

Chapitre VIII

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

PRÉSENTATION

La Cour a déjà examiné certains aspects de l'exercice de la médecine libérale dans ses rapports de 2000, sous l'angle des politiques conventionnelles, de 2003, dans le cadre de l'analyse des instruments de régulation des dépenses d'assurance maladie, et en 2005, au titre des actions sur les comportements des professionnels de santé d'une part et des revenus des radiologues d'autre part.

Pour le présent rapport, la Cour a porté son attention sur deux réformes récentes destinées à restructurer profondément l'organisation des soins de ville : la classification commune des actes médicaux, qui a pour objectifs de normaliser les actes techniques accomplis par les médecins et de redistribuer les revenus entre les différentes spécialités médicales, et le parcours de soins coordonné, qui réorganise l'accès et l'orientation des patients dans le système de soins.

L'importance des enjeux financiers et des incidences sur la qualité de soins ont conduit à procéder à un premier bilan de ces réformes, replacées au préalable dans le contexte de l'évolution démographique et de la politique de régulation des effectifs et des revenus des médecins qui ont connu des inflexions marquées sur la période récente.

I - La démographie médicale et l'organisation de la médecine de ville

Ces dernières années ont été marquées par le passage d'un discours dominant sur une « pléthore » médicale à celui d'une possible « pénurie » de médecins. Dès lors, se pose la question de la pertinence de ces discours et des mesures prises à partir de telles analyses. La nouvelle donne démographique met en évidence des problèmes d'organisation des soins et pourrait ainsi être l'occasion d'une réorganisation des tâches et de l'offre de soins en ville²⁰⁰.

200. Pour des raisons de disponibilité des données, les développements qui suivent ne traiteront pas de l'offre de soins ambulatoires apportée par les médecins salariés et les consultations externes des hôpitaux.

A – La situation démographique

1 – L'incertitude sur les données démographiques

a) *Les effectifs de médecins libéraux*

Au 1^{er} janvier 2006, le nombre de médecins tous modes d'exercice confondus s'élevait à 207 277 en France métropolitaine selon le fichier national de l'ordre des médecins et selon -après redressement- le répertoire ADELI (Automatisation DES LISTES des professions de santé) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé.

A cette date, la DREES dénombrait, hors DOM, 121 634 médecins libéraux, l'ordre des médecins, 110 991, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) avec son fichier SNIR (système national inter régimes) 114 615 et la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) 124 470.

Ces chiffres varient dans une fourchette de 12 % environ. Les champs couverts ne sont pas directement comparables. En outre, les données recueillies par chacun des organismes résultent de démarches distinctes et peuvent ne pas toujours être cohérentes entre elles.

Cette absence de données fiables, cohérentes et partagées est préjudiciable à la définition d'une politique sur les effectifs libéraux.

b) *Le retard pris par le projet de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)*

Un répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est actuellement en cours d'élaboration. Ce répertoire unique, reposant sur un identifiant attribué à chaque professionnel, servira de référence à tous les acteurs ayant besoin de traiter des informations relatives aux professionnels de santé. Le RPPS devrait conduire, entre autres, à une amélioration de la qualité et de la fiabilité des informations ainsi qu'à un meilleur suivi de la démographie, à la condition toutefois qu'il soit réellement partagé par tous les acteurs. Le RPPS, prévu pour être opérationnel fin 2004, ne devrait l'être qu'en 2007.

2 – Des problèmes de répartition plus que d'effectifs

a) *La baisse attendue du nombre de médecins*

La France, avec une densité²⁰¹ de 340 médecins pour 100 000 habitants en 2004, se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (289) et légèrement au-dessus de celle de l'Union européenne à 15 (326). Sa population médicale²⁰² se caractérise par un vieillissement plus marqué de sa pyramide des âges, avec un âge moyen plus élevé pour les libéraux (49,8 ans) que pour les salariés (47,8 ans) et par une féminisation accrue (38,4 %), y compris en médecine libérale, même si les femmes privilégient le salariat.

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'aujourd'hui. Cependant, la démographie médicale française devrait connaître une évolution nouvelle à partir de 2008 : le nombre de médecins, qui a constamment crû jusqu'à présent, devrait commencer à baisser. Cette inversion de tendance résulte essentiellement de la conjonction, d'une part, de l'entrée en exercice de promotions de médecins nettement moins nombreuses (en raison de la baisse du *numerus clausus* jusqu'au milieu des années 1990), d'autre part, d'importantes sorties d'activité attendues (avec la cessation d'activité des nombreux professionnels appartenant à la tranche d'âge des 45-60 ans).

Des projections démographiques ont été réalisées. L'incertitude qui affecte la connaissance des effectifs médicaux libéraux actuels selon les sources se retrouve dans les projections démographiques sur l'évolution du nombre de médecins libéraux à l'horizon 2025. Pour la CARMF²⁰³, les effectifs de médecins libéraux chuteraient de 25 % d'ici 2025. Selon les projections de la DREES²⁰⁴, le nombre total de médecins en activité devrait diminuer de près de 10 % sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 à partir de 2006. Cette diminution concernerait essentiellement les médecins libéraux dont le nombre diminuerait de 15 % de 2002 à 2025, mais toucherait peu les médecins salariés. Toujours d'après ces travaux de la DREES, la densité médicale globale devrait reculer d'environ 15 % (de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2002 à 283 en 2025, soit un niveau équivalent à celui de 1985). Dans ces conditions,

201. Source des données chiffrées sur la densité : Eco-santé OCDE-IRDES.

202. Source des données chiffrées sur l'âge et le taux de féminisation : fichier ADELI de la DREES, 1^{er} janvier 2006.

203. Source : CARMF, dossier de presse « les vrais chiffres de la démographie des médecins libéraux », décembre 2006.

204. Source : DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », Etudes & Résultats n° 352, novembre 2004.

il paraît difficile d'évoquer un risque de « pénurie » comme on l'entend fréquemment et cela même si la hausse attendue de la demande de soins médicaux, suite notamment à l'accroissement et au vieillissement de la population, doit être prise en considération.

b) Des inégalités de répartition

Plus que par une insuffisance globale de praticiens, la France se caractérise par leur inégale répartition tant territoriale que disciplinaire.

De fortes disparités territoriales

Les médecins disposent du libre choix de leur lieu d'exercice. Ce principe de libre installation a entraîné de fortes disparités de densité médicale. Selon le fichier SNIR 2004 de la CNAMTS, la densité des omnipraticiens libéraux qui est en moyenne de 100 pour 100 000 habitants en France descend à 75 en Seine Saint Denis pour atteindre 136 dans les Pyrénées Orientales, tandis que la densité des spécialistes libéraux qui est de 88 pour la France, chute à 34 en Lozère et culmine à 244 à Paris.

La répartition géographique des médecins libéraux, à l'instar de celle de l'ensemble du corps médical, montre de manière générale un héliotropisme marqué et donc une opposition très forte entre le nord et le sud du pays, exception faite de l'Ile-de-France. Les zones dans lesquelles des problèmes existent sont des zones rurales isolées et la périphérie de certaines villes.

Des analyses à un niveau géographique plus fin ont été menées par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), l'assurance maladie et les missions régionales de santé (MRS). Les MRS sont chargées notamment de déterminer les orientations relatives à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et sont ainsi chargées d'identifier les zones déficitaires en matière d'offre de soins médicaux.

