurés sociaux ont renoncé à se faire soigner en 2016** selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services : 59% d'entre eux évoquent un reste à charge trop élevé et 32 % une avance de frais impossible⁵.

Aucune date de report n'a été communiquée pour le moment par le Gouvernement, et la ministre de la Santé a invoqué des « *difficultés techniques* » de mise en œuvre pour justifier ce report. Pourtant, le rapport de 2017 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le tiers payant précise que la « *généralisation est un objectif techniquement réalisable* » pour la part Assurance maladie, « *à brève échéance sous réserve que soit mis en œuvre un accompagnement renforcé des professionnels de santé* ». L'IGAS souligne par ailleurs le risque de démobilisation des acteurs de la santé qu'impliquerait un report ou un remplacement de l'obligation par une simple incitation à la mise en place du tiers payant⁶.

Cet abandon de la mise en place obligatoire du tiers payant de la part Assurance maladie dénote clairement que **l'accès aux soins ne constitue pas une réelle priorité du Gouvernement** ; et le report de cette mesure ne saurait être accepté sans l'annonce d'un calendrier clair, y compris concernant l'étude de faisabilité technique de la mise en œuvre du tiers payant pour la part complémentaire. Pour retrouver la confiance des médecins, ce calendrier doit s'ajourndre d'un plan d'accompagnement ciblé des professionnels **[Préconisation n°1]**.

L'IGAS souligne par ailleurs le risque de démobilisation des acteurs de la santé qu'impliquerait un report ou un remplacement de l'obligation par une simple incitation

⁵ Etude interne de la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés menée en partenariat avec l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services.

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Lutte_contre_le_renancement_aux_soins_-_VDEF.pdf

⁶ IGAS, Evaluation de la généralisation du tiers payant, 2017 : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>

Réorganisation des régimes de sécurité sociale : quand les mesures d'économie l'emportent sur la logique d'accès aux soins

Les premières mesures adoptées par la nouvelle majorité induisent une **réforme des régimes de sécurité sociale qui répond davantage à un souci d'économies qu'à un impératif d'amélioration de l'accès aux soins.**

En effet, la construction historique du modèle français de protection sociale repose notamment sur l'idée d'une prise en charge spécifique de chaque public, selon sa situation professionnelle, ses besoins de santé ou encore sa capacité à effectuer des démarches administratives. Ceci explique en partie la constitution de régimes séparés ou délégués du régime général (RG) pour certains publics, qu'il s'agisse de régimes anciens (tels que le régime agricole et les régimes délégués des étudiants ou de certains fonctionnaires), ou de créations plus récentes, à l'image du régime social des indépendants (RSI).

Les économies d'échelles et gains de productivité enregistrés grâce à l'adossement de régimes délégués du RG à la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) et par la numérisation peuvent expliquer le mouvement de recentralisation autour des caisses du régime général décidé par le Gouvernement à l'automne dernier (suppression du Régime social des indépendants à compter du 1^{er} janvier 2018 et du régime étudiant à la rentrée 2018). Mais si ces gains sont indéniables, réduire ce sujet à une simple question d'économies à réaliser serait une erreur.

En effet, bien que parfois décrédibilisée par des gestions bancales des régimes délégués ou spéciaux⁷, l'idée de gestion « au plus près » des assurés sociaux permet une prise en charge dédiée pour des publics parfois fragiles et plus éloignés de l'offre de soins, ou tout simplement manifestant des besoins de santé spécifiques. A titre d'exemple, les mutuelles étudiantes, jusqu'alors gestionnaires du régime obligatoire de sécurité sociale pour ce public, sont dotées de guichets dans les universités qui favorisent l'affiliation à l'Assurance maladie (notamment pour les étudiants étrangers). Elles proposent une offre de complémentaires santé peu onéreuses, ciblées sur les besoins courants d'un public à l'état de santé meilleur que la moyenne de la population.

