

## Accès aux soins

---

L'UFC – Que Choisir de NANCY &  
Environs présente la carte de  
l'intolérable fracture sanitaire

---

## Contenu

I.	Protocole de l'étude.....	3
	Une approche innovante combinant déserts médicaux et dépassements d'honoraires .....	3
	Définition de l'offre de soins disponible .....	3
	Définition de la demande de soins.....	3
	Délimitations géographiques retenues .....	4
	Calcul des indicateurs d'accès aux soins .....	4
	Classification des communes selon leur situation d'accès aux soins.....	5
II.	Résultats : une intolérable fracture sanitaire dans notre département.....	6
	A) Si l'on tient compte des dépassements d'honoraires pour l'accès aux soins, la pénurie de médecins se démultiplie :.....	6
	B) Des justifications injustifiées aux dépassements d'honoraires.....	7
	1 <sup>ère</sup> idée fausse : des dépassements choisis.....	7
	2 <sup>ème</sup> idée fausse : des tarifs de la sécurité sociale qui n'augmentent pas.....	7
III.	Une fracture sanitaire conséquence de trois décennies de « laisser-faire » .....	9
	Des dépassements d'honoraires multipliés par 5 depuis 1980 .....	9
	Les médecins laissés libres de leur lieu d'installation .....	10
	Une densité nationale de médecins dans la moyenne des pays développés .....	10
	L'échec des politiques incitatives .....	11
IV.	Lever les freins géographiques et financiers à l'accès aux soins pour réduire la fracture sanitaire.....	12
	Agir aussi par la contrainte pour garantir une meilleure répartition des médecins sur le territoire	12
	Les expériences étrangères de réduction de la liberté d'installation .....	12
	Pour un conventionnement sélectif à la française.....	13
	Supprimer à terme les dépassements d'honoraires .....	13
	Un plafonnement des dépassements d'honoraires à 40 % réduirait la fracture sanitaire pour 25 millions de Français .....	13
V.	Les demandes de l'UFC – Que Choisir .....	14

## I. Protocole de l'étude

A l'hiver 2011, l'UFC – Que Choisir avait initié une Grande consultation auprès des consommateurs, pour identifier leurs préoccupations. Les 1737 répondants régionaux ont placé la santé en tête de leurs inquiétudes. Plus précisément, 75% des consommateurs pointaient leur crainte de l'exclusion financière du système de santé, tandis que 49% se disaient soucieux des difficultés d'accès géographique aux soins. Ayant identifié ces deux composantes de l'accès aux soins, souvent abordées séparément, l'UFC – Que Choisir a développé une approche innovante les combinant.

### **Une approche innovante combinant déserts médicaux et dépassements d'honoraires**

A travers l'étude exhaustive de la localisation des médecins et des tarifs pratiqués pour 4 spécialités (généralistes, ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres), l'UFC – Que Choisir a mis au point une cartographie de l'offre médicale sur le territoire, commune par commune, en tenant compte de la capacité financière à se soigner. Les résultats, sous forme de carte interactive, sont disponibles gratuitement sur le site [www.quechoisir.org](http://www.quechoisir.org). Si nous avons retenu comme spécialités pour notre analyse, outre les généralistes, les ophtalmologistes, gynécologues et pédiatres, cela tient au fait que l'accès à ces spécialités n'est pas conditionné au passage préalable par le médecin traitant/référent.

Pour réaliser son étude, l'UFC – Que Choisir a déterminé une méthodologie d'analyse géographique de l'offre de médecins libéraux. Notre méthode a cherché à affiner à la fois la définition de l'offre disponible, ainsi que celle de la demande.

### **Définition de l'offre de soins disponible**

Notre analyse a pour matière première les données disponibles sur le site [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr), site de l'Assurance maladie qui renseigne sur la localisation et le prix des médecins libéraux (généralistes et spécialistes).

Nous avons ainsi constitué une base exhaustive des praticiens exerçant dans les quatre spécialités étudiées. Pour chacun, nous avons relevé le prix le plus fréquemment demandé pour une consultation simple. Lorsque cette information n'était pas disponible pour un médecin, nous avons retenu comme tarif la moyenne pratiquée dans son département d'exercice par les médecins de même spécialité.

Nous avons par ailleurs voulu tenir compte du temps de présence du médecin sur le cabinet étudié (un médecin pouvant exercer dans différents lieux). C'est pourquoi, lorsqu'un médecin compte plusieurs lieux de travail (en ville comme à l'hôpital), nous avons réparti son temps de présence, de manière égale, entre ses différentes localisations.

### **Définition de la demande de soins**

Tous les Français n'ont pas les mêmes besoins de soins, selon leur âge et leur sexe. C'est pourquoi nous avons, pour chaque spécialité, pondéré différemment les différentes catégories de population (selon l'âge et, quand c'était possible, le sexe) en fonction des besoins moyens de cette catégorie, par rapport à la moyenne de la population entière. Par exemple, pour les médecins généralistes, un homme de 5 à 17 ans compte dans notre analyse pour 0,5, tandis qu'entre 60 et 74 ans, il compte pour 1,6.

Pour ce retraitement, nous avons utilisé différentes sources, pour connaître les variations de recours aux soins selon la catégorie : la DREES<sup>1</sup>, l'INSEE<sup>2</sup>, l'IRDES<sup>3</sup>, le HCAAM<sup>4</sup> et le CNGOF<sup>5</sup>.