Si les conclusions des travaux de l'assurance maladie et des MRS aboutissent à un résultat équivalent (4 % de la population seraient concernées par des difficultés d'accès aux soins de premier recours, ce qui conduit à relativiser le constat de « pénurie »), les zones déficitaires définies par la CNAMTS et les MRS ne se superposent que partiellement : sur 4 078 communes en zone déficitaire, les deux études en partagent seulement 1 000. Par exemple, en région PACA, la CNAMTS a identifié des zones sous dotées voire très sous dotées alors que les MRS n'en observent aucune. Inversement, en région Auvergne, les MRS relèvent plus de 400 communes déficitaires quand la CNAMTS

en trouve moins d'une centaine, sachant que le nombre de communes sous dotées identifiées comme telles par les deux approches simultanément est d'une cinquantaine. Les raisons de ces écarts tiennent à des méthodes d'analyse différentes : l'étude de l'assurance maladie part de données nationales, celle des MRS de données régionales dont celles issues de la connaissance des acteurs de terrain. On trouvera, ci-après, la carte de la répartition des omnipraticiens libéraux par bassin de vie établie par la CNAMTS selon que la zone est sous dotée voire très sous dotée ou, au contraire, sur dotée voire très sur dotée, et la carte des communes déficitaires en médecins généralistes²⁰⁵ définies par les MRS.

Le zonage réalisé par les MRS s'avère hétérogène car les méthodes utilisées ont différé en fonction de la région. Cette situation pose problème car le classement des zones est opposable aux partenaires conventionnels en application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que les aides conventionnelles à l'installation et à l'exercice ne seront attribuées que dans ces zones déficitaires. Les MRS devraient être prochainement chargées de redéfinir les zones déficitaires en médecins généralistes sur la base d'une approche homogène entre régions. Une telle méthode plus homogène de détermination de ces zones s'impose d'autant plus que la réduction globale du nombre de médecins risque d'accentuer les disparités.

Des déséquilibres entre spécialités

La forte croissance du nombre de médecins (en ville et à l'hôpital) s'est accompagnée d'une augmentation encore plus forte du nombre de spécialistes qui sont désormais majoritaires (51 %). Chez les médecins libéraux, les effectifs des spécialistes (53 645 selon la CNAMTS au 31 décembre 2005), tout en restant inférieurs à ceux des omnipraticiens (60 970 dont 54 297 généralistes), ont aussi progressé plus fortement.

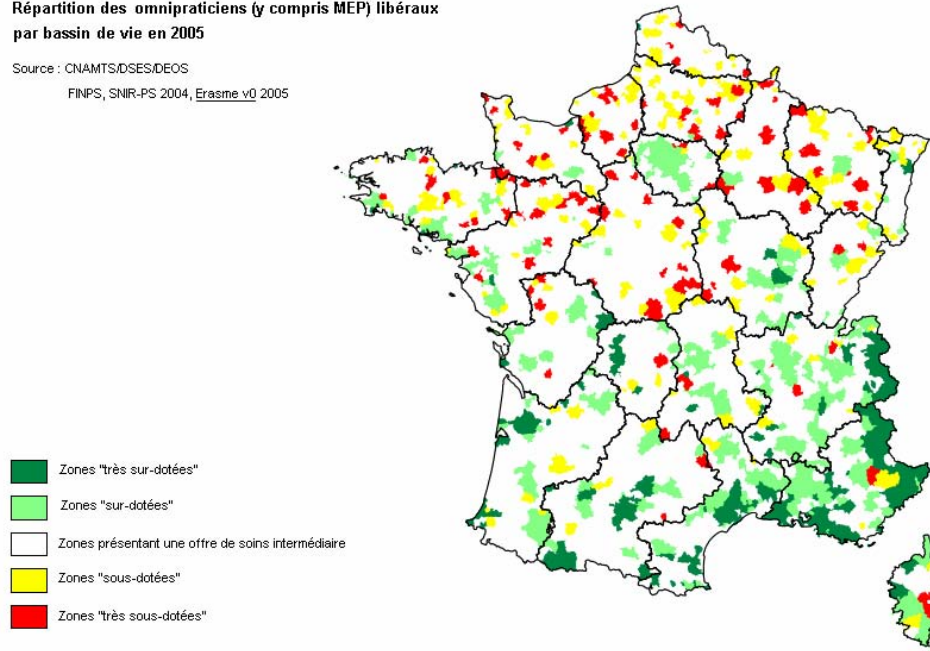
Par ailleurs, les effectifs des différentes spécialités n'évoluent pas au même rythme. Les travaux de la DREES montrent, sur l'ensemble des médecins, que les spécialités les plus touchées par la diminution attendue des effectifs seraient l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL.

205. Les travaux ont pu porter sur les omnipraticiens, notamment en Ile de France, ou sur les seuls généralistes. Cette différence cependant n'explique pas les écarts observés entre les deux études.

Répartition des omnipraticiens libéraux par bassin de vie (analyse CNAMTS)

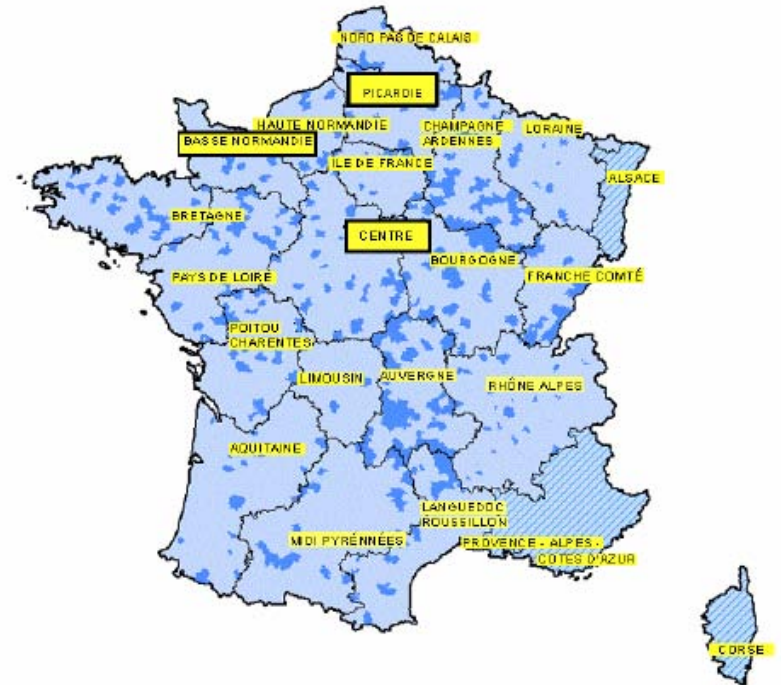
Répartition des omnipraticiens (y compris MEP) libéraux par bassin de vie en 2005

Source : CNAMTS/DSES/DEOS
FINPS, SNIR-PS 2004, Erasme v0 2005



EV0 2005 (non std)
CNAMTS/DSES/DEOS - Avril 2006

Communes déficitaires en médecins généralistes (analyse des MRS)



exemples de régions ayant une densité médicale parmi les plus faibles : **MIDI PYRÉNÉES**, **PICARDIE**
 communes à faible densité médicale : ●
 régions sans communes à faible densité médicale :

Il n'en reste pas moins que la médecine générale souffre d'une désaffection marquée alors qu'elle est reconnue depuis 2004 en tant que spécialité. En témoignent, par exemple, les affectations en troisième cycle des études médicales suite aux épreuves classantes nationales (ECN) de 2004, 2005 et 2006, où les centaines de postes non pourvus ont été, pour la quasi-totalité, des postes en médecine générale (voir infra). Or, médecin de premier recours, le généraliste est le maillon essentiel dans le parcours de soins coordonné. Il y a là un paradoxe fort entre la désaffection actuelle vis-à-vis de cette spécialité et les attentes à l'égard du généraliste pour la rationalisation et l'optimisation des soins.