L'idée de gestion « au plus près » des assurés sociaux permet une prise en charge dédiée pour des publics parfois fragiles et plus éloignés de l'offre de soins, ou tout simplement manifestant des besoins de santé spécifiques

⁷ Les mutuelles étudiantes ont ainsi connu de véritables dysfonctionnements et des surcoûts dans leur gestion du régime obligatoire, même si l'adossement de la LMDE à la CNAM-TS pour le *back office* du régime obligatoire a permis de les résorber pour cet organisme ; rien n'a toutefois changé concernant le réseau concurrent EMEVIA. On peut donc espérer que l'accès aux soins s'améliore grâce à la réduction des difficultés administratives d'ouvertures de droits.

Cette évolution s'avère d'autant plus préoccupante que, depuis quelques années, **l'accès aux soins des publics fragiles a connu une détérioration**, en partie du fait d'évolutions législatives récentes :

- la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés, prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, a augmenté la part des contrats collectifs d'entreprise et s'est traduite par une augmentation du coût moyen des contrats individuels de complémentaires santé, dont la majorité des souscripteurs s'avèrent être des personnes âgées.
- La hausse des exigences du label « contrat responsable », auquel sont associés des avantages fiscaux, a renchéri le coût moyen des contrats, contraignant les plus précaires à faire le choix de contrats à bas prix non labellisés, donc davantage imposés ; ces souscripteurs les plus modestes, non couverts par un contrat collectif d'entreprise, supportent donc paradoxalement une fiscalité plus élevée que la majorité de la population alors que leur couverture est plus faible.
- Enfin, cette évolution est renforcée par l'application de la taxe supplémentaire sur les contrats d'assurance (TSCA), qui concerne depuis 2011 les complémentaires santé proposées par les mutuelles au même titre que les contrats des compagnies d'assurance.

Les réformes sectorielles de l'organisation de la protection sociale lancées par le Gouvernement semblent donc répondre davantage à un souci d'économies et/ou de rupture avec des régimes impopulaires (à l'instar des mutuelles étudiantes), qu'à un véritable effort d'amélioration de l'accès aux soins. Mais ces suppressions, rapidement décidées, en l'absence d'étude d'impact et de plan spécifique en faveur de l'accès aux soins des publics précaires, posent question.

La réorganisation des régimes de sécurité sociale doit donc s'accompagner d'un plan d'accès aux soins en direction des publics fragiles, dont la situation demeure préoccupante en matière d'accès aux soins⁸ **[Préconisation n°2]**. Les économies réalisées par la suppression du régime étudiant pourraient, par exemple, permettre un renforcement des politiques de prévention en direction de ce public, en s'appuyant sur les mutuelles étudiantes qui continueront à incarner des acteurs incontournables en raison de leur offre de complémentaire santé **[Préconisation n°3]**.

Les souscripteurs les plus modestes, non couverts par un contrat collectif d'entreprise, supportent ainsi paradoxalement une fiscalité plus élevée que la majorité de la population

⁸ 30,4% des étudiants déclarent renoncer à des soins médicaux en 2016, dont 45% pour raisons financières (étude de septembre 2017 de l'Observatoire de la Vie Etudiante sur la santé des étudiants :

http://www.ove-national.education.fr/medias/La_sante_des_etudiants_CdV_2016.pdf

L'accès aux soins des personnes précaires: une non-priorité du Gouvernement

Ces cinq dernières années, de nombreuses mesures ont tenté d'élargir le champ de la protection maladie au plus grand nombre. Leur objet était à la fois d'étendre l'Assurance maladie obligatoire (Protection Universelle Maladie, arrêt des déremboursements) et l'assurance maladie complémentaire (généralisation des contrats collectifs d'entreprise, aide à la complémentaire santé...).

Pourtant, les dernières études concernant la santé des Français révèlent une **dégradation sensible de l'accès aux soins des populations les plus fragiles**. Selon les données de l'OCDE de 2016, 12% des plus défavorisés ont renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières.

Les choix politiques du Gouvernement concernant l'accès aux soins des étrangers précaires doivent aussi être dénoncés : la limitation des budgets de l'Aide médicale d'Etat (AME) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux, dans le contexte actuel d'afflux de demandeurs d'asile vers le continent européen, s'inscrivent à rebours de toute logique de santé publique.