Ainsi, pour chacune des 36 000 communes françaises, ont été établies quatre populations cibles, qui représentent au mieux la demande de soins réelle de celles-ci pour les généralistes, les gynécologues, les pédiatres et les ophtalmologistes.

### **Délimitations géographiques retenues**

Pour parvenir à une représentation la plus fidèle possible de l'offre de médecins disponible sur un territoire, nous avons tenu compte, pour chaque commune, des praticiens installés jusqu'à 30 minutes de route pour les généralistes, et jusqu'à 45 minutes pour les spécialistes. En outre, puisqu'un médecin installé à proximité représente une offre potentielle supérieure à celle d'un médecin exerçant loin, nous avons affecté à chaque médecin, en regard de chaque commune, un coefficient qui, égal à 1 pour un médecin très proche de la commune étudiée, décroissait progressivement avec l'augmentation du temps de trajet.

Pour cette pondération, il a été tenu compte des différences de comportement selon les zones, et les barèmes ont été adaptés selon que la commune appartenait à une unité urbaine (telle que définie par l'INSEE) de plus de 50 000 habitants, à une unité urbaine de moins de 50 000 habitants, ou que la commune n'appartenait pas à une unité urbaine. Par ailleurs, un barème spécifique a été établi pour chaque spécialité traitée.

### **Calcul des indicateurs d'accès aux soins**

Une fois collectés les différents éléments concernant l'offre de soins, la demande de soins et la pondération liée au temps de trajet, nous avons calculé différents indicateurs d'accès aux soins. La méthode de calcul est dérivée de la méthode APL (accessibilité potentielle localisée) mise au point par l'IRDES<sup>6</sup> à partir de travaux anglo-saxons.

#### **Etape 1 : indicateur de disponibilité des médecins**

Pour chaque commune :

1. Les médecins présents sur la commune ont été sommés, en tenant compte de leur éventuelle présence dans différents lieux d'exercice
2. Les populations qui peuvent avoir recours au médecin, c'est-à-dire la population (pondérée) des communes comprises dans la zone de proximité, ont été cumulées. La population des communes a été pondérée en fonction de l'éloignement
3. Le rapport des deux valeurs a été calculé.

#### **Etape 2 : indicateur d'offre de soins**

Pour chaque commune :

---

<sup>1</sup> « Etudes et Résultats n° 436 », 2005

<sup>2</sup> « Regards sur la santé des Franciliens », 2007

<sup>3</sup> « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », 2012

<sup>4</sup> Rapport 2010 du Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie

<sup>5</sup> Collège national des gynécologues et obstétriciens français

<sup>6</sup> <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

1. Les indicateurs de disponibilité des médecins, pour les communes appartenant à la zone isochrone de proximité de la commune étudiée, ont été additionnés. Les indicateurs de disponibilité ont été pondérés en fonction de l'éloignement en temps

Ces calculs ont permis de définir une densité de médecins disponibles pour 100 000 habitants. Les moyennes nationales de la densité de médecins pour 100 000 habitants sont les suivantes :

- Généralistes : 89,38
- Gynécologues : 25,16
- Ophtalmo : 8,27
- Pédiatres : 67,77

Pour chacune des 4 spécialités étudiées, nous avons calculé l'accès aux soins en tenant compte de l'ensemble des médecins, puis des seuls médecins dont le tarif n'excède pas 140 % du tarif de la sécurité sociale, et, enfin, des seuls médecins exerçant au tarif de sécurité sociale.

#### **Classification des communes selon leur situation d'accès aux soins**

Une fois les trois indicateurs calculés pour chacune des quatre spécialités, nous avons classé les communes en 5 catégories, pour permettre l'identification des situations problématiques. Conformément à la méthode retenue par les pouvoirs publics pour identifier les déserts médicaux<sup>7</sup>, nous avons travaillé relativement à la densité nationale pour chacune des spécialités. Ainsi, nous avons établi la classification suivante :

<b>Classification UFC – Que Choisir</b>	<b>Densité médicale</b>
Désert médical	Au moins 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès difficile aux médecins	Entre 30 % et 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès satisfaisant aux médecins	Entre la moyenne nationale et 30 % en-dessous
Offre abondante de médecins	Entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus
Offre surabondante de médecins	Au moins 30 % au-dessus de la moyenne nationale

La définition que nous avons retenue pour les déserts médicaux est particulièrement favorable aux médecins. Ainsi, alors que les pouvoirs publics considèrent qu'un territoire est un désert médical quand, au-delà d'une activité soutenue des médecins, leur densité par rapport à la population est de 30 % inférieure à la moyenne nationale, nous avons doublé ce critère, en ne considérant comme désert médical que les territoires dont la densité est 60 % inférieure à la moyenne.

<sup>7</sup> [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste\\_20080005\\_0100\\_0078.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0078.pdf)

## II. Résultats : une intolérable fracture sanitaire dans notre département

### A) Si l'on tient compte des dépassements d'honoraires pour l'accès aux soins, la pénurie de médecins se démultiplie :

- **Des déserts médicaux bien installés, surtout pour les spécialistes :** si les déserts géographiques ne concernent qu'à la marge les médecins généralistes, tel n'est pas le cas pour les spécialistes puisque pour les gynécos, les ophtalmos ou les pédiatres, c'est respectivement 34%, 15% et 10% de la population qui se trouvent dans des déserts médicaux.