B – La démographie médicale et l'organisation du système de soins

L'avenir de la démographie médicale pose un problème d'organisation du système de soins. En effet, les besoins en médecins et donc leur nombre sont largement dépendants des missions qu'ils remplissent et de l'organisation du système dans lequel ils exercent.

1 – Un pilotage non encore abouti

Début 2007, le transfert recommandé par la Cour en 2002 des questions de démographie médicale de la direction générale de la santé (DGS) à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la santé était toujours en attente. Pour mémoire, la Cour²⁰⁶ estimait en 2002 « problématique (...) le maintien à la DGS des questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé, alors que l'organisation des soins, pilotée par la DHOS, dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins ». Le transfert devrait donc permettre, outre la fin de difficultés de coordination, la mise en évidence du lien étroit entre la démographie médicale et l'organisation de l'offre de soins.

Par ailleurs, plusieurs outils de pilotage ont été créés ces dernières années. L'ONDPS, créé en 2003, a pour mission le diagnostic national comme régional de la démographie des professions de santé. Ses travaux, qui se caractérisent par le rassemblement des données démographiques disponibles et leur confrontation, sont essentiels. Puis, la loi relative à l'assurance maladie de 2004 a institué les MRS et le comité de la démographie médicale. Ce comité a pour objet la transmission d'un avis sur le *numerus clausus* alors que l'ONDPS est chargé, depuis le plan de démographie médicale de janvier 2006, d'émettre un avis sur les effectifs

206. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, pp. 185 et suivantes.

à former. Cette redondance ne s'est néanmoins pas encore exprimée, le comité de la démographie médicale restant un acteur virtuel en l'absence de nomination de ses membres et l'élargissement des missions de l'ONDPS, mentionné dans le plan de démographie médicale de janvier 2006, n'ayant pas encore été mis en œuvre. Enfin début 2007, l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires a prévu la création d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale pour évaluer l'efficacité de l'aide.

Si l'intérêt de disposer d'outils de pilotage est évident, la multiplication d'instances ayant des finalités communes doit être supprimée.

2 – L'inadaptation des mesures de régulation

Différentes mesures de régulation sont intervenues sans cohérence entre elles ni avec le contexte.

a) Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA)

Il y a quelques années le discours dominant dénonçait une « pléthore » de praticiens. Les pouvoirs publics mettaient alors en place un régime de pré retraite (le MICA), destiné aux médecins libéraux conventionnés et ayant pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses. Ce régime a rencontré un grand succès auprès des médecins libéraux et un quart de ceux âgés de 57 à 65 ans en ont bénéficié. Son coût total pour la période 1998 à 2006 a été de 1 136 M€ dont 774 M€ à la charge de l'assurance maladie (le reste étant à la charge des médecins en activité).

Le MICA a été ouvert aux praticiens jusqu'en 2003 et même avec des dérogations jusqu'en 2004, alors que des questions sur l'éventuelle « pénurie » de médecins étaient déjà à l'ordre du jour. Désormais, les actions visent à prolonger l'activité professionnelle des médecins au moyen notamment du dispositif de cumul emploi/retraite.

b) Le numerus clausus

De même, les actions sur le *numerus clausus*, qui fixe le nombre de places en deuxième année de médecine, ont été très contrastées depuis sa création en 1971. La recherche d'une maîtrise des dépenses par la limitation du nombre de prescripteurs a conduit à une forte baisse du *numerus clausus* qui est passé de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993. A

l'inverse, depuis le début des années 2000 et l'émergence du discours sur une possible « pénurie », le *numerus clausus* a été relevé de 3 850 en 2000 à 7 100 en 2007.

Il résulte de la réduction du *numerus clausus* durant les années 90, que le nombre de médecins entrant actuellement en activité n'a jamais été aussi faible. Le *numerus clausus* a ainsi évolué de façon trop « tranchée » depuis son instauration.

Par ailleurs, sa fixation constitue un exercice délicat en raison de l'interaction de nombreuses variables déterminantes de l'offre et de la demande de soins médicaux, outre la méconnaissance des besoins dans l'absolu. De plus, le *numerus clausus* n'a de conséquence sur l'offre de soins que dix ans plus tard compte tenu de la durée des études médicales.

Enfin, la fixation du *numerus clausus* par arrêté pris conjointement par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé n'est pas utilisée comme un instrument de meilleure répartition géographique. Alors que l'augmentation du *numerus clausus* de 6 200 en 2005 à plus de 7 000 à partir de 2006 et jusqu'à 2010 offre une opportunité d'influer sur la répartition géographique des médecins dès leur formation, l'arrêté du 19 avril 2006 fixant le *numerus clausus* pour l'année universitaire 2005-2006, a augmenté de façon homothétique (+ 12 %) le *numerus clausus* de chaque faculté. Ce faisant, l'arrêté a privilégié la logique universitaire au détriment du besoin médical et renforcé les déséquilibres de densité médicale.

c) *Les épreuves classantes nationales (ECN)*

Les épreuves classantes nationales (ECN) qui se sont substituées aux concours de l'internat en 2004 sont le passage obligé pour l'accès au troisième cycle des études médicales. A la différence des concours de l'internat, les ECN concernent tous les futurs médecins qu'ils se destinent à la médecine générale ou à une autre spécialité : tous doivent, en fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, choisir une discipline parmi les onze proposées et un lieu de formation (parmi les vingt huit « subdivisions » existantes).

Parmi ces onze disciplines, neuf disciplines sont constituées d'une unique spécialité ²⁰⁷, les deux autres (la discipline « spécialités

207. Il s'agit de l'anesthésie-réanimation, de la biologie médicale, de la gynécologie médicale, de la gynécologie obstétrique, de la médecine générale, de la médecine du travail, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la santé publique.

médicales²⁰⁸ » et la discipline « spécialités chirurgicales ») regroupant chacune plusieurs spécialités.

Ce système ne permet pas de réguler la répartition entre spécialités en raison d'un nombre de postes offerts aux étudiants toujours supérieur au nombre de postes choisis même si, comme cela a été le cas en 2006 contrairement aux années précédentes, le nombre de candidats inscrits aux épreuves était supérieur au nombre de postes offerts. Ainsi en 2006, il y avait 5 176 candidats inscrits aux ECN pour 4 760 postes ouverts, mais en raison de l'absence des étudiants aux épreuves (276) ou de la non validation de leur deuxième cycle d'études médicales (375) permise par la pratique des redoublements de complaisance ou de démissions (95), seuls 4 430 postes ont été pourvus. 330 postes sont ainsi restés vacants, quasi exclusivement en médecine générale²⁰⁹ alors même que le nombre de postes offerts dans cette spécialité avoisinait les 50 % du total des postes offerts.