Par ailleurs, alors que le budget de l'Assurance maladie est de plus en plus contraint, la protection universelle maladie (PUMA), initialement conçue dans un esprit de simplification administrative, se traduit actuellement par des demandes de justificatifs de plus en plus nombreuses qui retardent les ouvertures de droits.

Ces mesures placent les professionnels de santé et les hôpitaux qui prennent en charge les étrangers précaires devant un choix impossible : soit refuser de prodiguer certains soins, jugés trop coûteux ; soit les prendre à leur charge et accepter un sacrifice financier, faute de remboursement des soins. Car si l'AME répond d'abord à un objectif de santé publique, elle correspond aussi à un moyen de financement indispensable pour les établissements qui prennent en charge ces personnes. **Sa limitation se traduit donc par une dégradation de la situation financière des établissements publics de santé** qui se situent dans les territoires les plus défavorisés – l'outre-mer, la périphérie des grandes métropoles – où ils sont l'unique recours pour les patients.

Les choix politiques du Gouvernement concernant l'accès aux soins des étrangers précaires doivent aussi être dénoncés

La fausse promesse d'une prise en charge intégrale des soins de lunetterie, prothèses auditives et dentaires

Au cours de sa campagne, le candidat Macron a proposé de mettre en place le « *remboursement à 100%* » des lunettes et des prothèses auditives et dentaires « *à horizon 2022* ». On regrettera que cette mesure emblématique de

son projet en matière de santé n'ait ni été inscrite dans la première LFSS du quinquennat, ni fait l'objet de réelles précisions quant aux conditions de sa mise en œuvre.

Cet engagement avait pourtant reçu un accueil plus que bienveillant en ce qu'il constituait une mesure de pouvoir d'achat et d'accès aux soins courants. En effet, le reste à charge actuel des Français pour ces trois postes de dépenses s'élève à 4,4 milliards d'euros par an (1,4 milliard d'euros pour les lunettes et les lentilles correctrices⁹, 2,5 milliards d'euros pour les soins chez le dentiste¹⁰ et 462 millions d'euros pour les prothèses auditives). Par ailleurs, alors que le reste à charge des Français en matière de dépenses de soins hospitaliers se monte uniquement à 2,3 %, il s'élève à 22 % en matière d'optique et à 23 % pour les soins dentaires¹¹.

Au regard de ces montants, **le gouvernement doit être plus transparent sur ses intentions**. Cet engagement de campagne peut être compris de deux manières radicalement différentes: soit une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire (formule publique), soit une négociation avec les organismes complémentaires pour qu'ils prennent en charge ces dépenses (formule privée). Le choix entre ces deux formules n'est pas anodin puisque ces dépenses incombent aujourd'hui principalement aux organismes complémentaires (ces derniers financent par exemple 72% du coût des lunettes et des lentilles correctrices contre 4% pour la sécurité sociale).

Dans le contexte actuel des finances publiques, **il serait mensonger d'annoncer une prise en charge de l'intégralité de ces dépenses par l'Assurance maladie obligatoire**. La seconde option de contractualisation avec les complémentaires semble donc la plus crédible. Elle reposera sur la contractualisation de 2 à 3 contrats types correspondant à des paniers de soins de qualité plus ou moins importante. C'est en ce sens que le gouvernement a déjà conduit une négociation entre l'assurance-maladie, les organismes complémentaires et les syndicats de dentistes sur une offre de prothèses à trois niveaux : le « zéro reste à charge », une offre à reste à charge « maîtrisé », et une offre à honoraires libres¹². **Cette solution, privilégiée par la ministre de la Santé, paraît doublement démagogique :**

Alors que le reste à charge des Français en matière de dépenses de soins hospitaliers se monte uniquement à 2,3 %, il s'élève à 22 % en matière d'optique et à 23 % pour les soins dentaires

⁹ *Les dépenses de santé en 2016, op. cit.*, p. 63

¹⁰ *Ibid.*, p. 95

¹¹ *Les dépenses de santé en 2016, op. cit.*

¹² Avec succès, si on en croit l'adoption de cet accord le 31 mai par l'Union dentaire, puis le 1^{er} juin 2018 par la confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD).