- **Accès aux spécialistes : la double peine :** au-delà des déserts géographiques, si l'on ne tient compte que des médecins qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, la situation s'aggrave très nettement : la pénurie de médecins s'intensifie. C'est ainsi que dans notre département, le pourcentage de la population vivant dans un désert médical gynécologique passe de 34 à 79 % si l'on ne peut financièrement accéder qu'à un gynécologue aux tarifs de la sécurité sociale (pour les ophtalmos 15 à 26 %).

- **L'exclusion sanitaire n'épargne aucune zone :** si les déserts géographiques touchent majoritairement les zones rurales, l'exclusion sanitaire liée à la capacité financière des usagers ignore, elle, la segmentation ville/campagne. C'est ainsi, par exemple, que les habitants de Liverdun sont bel et bien dans des déserts médicaux s'agissant des ophtalmos ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

Dans notre département, il y a donc une inacceptable fracture entre les usagers qui peuvent se soigner dans de bonnes conditions, et ceux qui, au-delà des déserts géographiques, sont progressivement exclus de notre système de santé parce qu'ils ne peuvent pas payer les tarifs demandés !

## B) Des justifications injustifiées aux dépassements d'honoraires

Cette exclusion financière des soins est d'autant plus insupportable qu'elle se perpétue sur des arguments fallacieux : le libre-choix supposé des patients, et la prétendue absence de revalorisation de la rémunération à tarif opposable des médecins.

### 1<sup>ère</sup> idée fausse : des dépassements choisis

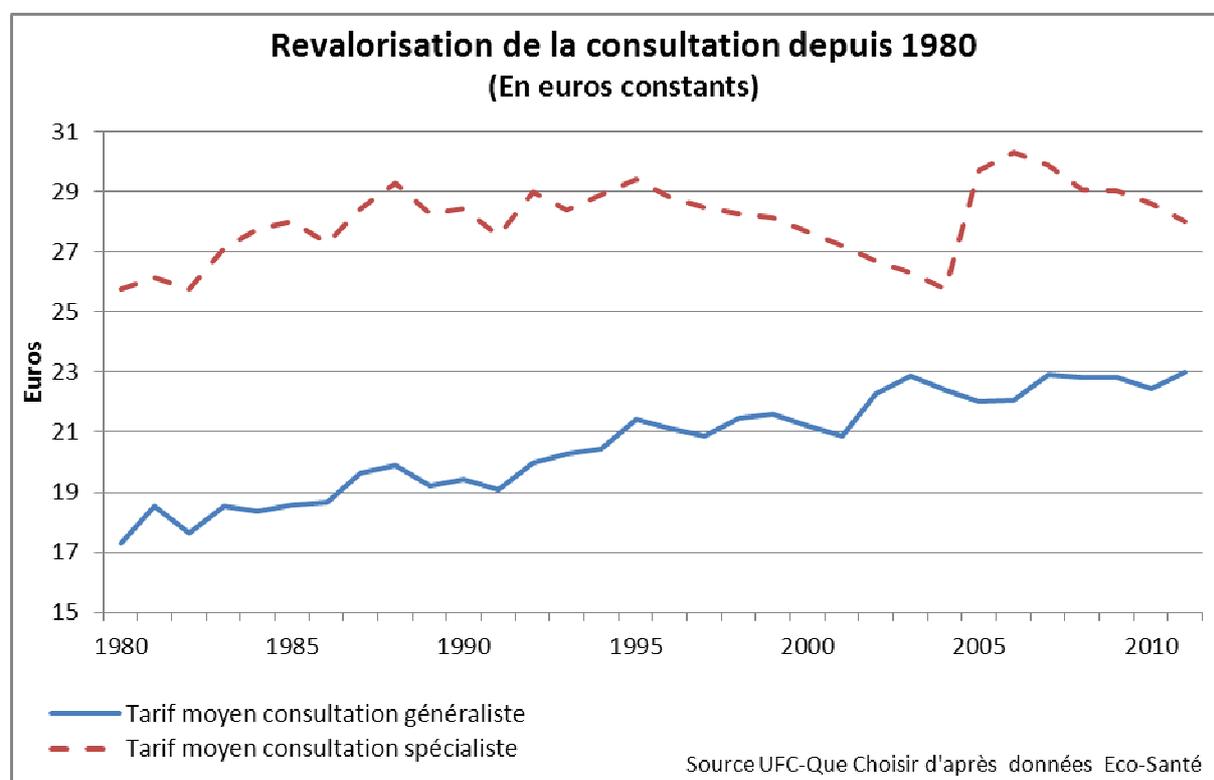
Les dépassements d'honoraires sont souvent présentés comme légitimes par les médecins, car ils résulteraient d'un libre-choix des patients, qui accepteraient de payer davantage en échange de prestations de meilleure qualité. Si la question d'une meilleure qualité en secteur 2 n'a jamais été démontrée, notre étude dément par ailleurs l'idée d'un libre-choix des usagers... justement par absence de choix dans beaucoup de régions !

A partir du moment où, pour certaines spécialités comme l'ophtalmologie ou la gynécologie, 80 % de la population vit dans un territoire où l'offre médicale à tarif opposable est notoirement insuffisante, il est clair que les usagers subissent les dépassements et ne les choisissent aucunement !