Postes pourvus à l'issue des ECN

ECN	2004	2005	2006
Postes offerts	3 988	4 803	4 760
Postes pourvus	3 368	3 822	4 430
Postes non pourvus	620	981	330
Médecine générale MG			
Postes offerts	1 841	2 400	2 353
Postes pourvus	1 232	1 419	2 030
Postes non pourvus	609	981	323
Ratio	2004	2005	2006
Postes offerts MG /Total postes offerts	46%	50%	49%
Postes pourvus MG /Total postes pourvus	37%	37%	46%

Source : Données ministère de la santé

Il conviendrait donc notamment de réguler le nombre de postes offerts de façon à ce que *in fine* le ratio de postes pourvus en médecine générale sur le total des postes pourvus atteigne le seuil de 50 %.

Afin d'atteindre cet objectif, le nombre de postes offerts en médecine générale rapporté au total des postes offerts devrait dépasser la

208 .La discipline « spécialités médicales » comprend 17 diplômes d'études spécialisées (DES) qui vont de la cardiologie à la rhumatologie en passant par la dermatologie.

209. Ces postes vacants en médecine générale sont de plus inégalement répartis sur le territoire : ils correspondent notamment aux villes moyennes de la périphérie du bassin parisien (comme les subdivisions d'Amiens, Angers, Caen, Dijon, Reims, Rouen, Tours). Source : DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des ECN 2006 », Etudes & Résultats n° 571, avril 2007.

barre des 50 % et ce d'autant plus qu'il convient également de tenir compte de la désaffection qui se produit en cours d'activité au détriment de la médecine générale. Une enquête de l'ordre des médecins publiée en septembre 2006 montre en effet que sur les 96 275 médecins généralistes recensés tous statuts confondus, seulement 62 % déclarent exercer exclusivement la médecine générale, tandis que 14 % d'entre eux ne la pratiquent qu'à temps partiel et que 24 % ne la pratiquent plus du tout.

d) Les aides financières incitatives

L'Etat, l'assurance maladie ou encore les collectivités territoriales ont été amenés à prendre ces dernières années des mesures financières incitatives en faveur des zones sous médicalisées. On notera, notamment, la majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires prévue par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie et négociée au début de l'année 2007 (voir infra), les aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé et les aides aux étudiants en médecine prévues par la loi relative au développement des territoires ruraux de 2005, les dispositifs d'exonération fiscale notamment en zone déficitaire, en zone franche urbaine (ZFU) ou de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale (ZRR), le dispositif de dérogation au parcours de soins prévu par la LFSS 2006 pour les consultations auprès d'un médecin généraliste s'installant en zone déficitaire, les contrats de bonne pratique (CBP) mis en œuvre en 2005 par l'assurance maladie, enfin les nombreuses mesures incitatives prises au niveau régional ou local²¹⁰.

Comme le suggère cette liste, ces aides sont nombreuses, voire foisonnantes au niveau régional et local, rendant encore plus illisible le système. Leur recensement est difficile à faire. Ces aides ne sont, dès lors, pas forcément connues des intéressés. Sur ce point, des mesures pour une meilleure information des professionnels de santé ont été prises dernièrement comme la mise au point des outils « CartoS@nté » et « InstalS@nté ».

Ces aides ne sont pas systématiquement évaluées ce qui peut s'expliquer par le caractère récent de la plupart d'entre elles. Certaines

210. Dans le cadre de son enquête sur les mesures nationales, régionales et locales de régulation de la répartition géographique des professionnels de santé, l'IRDES a ainsi identifié en 2005 137 mesures régionales ou locales. Parmi celles-ci, on trouve notamment des aides pendant la formation des professionnels de santé par exemple sous la forme de bourses d'étude sous condition de stage ou d'installation dans la région.

aides peuvent être significatives en montant²¹¹. En outre, pour les mesures régionales et locales, se pose la question de leur mise en cohérence par rapport à une évaluation nationale des besoins en professionnels de santé.

Enfin, ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération. Sur ce dernier point, selon les statistiques de la CNAMTS, les régions où la densité médicale est la plus forte sont aussi celles où les honoraires moyens par médecin sont les plus faibles. Selon le fichier SNIR 2004 de la CNAMTS, les honoraires moyens par médecin actif à part entière s'élevaient à 171 000 € dans la Mayenne où la densité est de 121 médecins libéraux pour 100 000 habitants tandis que ces mêmes honoraires sont de 148 000 € dans les Bouches-du-Rhône où la densité s'élève à 273.

3 – L'intérêt des mesures axées sur l'organisation

a) La coopération entre professionnels de santé

L'évaluation des besoins en médecins est liée à la redéfinition réglementaire de leurs compétences dans le but de les utiliser de manière optimale. Les transferts de compétences entre professionnels de santé devraient ainsi permettre selon un récent rapport²¹² « de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques existantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux ».

Des expérimentations ont été réalisées en 2005, d'autres étaient en cours en 2006 et début 2007. La Haute Autorité de santé (HAS) a été chargée par le ministre de la santé d'établir une recommandation sur la coopération entre professionnels de santé ; les résultats seront disponibles à la fin 2007. Sans attendre, en application de la LFSS 2007, les

211. Ainsi en 2005, les seules exonérations ZFU, au demeurant indûment classées par la DGI dans les charges professionnelles, ont représenté un montant de 102 M€ qui ont bénéficié à plus de 2 700 médecins soit en moyenne une réduction d'impôt de plus de 37 000 € par médecin concerné.

212. Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », rapport d'étape, octobre 2003.

opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs suite à un décret du 13 avril 2007 et les infirmiers peuvent prescrire certains dispositifs médicaux suite à un arrêté du 13 avril 2007.

b) Les mesures d'adaptation du mode d'exercice

En France, l'exercice médical reste encore majoritairement organisé sur un mode individuel. Ce modèle ne correspond cependant plus aux aspirations des jeunes médecins pour des raisons de qualité de vie (limitation des plages horaires,...) et de mode d'exercice professionnel (rejet d'une pratique isolée,...). La féminisation du corps médical renforce ces tendances. Dans ces conditions, les mesures visant à mieux organiser le travail des médecins et à rompre leur isolement, semblent mieux répondre au problème du choix du lieu d'installation.

C'est ainsi qu'ont été prises dernièrement diverses mesures pour permettre un exercice en lieux multiples, mettre en œuvre le statut de collaborateur libéral, favoriser des formes d'exercice en groupe ou faciliter l'accès aux technologies de l'information et de la communication.

4 – La nécessité d'une politique plus volontariste

Lors de la négociation début 2007 de l'avenant conventionnel relatif au dispositif de majoration forfaitaire de 20 % de la rémunération des médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe dans les zones déficitaires, l'assurance maladie avait prévu, parallèlement, de réguler la démographie médicale dans les zones sur médicalisées en réduisant de 20 % sa participation aux cotisations sociales des médecins qui s'installeraient dans les zones très sur dotées. Mais cette proposition n'a pas été retenue dans l'accord. L'avenant signé²¹³ prévoit seulement la réalisation au premier trimestre 2009 d'un bilan du dispositif d'aide pour permettre aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets de l'aide se révélaient insuffisants. Pourraient ainsi être appliquées des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones très surdotées. Sur ce point, la Cour estime que des mesures de régulation financières dans les zones sur médicalisées devront être mises en œuvre si les effets de l'aide s'avéraient insuffisants.