• D'une part, aucun gain de pouvoir d'achat ne sera obtenu, contrairement aux promesses de campagne. Car, mécaniquement, la solution contractuelle augmente le coût des offres complémentaires à mesure qu'elles financent des dépenses nouvelles ; il faut donc s'attendre à une hausse des cotisations des mutuelles pour tenir l'engagement du Président ;

• D'autre part, cette solution ne protégera pas les publics fragiles qui souscrivent à des contrats à bas prix non responsables ou les personnes qui n'ont tout simplement pas de complémentaire (retraités modestes, étudiants, etc.).

Afin d'améliorer réellement la prise en charge des soins de lunetterie, prothèses auditives et dentaires, il conviendrait que Gouvernement :

- précise son projet et le calendrier de mise en œuvre. Toute hausse du prix des complémentaires risquerait de renforcer les inégalités. Il est donc nécessaire de disposer d'une étude d'impact sur les gains réels de cette réforme **[Préconisation n°4]**.

- mène une politique de baisse des prix afin de réduire le déficit de l'Assurance maladie. Les politiques d'achats groupés peuvent être menées, en ville, par le développement des réseaux de soins **[Préconisation n°5]**.

- favorise les soins préventifs. La valorisation des actes de prévention et le remboursement des dépenses de prévention par l'Assurance maladie peuvent contenir la hausse de la demande de dispositifs médicaux, notamment pour les soins dentaires **[Préconisation n°6]**.

Il faut donc s'attendre à une hausse des cotisations des mutuelles pour tenir l'engagement du Président

9

Une action trop timide face à l'aggravation des inégalités territoriales de santé

Le développement des maisons de santé : une réponse insuffisante face aux déserts médicaux

Le rapport de la Cour des comptes sur l'Assurance maladie de novembre 2017¹³ porte un jugement sévère à l'égard de l'organisation de notre système de soins, attribuant notamment l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé à « *un immobilisme persistant dans la rationalisation des soins de ville* ».

¹³ Cour des comptes, L'avenir de l'assurance-maladie, novembre 2017.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_o.pdf

Face à une démographie médicale peu favorable – diminution de 6,9% du nombre de médecins généralistes par habitant depuis 2005 – et à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, **cette première année de mandat se traduit pourtant par un attentisme de la part du Gouvernement** sur ces problématiques majeures du système de soins français.

La précédente majorité avait déjà consenti d'importants efforts au profit des praticiens libéraux, dans la lignée d'une politique incitative observée avec une grande constance par les Gouvernements successifs :

- augmentation de la consultation de médecine générale en 2017 ;
- création du contrat d'accès aux soins ;
- création du contrat d'engagement de service public, aide importante attribuée aux étudiants en médecine, en contrepartie d'un engagement à exercer dans des territoires moins dotés en professionnels de santé.

Cette politique incitative, poursuivie par le Gouvernement actuel, mobilise d'importantes ressources avec des résultats qui restent insuffisants. En effet, la politique publique en direction de l'offre de ville se concentre aujourd'hui sur les aides financières à l'installation et le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

L'esprit de ces structures est bon : l'objectif consiste à inciter les professionnels de santé à s'installer dans un même lieu pour constituer une équipe médico-soignante. Cela permet de rompre l'isolement de l'exercice libéral et de favoriser la coordination entre les professionnels.

Cette politique incitative, poursuivie par le Gouvernement actuel, mobilise d'importantes ressources avec des résultats qui restent insuffisants

Pourtant, **les Maisons de santé restent insuffisantes pour répondre aux enjeux de la désertification** de certains territoires en professionnels de santé :

- Couplée aux aides financières, l'ouverture d'une MSP constitue certainement une incitation forte à l'installation, mais les murs ne font pas le projet : l'ouverture d'un tel lieu ne garantit pas que les professionnels de santé qui exercent en son sein partagent un projet commun.
- D'ailleurs, les subventions publiques ne couvrent que partiellement le coût de l'investissement, mettant ainsi en question le modèle économique des professionnels alors que l'exercice en MSP reste un exercice libéral. Les professionnels supportent ainsi la même prise de risque et les mêmes impératifs qu'un exercice en cabinet, mais avec des loyers sensiblement supérieurs et les contraintes de l'exercice collectif.