### 2<sup>ème</sup> idée fausse : des tarifs de la sécurité sociale qui n'augmentent pas

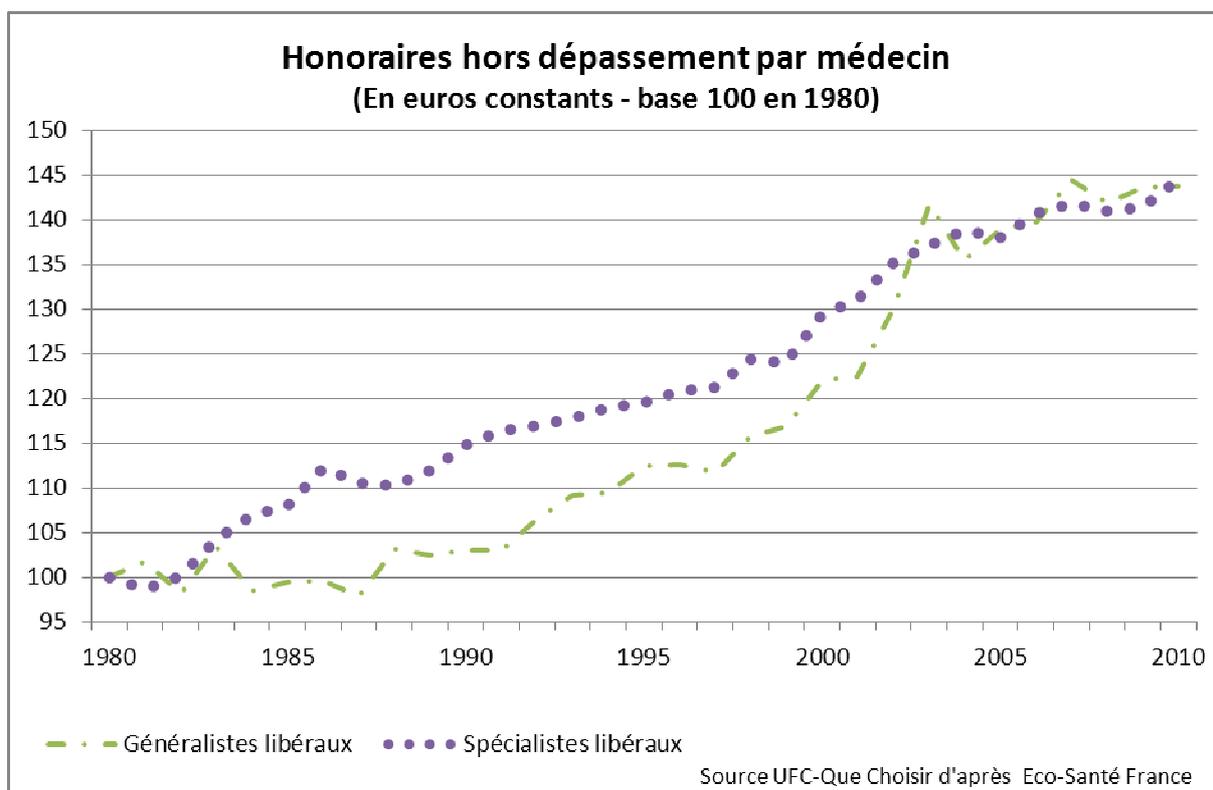
Autre argument souvent avancé par les professionnels de santé pour justifier des dépassements : la faiblesse de la rémunération en secteur 1 (sans dépassements). Dès lors, les dépassements s'expliqueraient comme une réponse à la non-revalorisation des tarifs de la sécurité sociale, et sans eux, les revenus des médecins stagneraient. L'analyse des faits invalide pourtant cet argument.

Il est tout d'abord faux d'avancer, comme on l'entend souvent, que les tarifs de la sécurité sociale n'ont pas augmenté depuis 30 ans.



Si l'on étudie l'évolution du prix de la consultation, en euros constants (c'est-à-dire l'évolution en plus de l'inflation), on constate une augmentation régulière du prix de la consultation chez le généraliste, qui a crû d'un tiers depuis 1980 (+ 33 %). Concernant le prix de la consultation d'un spécialiste, son évolution est plus limitée (+ 8,7 %), mais reste supérieure à l'inflation. On dénombre une vingtaine ainsi de revalorisations tarifaires en trente ans.

Le prix de la consultation ne suffit pas à analyser le revenu hors dépassements des médecins. En effet, pour les spécialistes en particulier, les médecins pratiquent de nombreux autres actes, chacun avec son niveau de rémunération. Par ailleurs, au-delà du prix se pose la question du volume, c'est-à-dire du nombre de consultations et d'actes effectués. C'est pourquoi le graphique suivant présente l'augmentation des honoraires moyens par médecin, hors dépassements d'honoraires, qui synthétise les différents éléments constitutifs de la rémunération à tarif opposable des médecins.



Si les médecins ont pu connaître des périodes de stagnation de leurs revenus sans dépassements (par exemple la décennie 1980 pour les généralistes), les trente dernières années ont vu les revenus des praticiens augmenter beaucoup plus vite que l'inflation : + 44,5 % de croissance depuis 1980, pour les généralistes comme pour les spécialistes.