213 . Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Les politiques suivies jusqu'à présent pour réduire les disparités territoriales en matière d'offre de soins ont toujours privilégié les mesures incitatives et préservé la liberté d'installation. Le plan de démographie médicale libérale lancé en janvier 2006 est ainsi strictement incitatif alors que la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 entre l'Etat et la CNAMTS prévoit l'étude par l'assurance maladie des solutions propres à régler les questions liées aux zones sur médicalisées.

Les inégalités d'accès aux soins qui risquent de s'aggraver du fait de la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire plaident pour des mesures plus contraignantes comme la Cour l'a déjà écrit dans son rapport public thématique sur les personnels des établissements publics de santé de 2006²¹⁴. S'il paraît difficile de refuser le conventionnement de nouveaux médecins dans les zones excédentaires, il convient de réguler la liberté d'installation des médecins s'installant par des mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire autres pénalités financières).

II - Les rémunérations et les revenus des médecins libéraux

Les revendications financières des médecins libéraux sont permanentes, les crises récurrentes, les actions médiatiques fréquentes. Bien que multiples, ces revendications se focalisent sur quelques sujets emblématiques et constants comme la revalorisation du tarif de la consultation ou le droit à dépassement des tarifs opposables.

214. Il est fait observer que le protocole d'accord signé le 19 avril 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux et relatif à la revalorisation des tarifs prévoit ainsi d'« instaurer prioritairement une régulation de l'évolution démographique des infirmiers libéraux organisant les installations dans les régions où la densité en infirmiers libéraux est la plus faible ». Depuis, le protocole d'accord signé le 22 juin 2007 entre l'UNCAM et les infirmiers libéraux prévoit que, dans les bassins de vie à forte densité d'infirmiers libéraux, seuls les départs ouvriront l'accès à de nouveaux conventionnements. Parallèlement, dans les bassins de vie où la densité est particulièrement faible, des mesures d'incitation à l'installation seraient développées par les caisses d'assurance maladie et les installations en groupe seraient favorisées. Ce dispositif nécessite toutefois un aménagement du cadre juridique.

En 2004²¹⁵, les recettes libérales des 114 160 médecins présents au 31 décembre 2004 dans la base du SNIR²¹⁶ représentaient un montant tous régimes de 18 149 Md€ dont 1 974 M€ de dépassements.

Selon une étude de la DREES conduite selon des modalités décrites plus loin, la recette brute, rapportée au médecin, était de l'ordre de 159 800 € et le revenu d'activité libérale, net de charges professionnelles, était d'environ 80 600 €

Des écarts substantiels de revenu net sont observés entre les radiologues (197 800 €) et les psychiatres (58 500 €) ainsi que les pédiatres et les dermatologues (61 100 €). Le revenu net des omnipraticiens était, quant à lui, de 61 800 €

Un examen attentif des méthodes d'élaboration de ces données révèle de nombreuses lacunes et insuffisances. Ces informations montrent cependant des évolutions notables caractérisées notamment, au cours de ces toutes dernières années, par une dérive des dépassements d'honoraires.

A – Qu'entend-on par « revenus » des médecins libéraux ?

Les organisations professionnelles de médecins libéraux justifient leur demande de revalorisation tarifaire par la nécessaire évolution de leur revenu, sans définir clairement les motifs de cette revendication : maintien, rattrapage ou augmentation de pouvoir d'achat, réévaluation de leur position dans l'échelle française des revenus.

Confrontés à cette demande récurrente et sans fondement explicite, les pouvoirs publics et l'assurance maladie opposent plusieurs constats :

- le pouvoir d'achat²¹⁷ des médecins libéraux a augmenté ;
- leur revenu a évolué plus favorablement que celui des salariés²¹⁸ ;
- l'évolution des tarifs n'est pas le seul facteur de croissance du revenu : s'y ajoutent trois déterminants essentiels que sont le volume

215. Les données 2005 sont encore provisoires et doivent être utilisées avec prudence compte tenu de reports de liquidation importants opérés de 2005 sur 2006 (en raison de l'entrée en vigueur de la T2A et de la CCAM) et de la non alimentation du SNIR par huit régimes spéciaux (soit 2,6 % des dépenses).

216. Le SNIR est le système national collectant les données de tous les régimes.

217. Le pouvoir d'achat est calculé en déflatant le revenu net de charges du coût de la vie (indice des prix à la consommation de l'INSEE) : c'est le revenu en monnaie constante.

218. DREES, Etudes et résultats n° 578, juin 2007.

d'actes réalisés, l'évolution des charges à déduire de la recette brute et la structure des actes.

C'est dans cette optique qu'a été présentée en annexe du PLFSS pour 2007 l'analyse suivante fondée pour la dernière année sur des données provisoires²¹⁹:

« Entre 2000 et 2004, en monnaie constante, les revenus des généralistes ont progressé annuellement de 2,6 % et celui des spécialistes de 3,1 %. Cette hausse du pouvoir d'achat des médecins est supérieure à celle observée sur la même période pour l'ensemble des salariés. En effet, entre 2000 et 2004, la progression annuelle du pouvoir d'achat du salaire moyen net s'est limitée à 0,4 %, le salaire minimum progressant quant à lui à un rythme annuel de 2,1 %, supérieur à la progression du salaire moyen net mais inférieur à la progression du pouvoir d'achat des médecins ».

Cette formulation, outre qu'elle se concentre exclusivement sur l'évolution et non sur les niveaux des revenus, prête à confusion en mentionnant le terme de « revenu » des médecins et ouvre un débat très complexe en introduisant une comparaison avec le revenu d'activité des salariés.

1 – Les informations disponibles sur les revenus d'activité libérale des médecins.

Les informations disponibles sur le revenu d'activité libérale des médecins puisent leur source dans les travaux de la DREES²²⁰, régulièrement publiés depuis plusieurs années. Ces derniers alimentent l'annexe du PLFSS ainsi que les études de l'INSEE²²¹. Par ailleurs, l'un des indicateurs des programmes de qualité et d'efficacité prévu dans la LFSS (non renseigné en 2007) semble reprendre le même concept de revenu annuel moyen net de charges des médecins. Il importe donc que ces informations soient clairement définies et établies sur des bases incontestables.

a) Méthode utilisée par la DREES

La DREES utilise deux sources d'informations : le SNIR pour les recettes libérales et les données de la DGI, à savoir les déclarations fiscales des médecins faites au titre des bénéfices non commerciaux

219. Point 3.1.2 de l'annexe 7 réalisé à partir des travaux de la DREES.

220. Cf. en dernier lieu Etudes et résultats n° 562 mars 2007.

221. Les revenus d'activité des indépendants, INSEE Références édition 2006.

(BNC) sur le formulaire 2035 qui comporte recettes et charges professionnelles déductibles.

Pour estimer le revenu d'activité libérale net de charges avant impôts, la DREES croise ces deux fichiers. A partir des déclarations fiscales, elle calcule la part des débours (chèques impayés notamment) et la part des honoraires rétrocédés aux médecins remplaçants ainsi que le taux des charges professionnelles déductibles : elle applique ensuite ces résultats à la masse d'honoraires comptabilisés dans le SNIR.

b) Approximations et lacunes de la méthode

Elles sont nombreuses et concernent à la fois les recettes prises en compte et les modalités de passage des recettes brutes aux revenus nets.

Pour les recettes, deux problèmes de nature différente doivent être distingués :

- le premier, crucial, caractérise l'ensemble des professions indépendantes et réside dans le fait qu'elles ont souvent également une activité salariée : le revenu d'activité libérale ne représente donc qu'une partie, au demeurant variable selon les individus, du revenu total d'activité, seule référence pertinente dans toute comparaison avec les professions salariées.