• Cette politique du « tout maison de santé »¹⁴ reporte la responsabilité de la structuration de l'offre de soins sur les collectivités territoriales, très diversement armées pour prendre en charge ce champ d'intervention. Les praticiens sont bien souvent en situation d'imposer leurs conditions aux collectivités. A moyen terme, on peut s'interroger sur la pérennité d'une telle politique au regard de la baisse des dotations aux collectivités territoriales.

• La construction d'une structure ne garantit en rien la bonne coordination des professionnels, qui repose sur leur bonne volonté et se trouve difficile à mettre en place par des personnes qui n'ont reçu aucune formation pour travailler en équipe. Au demeurant, les financements attribués à ce travail de coordination, sous la forme d'« heures de staff » ou d'un poste de coordinateur, restent difficiles à obtenir et représentent des montants trop faibles quand ils sont rapportés aux budgets consacrés à l'investissement.

En définitive, si le développement des MSP constitue une réponse intéressante mais insuffisante, l'absence de volonté de régulation de la médecine libérale laisse craindre une aggravation des inégalités territoriales.

En revanche, le développement des modes de rémunération complémentaires du paiement à l'acte offre une réponse louable au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques, qui nécessitent un suivi plus régulier. Le paiement à l'acte n'est plus adapté aux défis actuels du système de santé et ne correspond pas aux aspirations de beaucoup de jeunes professionnels, qui lui préfèrent volontiers le salariat. Les multiples possibilités mises en place dans les pays voisins doivent donc être pleinement explorées, notamment car elles correspondent à différents types d'exercice et d'aspirations des professionnels : salariat, capitation¹⁵, rémunérations mixtes comprenant une part forfaitaire à l'épisode de soins... Elles sont donc un levier incontournable d'attractivité pour rééquilibrer la répartition territoriale des professionnels.

En conséquence, pour être à la hauteur des ambitions affichées par le Président de la République, la stratégie de transformation du système de santé doit s'accompagner de l'ouverture de nouvelles négociations avec les syndicats de médecins dont le point de départ doit être la remise en question du paiement à l'acte **[Préconisation n°7]**.

En définitive, si le développement des MSP constitue une réponse intéressante mais insuffisante, l'absence de volonté de régulation de la médecine libérale laisse craindre une aggravation des inégalités territoriales

¹⁴ Le projet du candidat Emmanuel Macron à l'élection présidentielle de 2017 annonçait un doublement du nombre de MSP sur le mandat.

¹⁵ La capitation consiste à rémunérer un médecin en fonction du nombre de patients dont il est responsable pour les soins de premier recours. Ce système incite à réaliser de la prévention puisque le praticien n'est pas plus rémunéré lorsque ses patients sont malades.

Mais les résultats d'une politique exclusivement incitative apparaissent bien faibles. Les nouvelles dépenses publiques ont constitué des effets d'aubaine importants¹⁶ sans se traduire ni par une meilleure répartition des praticiens, ni par une baisse notable des dépassements d'honoraires¹⁷. En réponse, l'introduction d'un minimum de contrainte dans la régulation de l'installation des praticiens doit être envisagée. La limitation du conventionnement pour certaines spécialités, dans les zones suffisamment dotées en praticiens, fournit un exemple de mesure allant dans ce sens

[Préconisation n°8]. Ce conventionnement sélectif, déjà appliqué pour d'autres professions de santé, est d'ailleurs préconisé de longue date par la Cour des comptes¹⁸.

Les nouvelles dépenses publiques ont constitué des effets d'aubaine importants

Enfin, les contraintes administratives et économiques à l'installation en libéral, souvent mentionnées parmi les raisons expliquant la réticence des jeunes praticiens à s'installer, méritent également un changement de méthode de la part des pouvoirs publics¹⁹

[Préconisation n°9]. A titre d'exemple, l'obligation pour les internes qui réalisent des remplacements de s'acquitter d'une cotisation forfaitaire à la caisse de retraite des médecins libéraux²⁰, instaurée par la LFSS 2018 sans concertation avec les syndicats d'internes, constitue un élément répulsif supplémentaire pour les jeunes médecins en formation qui voudraient se confronter à l'exercice libéral.