Par conséquent, les dépassements d'honoraires ne peuvent pas se justifier du fait d'une faiblesse de la rémunération « sans dépassements » des médecins : celle-ci a crû de près de la moitié depuis l'ouverture du secteur 2, en plus de l'inflation. Les dépassements viennent ainsi en supplément de la revalorisation des tarifs de la sécurité sociale, et non compenser leur supposée stagnation !

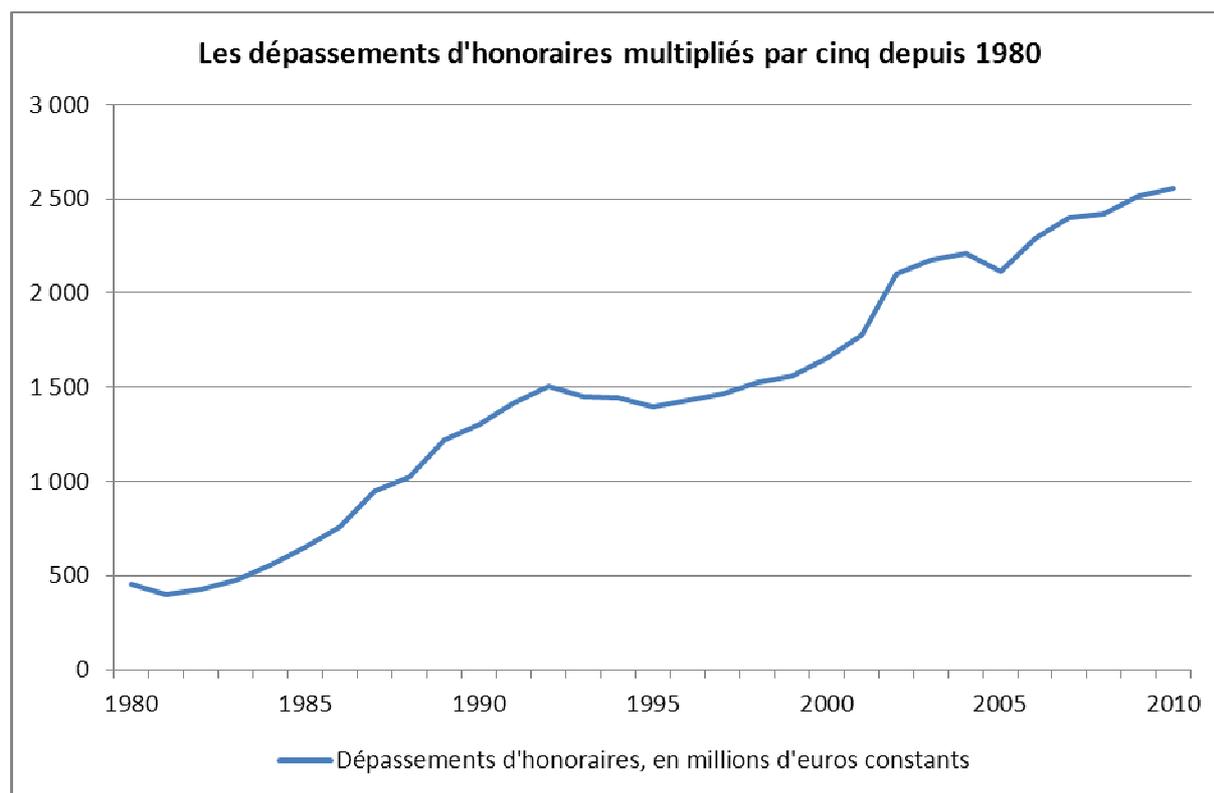
### III. Une fracture sanitaire conséquence de trois décennies de « laisser-faire »

Sur les deux aspects de l'accès aux soins, l'inquiétude des Français et les résultats de notre étude peuvent se lire comme la conséquence de trois décennies de « laisser-faire », qui ont abouti à une profonde désorganisation de notre système de santé : les dépassements d'honoraires se sont généralisés, alors qu'aucune régulation efficace de la répartition des médecins n'était entreprise.

#### Des dépassements d'honoraires multipliés par 5 depuis 1980

Les dépassements d'honoraires, c'est-à-dire la possibilité de faire payer un acte de soin plus cher que le tarif fixé par l'Assurance maladie, sont autorisés depuis 1960, mais étaient alors très limités et réservés à une minorité de médecins, selon leur notoriété. Le mécanisme s'est répandu et les dépassements ont explosé avec la création du secteur 2 de conventionnement, en 1980. Ce dernier, alors ouvert à tous les médecins, leur permet de tarifier leurs actes librement.

La restriction de l'accès au secteur 2 en 1990 aux seuls anciens chefs de cliniques et assistants des hôpitaux généraux, n'a pas permis un ralentissement significatif des dépassements d'honoraires.



Source : UFC-Que Choisir d'après les données Eco-Santé France 2012

Les dépassements d'honoraires ont été multipliés par 5 (en euros constants, c'est-à-dire en plus de l'inflation) depuis l'ouverture du secteur 2 en 1980. Malgré sa fermeture partielle en 1990, leur croissance est restée vive : ils ont doublé en 20 ans.