D'après les carnets statistiques²²² de la CNAMTS, les médecins à exercice libéral exclusif²²³ représentent 80 % du total des médecins libéraux : 20 % des médecins libéraux perçoivent donc des salaires en complément de leur activité libérale. Ce pourcentage serait, toutefois, bien supérieur. Des travaux en cours de la DREES l'évaluent à 41 %²²⁴. La polyactivité, au demeurant très variable selon les spécialités, semble croître avec l'âge chez les hommes. C'est parmi ceux de 50 à 55 ans qu'elle est la plus répandue. Toujours selon ces travaux, l'impact de l'activité salariée sur le revenu est important : pour les médecins libéraux qui perçoivent des salaires, ceux-ci constituent en moyenne 13 % de leurs revenus d'activité et ce pourcentage augmente avec l'âge (17 % des revenus pour les médecins de plus de 55 ans qui perçoivent des salaires).

222. Exploitation annuelle du SNIR-professionnels de santé.

223. Ce calcul ne tient pas compte des praticiens hospitaliers à temps plein ayant une activité privée.

224. Ces travaux confirment une précédente enquête de la DREES réalisée entre 1996 et 1999 portant sur un échantillon de 900 médecins dans laquelle plus d'un tiers des généralistes et la moitié des spécialistes libéraux déclaraient une activité mixte leur procurant respectivement 15 % et 28 % des recettes libérales.

Il conviendrait donc d'adopter une double démarche : d'une part, calculer le revenu d'activité libérale pour les médecins n'ayant aucune activité salariée, d'autre part calculer le revenu complet d'activité pour l'ensemble des médecins. Or, la DREES utilise une méthode intermédiaire qui consiste à rapporter à chaque médecin, ayant ou non une activité salariée, la seule recette libérale de l'ensemble des médecins²²⁵. Cette méthode a pour conséquence mécanique de mentionner un revenu libéral moyen par médecin peu pertinent, sous-évalué pour les médecins à exercice exclusivement libéral, surévalué pour les médecins à activité mixte et surtout de minorer le revenu moyen total.

- le second problème relatif aux recettes libérales prises en compte réside dans leur non exhaustivité : celle-ci tient à la nature du système d'information utilisé, le SNIR, alimenté par la liquidation des feuilles de soins présentées au remboursement et par certains versements faits aux médecins par les caisses (forfaits, aides à la télétransmission, primes de responsabilité civile professionnelle²²⁶) en France métropolitaine.

En 2004, le montant d'honoraires comptabilisé dans le SNIR (18 149 M€) était ainsi sous-évalué d'environ 5 % (938 M€).

Décomposition des honoraires non pris en compte

D'une part, il manque des honoraires²²⁷ : ceux non présentés au remboursement (198 M€), les soins financés par l'aide médicale d'Etat (40 M€), les honoraires des médecins non conventionnés (97 M€), les soins délivrés dans les DOM (407 M€).

D'autre part, lors de l'établissement annuel des comptes nationaux de la santé, le montant issu du SNIR peut être corrigé à la hausse (par exemple de 206 M€ en 2004) lorsque l'évolution des honoraires issue du

225. La DREES prend aussi en compte tout honoraire à partir du premier euro alors que la CNAMTS exploite en routine un sous-groupe plus représentatif de l'activité réelle appelé « actifs à part entière (APE) qui soustrait tous les médecins installés ou partis en cours d'année, ceux âgés de 65 ans qui continuent leur activité, ceux qui sont non conventionnés (876 en 2004) et ceux qui exercent à temps plein à l'hôpital. La prise en compte des honoraires des seuls médecins APE conduirait à minorer les recettes brutes de 1,5 % chez les omnipraticiens et de 7,7 % chez les spécialistes.

226. Il s'agit notamment de la prise en charge depuis 2006 par l'assurance maladie d'une part importante (entre 66 et 55%) des primes de responsabilité civile payées par les obstétriciens, les chirurgiens et les anesthésistes dans la limite d'un seuil respectif de 18 000, 15 000 et 7 000€

227. Il n'est pas question ici des paiements en liquide exigés par certains professionnels de santé qui, selon des témoignages récents, n'ont pas disparu.

SNIR paraît trop faible par rapport à l'évolution observée pour le régime général, ce qui laisse penser que les données du SNIR sont incomplètes.

En outre, ce montant de recettes n'intègre pas diverses aides directes (par exemple aides à la reconversion vers la médecine du travail ou forfaits pour la formation continue).

Enfin n'apparaît pas l'aide que constitue la part des cotisations sociales des médecins de secteur 1, payée par les caisses d'assurance maladie en contrepartie du respect des tarifs opposables : selon la CNAMTS, cette dépense était de 1,15 Md€²²⁸.

c) Les incertitudes liées aux modalités de passage des recettes brutes aux revenus d'activité libérale (recettes nettes)

Deux problèmes doivent être mentionnés :

- le premier est lié à l'absence de distinction des déclarations fiscales selon le secteur conventionnel auxquels appartiennent les médecins (secteur 1 ou 2)²²⁹ ;

En conséquence, la DREES calcule le revenu moyen par spécialité tous secteurs confondus : au niveau des recettes, les dépassements d'honoraires du secteur 2 sont donc lissés sur l'ensemble des médecins. De même les charges sont lissées sans tenir compte de la différence importante qu'engendre la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des médecins de secteur 1 ;

- le second problème réside dans la déperdition importante du nombre de médecins dont les revenus sont finalement retenus : celle-ci résulte principalement de la constitution même du fichier DGI relatif aux BNC mais aussi de certains choix statistiques de la DREES.

228. Dans les comptes nationaux de la santé, ce montant figure dans les agrégats de la dépense de santé par type de financeur, en subvention en faveur du système de soins sous l'intitulé « subvention aux ménages ».

229. Les déclarations fiscales prévoient pourtant cette information mais elle est mal renseignée (seuls 34 % des médecins remplissent la rubrique). Une case « code d'activité » figure sur la fiche récapitulative BNC 2035 avec 4 occurrences : C1 (secteur 1 sans droit à dépassement), C2 (secteur 1 avec droit à dépassement), C3 (secteur 2 avec honoraires libres), C4 (médecin non conventionné).

Nombre de médecins pris en compte dans les bases de référence

	CNAMTS	DGI	DREES
Omnipraticiens	60 832	58 668	58 050
Sous total des 16 spécialités traitées par la DREES	49116	38258	36 728
Total des spécialistes	53 328	39 465	
Médecins et étudiants remplaçants		13 982	
Total général	114 160	112 115	94 778

Source : CNAMTS, DGI, DREES

Le regroupement croissant des médecins en sociétés, en particulier en sociétés d'exercice libéral (SEL) créées en 1990 et soumises à l'impôt sur les sociétés, réduit d'autant le nombre de médecins déclarant leurs recettes en BNC²³⁰. Cette déperdition concerne plus de 12 000 médecins pour l'essentiel des spécialistes²³¹.

Par ailleurs, la DREES n'estime les revenus que des 16 spécialités les plus importantes sur les 24 répertoriées dans le SNIR, ce qui écarte quelque 1 200 médecins. Ses méthodes de lissage conduisent enfin à l'éviction de 1 530 autres déclarations : « les déclarations fiscales ayant des honoraires supérieurs aux honoraires maximaux (lissés sur trois ans) présents dans le SNIR sont enlevées ainsi que les déclarations fiscales présentant des charges négatives ou des honoraires nuls »²³².