Des progrès en demi-teinte en matière de développement de la télémédecine

Après des années d'expérimentation, le Gouvernement souhaite accélérer le développement de la télémédecine en France. Les services offerts par le rapprochement des technologies de l'information et de la

¹⁶ A titre d'exemple, le passage à 25€ de la consultation de médecine générale correspond à une augmentation de 445 M€/an. Créé en 2012, le Contrat d'accès aux soins (CAS) devait limiter les dépassements d'honoraires par un conventionnement avec les médecins libéraux. Les dépassements d'honoraires ont diminué de 18 millions, soit une hausse de 10€ de dépenses publiques pour 1€ seulement de dépassement évité.

¹⁷ La proportion de médecins spécialistes de secteur 2, autorisés à pratiquer des dépassements, est passée de 39,2 % en 2006 à 44,3 % en 2015. Compte tenu des départs en retraite, cette proportion est appelée à augmenter. En effet, 61 % des nouvelles installations sont intervenues en secteur 2 en 2015. Pour plusieurs spécialités, les médecins spécialistes installés en libéral sont très majoritairement en secteur 2. En 2015, tel était ainsi le cas de 84 % des gynécologues et de 69 % des ophtalmologues (source : *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale*, Cour des comptes, septembre 2017).

¹⁸ *Rapport sur l'avenir de l'Assurance maladie*, Cour des comptes, novembre 2017.

¹⁹ Il convient en effet de noter une certaine réticence à s'installer en cabinet chez les jeunes praticiens dont le nombre stagne depuis 2005 (environ 55 000).

²⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2018, les internes qui font des remplacements doivent s'affilier à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), moyennant une cotisation forfaitaire de 3133 € la première année et 3123 € la deuxième année, avant régularisation selon l'activité réelle la troisième année.

communication avec les innovations en santé pourraient donc devenir une réalité pour des millions de concitoyens.

En France, la télémédecine est définie par le Code de la santé publique²¹ qui énonce les cinq types d'actes que cette pratique médicale à distance recouvre :

- la téléconsultation (consultation à distance d'un médecin),
- la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin),
- la télésurveillance (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance),
- la téléassistance (assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte),
- ainsi que la réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale des appels au SAMU.

Conformément à la LFSS 2018, une négociation conventionnelle entre la CNAM et les syndicats de médecins s'est ouverte le 18 janvier dernier. Elle a pour objectif de faire entrer le financement de la télémédecine dans le droit commun, ce qui marque une étape importante dans le développement encore trop limité de celle-ci. En 2015, les actes subventionnés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre d'expérimentations représentaient en effet seulement 0,3 % des actes et consultations externes effectués par les établissements de santé²².

Conformément à la LFSS 2018, une négociation conventionnelle entre la CNAM et les syndicats de médecins s'est ouverte le 18 janvier dernier

Cette ouverture des négociations s'inscrit donc dans une dynamique nécessaire au regard des atouts dont dispose la télémédecine. Les technologies numériques pourront en effet considérablement améliorer la prise en charge des maladies chroniques, des personnes isolées ou de certains types de patients tels que les résidents des zones rurales, les citoyens ultramarins ou les personnes détenues. Il faudra cependant rester vigilant quant au contenu des négociations.

²¹ Article L. 6316-1 du code de la santé publique

²² Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2017*

A l'heure actuelle, le périmètre de ces actes ne concerne que la téléconsultation²³ et la téléexpertise²⁴. La télésurveillance continuera ainsi de faire l'objet d'expérimentations pendant quatre ans alors même que l'on espère des améliorations essentielles dans le suivi des maladies chroniques. En 2015, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) identifiait déjà 100 000 séjours hospitaliers publics ou privés pour trois maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque) dont le seul motif était la surveillance, sans autre acte médical classant.