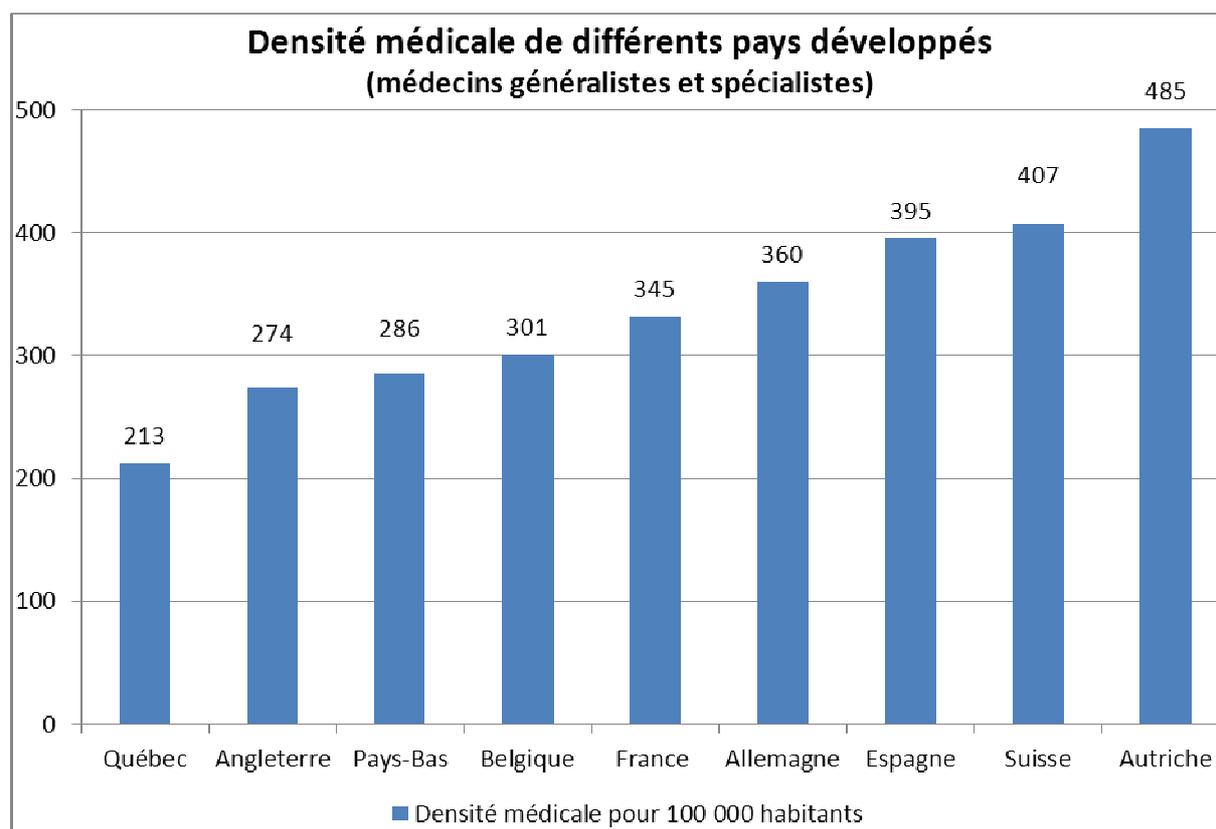
L'explosion des dépassements d'honoraires, qui pèsent désormais pour 10 % du reste à charge direct des Français<sup>8</sup>, s'est accompagnée d'une inaction bienveillante des pouvoirs publics. En effet, les dépassements d'honoraires permettent de revaloriser la rémunération des médecins sans augmenter le tarif conventionnel des actes et donc les dépenses publiques de santé. Pour cause, l'Assurance Maladie ne rembourse les actes et consultations que sur la base du tarif conventionnel. Les dépassements d'honoraires restent à l'entière charge des usagers, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur complémentaire santé.

### Les médecins laissés libres de leur lieu d'installation

En France, les médecins libéraux bénéficient d'une liberté totale d'installation : ils peuvent accéder au conventionnement de l'assurance maladie (c'est-à-dire la possibilité de voir leurs actes remboursés par l'argent public) sans condition géographique. C'est pourquoi, malgré un nombre total de médecins sur le territoire suffisant, se sont développées des inégalités territoriales en termes de densité de professionnels de santé.

### Une densité nationale de médecins dans la moyenne des pays développés

La France ne manque pas de personnel soignant. Quand on compare la situation nationale avec celle des autres pays développés, la France apparaît ainsi dans la moyenne.



Source : UFC-Que Choisir d'après chiffres de l'OMS et Eco-Santé Québec, dernières données communiquées de 2008 à 2010

Si certains pays voisins (Allemagne, Espagne) ont une densité moyenne de médecins supérieure, d'autres pays aux systèmes de santé performants (Belgique, Pays-Bas) ont eux un nombre moins élevé de praticiens.

<sup>8</sup> Source : UFC – Que Choisir, à partir des comptes nationaux de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fixe le seuil critique médical à 250 soignants pour 100 000 habitants (en ne prenant que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes)<sup>9</sup>. Avec une densité de 345 médecins pour 100 000 habitants, auxquels il faut ajouter 31 infirmières et sages-femmes, la France est ainsi largement au-dessus de cet objectif.

### L'échec des politiques incitatives

Constatant l'inégale répartition des médecins sur le territoire, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des mesures incitatives, non contraignantes, pour rendre plus attractive l'installation dans les zones sous-dotées. Les Missions Régionales de Santé (MRS)<sup>10</sup> ont ainsi été chargées de déterminer les critères pour définir les zones déficitaires, qui souffrent en particulier de pénurie de médecins spécialistes.