Cet examen met en lumière la nécessité de travaux destinés :

- à améliorer la méthode de calcul du revenu libéral des médecins ;
- à la compléter par des données relatives à l'activité salariée afin de mettre à la disposition des pouvoirs publics et de l'UNCAM une information complète sur le revenu d'activité des médecins et non sur leur seul revenu libéral.

La DREES s'est d'ailleurs engagée dans cette voie en construisant l'appariement des déclarations fiscales de l'impôt sur le revenu avec les

230. C'est en radiologie (spécialité la plus rémunératrice) que cette déperdition est la plus importante : 51 % des effectifs (5 554 radiologues dans le fichier CNAMTS, 2 712 dans le fichier DREES).

231. En 2004 la DGI a enregistré, dans le secteur médical, au titre de l'impôt sur les sociétés les déclarations de 1 247 SEL et de 519 autres sociétés. Les données relatives aux médecins regroupés dans ces sociétés ne sont cependant pas fiables et appellent des études complémentaires. L'ordre des médecins, pour sa part, en a recensé 1866 début 2004.

232. Note de méthodologie figurant dans Etudes et résultats n° 412.

fichiers de la CNAMTS. Cette opération devrait produire une information statistique anonymisée regroupant les informations sur l'ensemble des revenus d'activité perçus par les professionnels de santé, selon les catégories socio professionnelles et les caractéristiques de ces professions (sexe, âge, secteur de conventionnement, mode d'exercice).

Cette opération devrait aboutir prochainement²³³ : la DREES prépare un test en vraie grandeur qui sera réalisé par l'INSEE fin 2007 (si l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés - CNIL- est obtenu) et qui conduira à la constitution d'une base de données en 2008.

2 – Les limites théoriques de cette connaissance

a) La nécessité d'apprécier d'autres déterminants du revenu professionnel

Au-delà des difficultés de mesure évoquées plus haut, le revenu d'activité libérale établi sur des bases comptables doit s'apprécier en tenant compte d'autres éléments.

C'est ce que montrait une étude ancienne²³⁴, réalisée en 1991 par le CERC (centre d'étude des revenus et des coûts) : son objet était de cerner et de quantifier les déterminants du revenu des médecins après une décennie de profondes mutations, en particulier la forte croissance de l'offre médicale et des honoraires, la féminisation de la profession, la montée en charge du secteur 2 et des dépassements, l'organisation des médecins en cabinet de groupe sous des formes juridiques variées, autant de facteurs qui avaient eu déjà pour conséquence de créer de forts écarts entre spécialités médicales et à l'intérieur même des spécialités.

Parmi les déterminants passés en revue, on en retiendra quelques uns qui mériteraient d'être actualisées, compte tenu des transformations

233. L'expérience d'appariement faite sur le département de Haute Garonne est prometteuse puisque les déclarations de revenus des médecins de ce département figurant dans les fichiers de la CNAMTS ont été retrouvées à 89 % après une recherche automatique portant sur les seules variables sexe, nom, prénom et date de naissance.

234. « Le revenu des médecins libéraux et ses déterminants » : étude réalisée sur un échantillon de 1 400 médecins conventionnés exerçant depuis plus d'un an et appartenant à cinq spécialités jugées caractéristiques, généralistes, cardiologues (spécialité médicale) chirurgiens généraux et orthopédiques, ophtalmologues (spécialité mixte) et psychiatres. Cette étude n'a pas été actualisée.

évidentes intervenues depuis lors, en particulier la stagnation démographique des médecins²³⁵ :

- l'activité salariée complémentaire, déjà évoquée, qui semble occuper une place importante ;
- la durée effective du travail et sa corrélation - très variable selon les spécialités- avec le niveau de revenu ;
- le travail non rémunéré du conjoint qui, en 1991, concernait 60 % des généralistes et un tiers de spécialistes et représentait jusqu'à 8 % du bénéfice des généralistes, 3 % de celui des cardiologues, entre 1 % à 2 % pour les autres ;
- la carrière caractérisée notamment par l'exercice très répandu d'une activité salariée de plusieurs années avant l'installation (60 % des généralistes surtout en remplacement et 75 % à 90 % des spécialistes surtout en activité hospitalière) ;
- l'organisation en cabinet de groupe, déjà majoritaire pour les disciplines techniques et significatives pour les spécialités cliniques (37 % de généralistes et 24 % de psychiatres). A cette époque, on notait un surplus significatif de revenus pour les médecins regroupés.

Les sociétés d'exercice libéral (SEL) créées par la loi du 1^{er} décembre 1990 ont vraisemblablement accentué ces constats : elles permettent aux professionnels libéraux (dont les médecins) d'adopter un statut plus proche des sociétés commerciales que des sociétés civiles.

Les SEL et leurs effets

De 2002 à 2004, elles sont passées, dans le milieu médical, de 532 à 1247.

Les SEL ont un statut sui generis : à la différence des sociétés civiles où chaque individu déclare ses revenus en BNC et est totalement responsable, la SEL est soumise à l'impôt sur les sociétés (IS), adopte une comptabilité de type commercial et chacun de ses membres n'est responsable que dans la limite de ses apports.

Les SEL facilitent la collaboration entre professionnels, le financement des investissements et la transmission des parts :

- 25 % du capital peuvent être détenus par un investisseur ne participant pas à l'activité ;
- le professionnel peut rester dans le capital pendant 10 ans après sa cessation d'activité et percevoir des dividendes ;
- il peut céder ses parts (avec exemption de l'impôt sur les plus-values en cas de retraite).

235. Entre 1995 et 2004, les effectifs de médecins libéraux sont restés constants : 113 546 et 114 160 (SNIR).

En outre, les SEL offrent de multiples possibilités d'optimisation patrimoniale : arbitrage entre rémunération et dividendes, versement des dividendes ou mise en réserve...

Enfin seule donne lieu à imposition sur le revenu la part des bénéfices effectivement distribuée (à la différence des sociétés de personnes, où l'intégralité du bénéfice constaté est intégrée aux revenus).

Ces indications montrent la nécessité de mettre en place un outil d'analyse financière de ces sociétés pour mesurer la profitabilité de l'activité médicale qui s'y exerce, selon une démarche similaire à celle instaurée depuis 5 ans par la DREES pour le suivi des cliniques privées.

b) Les difficultés théoriques d'une comparaison entre activité libérale et salariée : la question du capital et du revenu de remplacement

L'appréhension du revenu d'activité des médecins pose deux problèmes théoriques, dès lors qu'on souhaite le comparer à celui des salariés :

- à l'instar de toutes les professions non salariées, il s'agit de revenus mixtes comme les dénomme la comptabilité nationale, dans la mesure où le bénéfice tiré de l'entreprise constitue à la fois le revenu du travail et la rémunération des capitaux apportés ;
- le partage entre le revenu immédiat et le revenu différé n'a pas le même équilibre que pour les salariés : la dynamique de revenu dans le cycle de vie est très différente, les médecins bénéficiant d'un capital professionnel en fin de carrière qu'ils peuvent consommer.