La télémédecine ne saurait être le moyen privilégié pour pallier l'inégale répartition des professionnels de santé.

Enfin, le déploiement de la télémédecine dans les zones sous-denses ne doit pas se réduire à un énième plan pour lutter contre les déserts médicaux, et cela d'autant plus qu'aucune enveloppe financière supplémentaire n'est prévue pour financer ces actes nouveaux. La télémédecine ne saurait être le moyen privilégié pour pallier l'inégale répartition des professionnels de santé. La substitution des consultations classiques par la télémédecine devra donc être suivie de près afin de garantir que le développement se fasse réellement au bénéfice des populations vivant dans les zones faiblement dotées en personnels médicaux et non au bénéfice d'une logique purement comptable **[Préconisation n°10]**.

*

* * *

Fortement attendu après une campagne marquée par la cruelle absence des questions de santé et dans un contexte social tendu au sein du monde de la santé et du médico-social, **le Gouvernement a indéniablement manqué ses premiers rendez-vous et engage mal les suivants.**

Car, s'il s'inscrit dans une certaine continuité avec la politique menée ces dernières années, il marque cependant des reculs notables en matière d'accès aux soins, à l'image de l'abandon de la généralisation du tiers payant ou du recul concernant la prise en charge des lunettes et des prothèses dentaires et auditives.

²³ Téléconsultation : permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

²⁴ Téléexpertise : permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action ne fait l'objet d'aucune rémunération jusqu'à présent.

Malgré une réelle ambition dans certains domaines, tels que la politique de prévention, le Gouvernement se caractérise par son attentisme sur les faiblesses structurelles de notre système de santé : régulation de l'installation des praticiens, réforme des modes d'exercice et de rémunération, prises en charge spécifiques des publics fragiles... autant de sujets sur lesquels on peut regretter un certain manque de volonté politique de la part d'un Gouvernement qui s'affiche pourtant comme réformateur.

Synthèse des préconisations

15

Préconisation n°1 : publier un calendrier clair du report de la généralisation du tiers-payant, y compris concernant l'étude de faisabilité technique pour la part complémentaire. Etablir un plan d'accompagnement ciblé des professionnels.

Préconisation n°2 : la réorganisation des régimes de sécurité sociale doit s'accompagner d'un plan d'accès aux soins en direction des publics fragiles.

Préconisation n°3 : les économies réalisées par la suppression du régime étudiant pourraient permettre un renforcement des politiques de prévention en direction de ce public, en s'appuyant sur les mutuelles étudiantes.

Afin d'améliorer réellement la prise en charge des soins de lunetterie, prothèses auditives et dentaires, il conviendrait que le Gouvernement :

- précise son projet ainsi que le calendrier de mise en œuvre et publie une étude d'impact sur les gains réels de cette réforme **[Préconisation n°4]**.
- mène une politique de baisse des prix afin de réduire le déficit de l'Assurance maladie. Les politiques d'achats groupés peuvent être menées, en ville, par le développement des réseaux de soins **[Préconisation n°5]**.
- favorise les soins préventifs qui évitent l'utilisation de dispositifs médicaux, notamment pour les soins dentaires **[Préconisation n°6]**.

Préconisation n°7 : la stratégie de transformation du système de santé doit s'accompagner de l'ouverture de nouvelles négociations avec les syndicats de médecins dont le point de départ doit être la remise en question du paiement à l'acte.

Préconisation n°8 : l'introduction d'un minimum de contrainte dans la régulation de l'installation des praticiens doit être envisagée. La limitation du conventionnement pour certaines spécialités, dans les zones suffisamment dotées en praticiens, fournit un exemple de mesure allant dans ce sens.

Préconisation n°9 : les contraintes administratives et économiques à l'installation en libéral méritent un changement de méthode de la part des pouvoirs publics.

Préconisation n°10 : une augmentation des ressources affectées à la télémédecine est nécessaire afin de garantir que la substitution des consultations classiques par la télémédecine se fasse réellement au bénéfice des populations vivant dans les zones faiblement dotées en personnels médicaux et non au bénéfice d'une logique purement comptable.