Les médecins s'installant dans ces zones déficitaires peuvent bénéficier d'exonérations fiscales ou de charges. La loi relative au développement des territoires ruraux<sup>11</sup> précise ces dispositions en dégageant trois niveaux géographiques<sup>12</sup>. Des aides financières aux étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle sont également proposées : indemnités de logement et d'études etc.

De plus, l'Assurance Maladie délivre des aides financières au travers de « contrats de bonne pratique » permettant d'obtenir des aides au remplacement, des majorations forfaitaires. Une majoration de 20 % du montant des consultations et visites réalisées est versée aux généralistes, sans dépense supplémentaire pour les patients. Ces aides sont délivrées en contrepartie d'exercice dans une région précise pour un temps déterminé.

Après une décennie de politiques incitatives, leur inefficacité est patente, puisqu'elles n'ont permis aucun rééquilibrage de l'offre de soins. Il apparaît que les aides financières ne sont pas le bon levier pour attirer les professionnels de santé, les médecins exerçant en zones rurales et déficitaires ayant déjà des revenus professionnels élevés. Une étude de la DREES<sup>13</sup> montre que les généralistes ont des revenus plus élevés en zone rurale qu'en zone urbaine, notamment du fait des taux de charge qui augmentent avec l'urbanisation (loyers plus élevés etc.). Un complément de salaire n'est donc pas le critère à privilégier pour inciter les médecins à s'installer dans des zones déficitaires.

---

<sup>9</sup> Rapport de la Santé dans le Monde 2006 de l'OMS

<sup>10</sup> Instaurées par la loi relative à l'Assurance Maladie n°2004-810 du 13 août 2004.

<sup>11</sup> Loi n°2005-157 du 23 février 2005

<sup>12</sup> Les communes de moins de 2 000 habitants, les zones de revitalisation rurale et les zones définies comme prioritaires par les Missions régionales de santé

<sup>13</sup> Source : N°254 de « Etudes et Résultats » de la DREES, Honoraires et revenus des professions de santé en milieu rural ou urbain, août 2003

## **IV. Lever les freins géographiques et financiers à l'accès aux soins pour réduire la fracture sanitaire**

Le constat sans appel que permet de dresser notre cartographie de l'offre médicale appelle des réponses fortes de la part des pouvoirs publics. Il convient d'agir de manière structurelle sur les freins à l'accès aux soins, géographique et financier, mais également de prendre des mesures d'urgence, en particulier concernant les dépassements d'honoraires.

### **Agir aussi par la contrainte pour garantir une meilleure répartition des médecins sur le territoire**

Le constat d'échec des politiques incitatives menées pour lutter contre les dépassements d'honoraires appelle un changement de paradigme de l'action publique, qui doit délaisser l'incitation pour aller vers davantage de contrainte.

#### **Les expériences étrangères de réduction de la liberté d'installation**

De nombreux exemples étrangers montrent la pertinence d'une action plus ferme pour assurer une présence sur tout le territoire des professionnels de santé : l'Allemagne, l'Autriche, l'Angleterre, la Suisse ou encore le Québec restreignent la liberté d'installation des médecins conventionnés, qui doivent obtenir une autorisation préalable d'installation.

Certains pays ont préféré contrôler l'installation dans des zones déjà sur-médicalisées, comme l'Allemagne où l'installation est soumise à un quota : le médecin peut s'installer si pour la spécialité demandée, le nombre de médecins ne dépasse pas 110% du quota. Dans la même logique, au Québec, les médecins doivent obtenir un avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de l'agence régionale de santé avant leur installation. Les généralistes qui exercent sans avis de conformité ont une rémunération plus faible, minorée de 30%.

D'autres pays ont opté pour une action directement sur le nombre maximal de médecins conventionnés. Les médecins autrichiens, pour être conventionnés, doivent ainsi répondre à des annonces émises par l'Assurance Maladie (pour la plupart des reprises de cabinet). Ce qui permet à l'Assurance Maladie autrichienne d'émettre des offres dans des zones où des médecins manquent et donc de contrôler leur répartition sur le territoire.

Une initiative similaire a été prise en Angleterre, où les médecins concluent un contrat avec le National Health Service (NHS)<sup>14</sup> (85% des médecins), défini en fonction des besoins et de la démographie médicale.

La Belgique et la Suisse ont pris l'initiative, respectivement, de restreindre et de geler<sup>15</sup> le nombre de médecins conventionnés. Une solution qui doit aller de pair avec un ajustement du numerus clausus, en effet la Belgique s'est vu confrontée à un trop grand nombre d'étudiants en médecine par rapport aux places conventionnées de médecins.

Les décisions d'installation peuvent enfin être confiées aux collectivités locales. Par exemple, les médecins néerlandais doivent obtenir l'autorisation de la commune pour s'installer.

---

<sup>14</sup> Système de santé publique au Royaume-Uni, équivalent de l'Assurance Maladie en France

<sup>15</sup> Gel du nombre de médecins conventionnés en Suisse sous l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur la limitation des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Pour la plupart engagées au cours de la dernière décennie, ces mesures contraignantes, aux premiers résultats encourageants, verront leur évaluation approfondie à l'avenir. De manière générale, il apparaît toutefois que l'échelle de la prise de décision du conventionnement des médecins doit se rapprocher d'un échelon plus local.

#### **Pour un conventionnement sélectif à la française**

Les effets pervers qui entourent chaque solution ne permettent pas d'en privilégier une exclusivement par rapport aux autres. Il est nécessaire de combiner les actions pour améliorer le service public rendu par les médecins libéraux.

Dans le cas français, l'UFC – Que Choisir propose d'actionner les deux leviers de l'incitation et de la contrainte. Ainsi, il est tout d'abord nécessaire de restreindre l'installation dans les zones sur-dotées : sur ces territoires, l'installation de nouveaux praticiens ne pourrait se faire qu'en secteur 1. Ainsi, les nouveaux arrivants contribueraient à réduire les inégalités d'accès aux soins, en améliorant l'offre à tarif opposable là où elle peut manquer.

Par ailleurs, les aides publiques accordées aux professionnels de santé exerçant en secteur 1 ( sous forme de prise en charge de cotisations sociales) doivent être recentrées sur les médecins exerçant dans des zones en tension. Ainsi, l'aide publique sera fonction du service public rendu par le médecin, ce qui garantira une meilleure efficacité de la dépense publique, et une plus grande justice entre médecins.

#### **Supprimer à terme les dépassements d'honoraires**

Dans l'attente des effets produits par les mesures précédentes, il convient de lutter contre l'autre obstacle à l'accès aux soins : leur prix. Si l'UFC – Que Choisir souhaite une disparition des dépassements d'honoraires, et appelle de ses vœux une large refonte de la tarification médicale, l'urgence sanitaire impose des mesures transitoires, dans l'attente de cet objectif. Un plafonnement des dépassements d'honoraires, fixé à 40 % au-delà du tarif de la sécurité sociale pour correspondre à ce qui est aujourd'hui le niveau médian de prise en charge par les contrats de complémentaire santé, permettrait à une majorité de Français de se soigner sans reste à charge (une fois le remboursement de leur complémentaire perçu).

#### **Un plafonnement des dépassements d'honoraires à 40 % réduirait la fracture sanitaire pour 25 millions de Français**

Ce plafonnement aura des répercussions positives pour une très grande part de la population. En effet, il permettrait à davantage de Français d'avoir une offre de soins avec un dépassement maximal de 40 %, c'est-à-dire sans reste à charge avec un contrat de complémentaire santé médian.

Selon les spécialités, ce serait dès lors jusqu'à 26,8 millions de Français (pour les gynécologues) qui verraient leur offre de soins s'améliorer, et qui sortiraient d'un territoire où l'offre médicale avec 40 % de dépassements est insuffisante.

Ainsi, une première étape vers l'égalité dans l'accès aux soins serait franchie, qui préfigurerait la nécessaire extinction des dépassements.

## V. Les demandes de l'UFC – Que Choisir

Le constat sévère dressé par l'UFC – Que Choisir de NANCY à partir de sa cartographie exclusive de l'offre de médecins amène l'association à demander aux parlementaires une action résolue pour réduire la « fracture sanitaire ». Celle-ci passe par des mesures de long terme comme immédiates, portant sur les tarifs et sur les lieux d'exercice des médecins :

### *1. Un conventionnement sélectif des médecins, pour tirer le constat de l'échec des actions incitatives*

Aujourd'hui libres de s'installer où ils le souhaitent, les médecins délaissent une part croissante du territoire, qu'ils ne jugent pas assez attractive. Les politiques d'incitations (primes à l'installation, rémunérations complémentaires) ont fait la preuve de leur inefficacité. C'est pourquoi il est désormais indispensable de passer à une logique contraignante, en limitant les installations de médecins dans les zones sur-dotées, ce qui permettra de combler progressivement les zones sous-dotées.

Ainsi, dans les territoires où déjà trop de médecins sont installés, il ne sera possible pour un médecin de se faire conventionner par l'Assurance maladie que s'il renonce à pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces mesures produiront leur effet en parallèle du développement à poursuivre des maisons de santé, qui améliorent les conditions d'exercice médical dans les zones déficitaires.

### *2. Réduire les aides publiques aux médecins installés en zones sur-dotées*

Parallèlement aux mesures concernant les nouveaux installés, l'UFC – Que Choisir demande que les aides publiques accordées aux médecins, sous forme de prise en charge de leurs cotisations sociales (principalement pour les médecins de secteur 1), soient conditionnées au service public qu'ils rendent. Ainsi, si ces aides doivent être maintenues dans les zones où l'on manque de médecins pour les rendre plus attractives, elles doivent être réduites, et progressivement supprimées, dans les territoires où l'offre de médecins est excédentaire.

### *3. Supprimer les dépassements d'honoraires, en les plafonnant dans la phase transitoire*

Par ailleurs, l'UFC – Que Choisir demande d'initier un réexamen de la rémunération des actes médicaux, à la hausse comme à la baisse, auquel tous les payeurs (assurance maladie, organismes complémentaires et usagers) devront être associés. Ceci constitue la seule réponse durable aux dépassements d'honoraires, en visant un objectif clair : leur extinction progressive.

En mesure transitoire, et pour répondre à l'urgence de la fracture sanitaire, les dépassements d'honoraires doivent être plafonnés à 40 % du tarif de la sécurité sociale, ce qui constitue la prise en charge médiane par les contrats de complémentaire santé.