Ces caractéristiques sont du reste discriminantes non seulement entre professions salariées et non salariées, mais aussi entre professions indépendantes et même entre spécialités médicales. L'étude du CERC précitée qui avait quantifié ce phénomène montrait l'importance du capital professionnel acquis et consommable à la retraite. Les deux postes les plus importants étaient à l'époque (et restent sans doute) le local professionnel et le droit de présentation (vente de la clientèle). On notait cependant le cas particulier des chirurgiens, dont le capital professionnel, beaucoup plus important, était constitué de parts sociales de cliniques.

Le revenu après cessation d'activité est aussi dépendant des revenus de remplacement. Ceux-ci doivent être appréhendés dans leur globalité et non limités à ceux distribués par la caisse autonome de retraite des médecins de France (29 240 € en 2005). Comme beaucoup d'actifs, les médecins sont de plus en plus fréquemment des

polypensionnés qui perçoivent des retraites d'autres régimes. Au total la retraite moyenne totale s'élevait à 42 100 €³⁶ en 2005.

B – L'évolution du revenu d'activité libérale des médecins sur dix ans

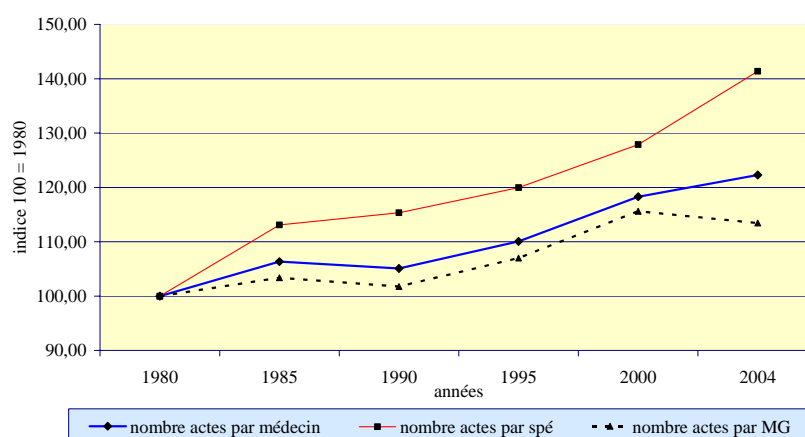
Le revenu net par médecin résulte de la combinaison de plusieurs paramètres : d'une part ses recettes, elles-mêmes fonction du volume d'activité et des tarifs facturés (tarifs opposables sur la base desquels rembourse la sécurité sociale et dépassements), d'autre part des éléments déductibles, à savoir les débours et les charges.

1 – Le volume et la nature de l'activité

De 1995 à 2005, le nombre total d'actes réalisé par les spécialistes a augmenté de +3,7 % en moyenne par an et celui des généralistes de +1,8 %.

Compte tenu de l'évolution démographique différente pour chaque catégorie (plus forte pour les spécialistes), le nombre d'actes par spécialiste a augmenté en moyenne par an de +1,4 % et de +0,5 % par médecin généraliste, avec une nette différenciation à partir de 2000 : le nombre d'actes par médecin baisse chez les généralistes, alors que celui des spécialistes augmente fortement.

Evolution du nombre d'actes par médecin



Source : SNIR

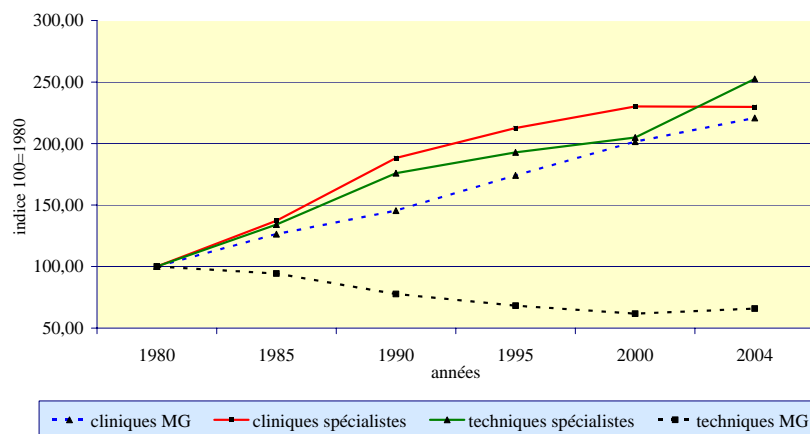
236. Données provenant de l'échantillon interrégimes de retraites (EIR).

Ces évolutions générales doivent être précisées par nature d'actes, cliniques ou techniques, différenciation qui renvoie non seulement au clivage médecine générale-médecine spécialisée, mais aussi inter-spécialités.

Le deuxième graphique ci-dessous montre que l'activité clinique des généralistes a augmenté régulièrement (+3,4 % par an sur la période), alors que diminuait leur activité technique dont la part est au demeurant peu significative (-1,7 % par an).

En revanche, en ce qui concerne les spécialistes, actes techniques et cliniques augmentent fortement (+3,5 % par an en actes cliniques, c'est-à-dire plus que les actes cliniques des généralistes et +3,9 % par an en actes techniques). Depuis quelques années cependant, une inversion de tendance s'est produite : la croissance des actes cliniques, auparavant supérieure à celle des actes techniques, lui est désormais inférieure. Selon les informations récentes de la CNAMTS, le parcours de soins coordonné a prolongé cette tendance de fond : il a infléchi l'activité clinique des spécialistes, mais n'a eu aucun impact sur la croissance soutenue de leur activité technique.

Evolution du nombre d'actes par catégorie



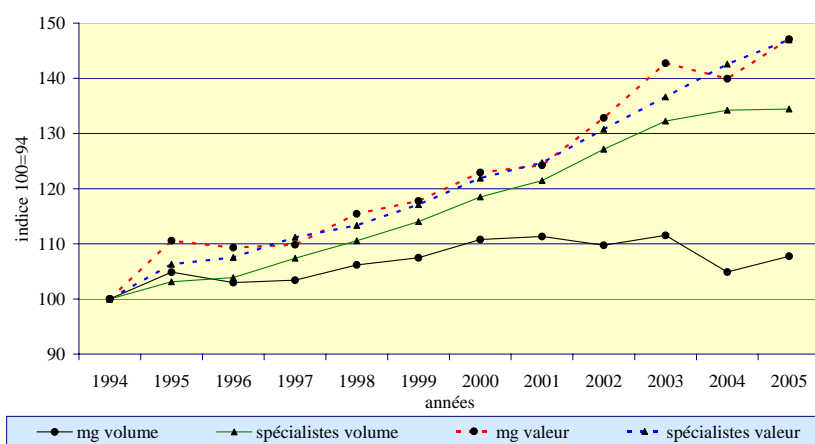
Source : SNIR

S'ils représentent les trois quarts du nombre total d'actes réalisés, les actes cliniques ne représentent que 53 % des honoraires totaux facturés (9 700 M€ sur 18 227 M€ en 2005) : 97 % du nombre d'actes et 88 % des honoraires chez les généralistes et 45,6 % du nombre d'actes et 30,4 % des honoraires chez les spécialistes.

2 – Les recettes remboursables

De 1995 à 2004, la croissance en valeur des honoraires sans dépassement (honoraires remboursables) est assez similaire pour les deux catégories de médecins. Cependant, comme le montre le schéma ci-dessous, cette croissance est due à l'augmentation du volume d'activité chez les spécialistes alors que, chez les généralistes, elle provient d'une évolution favorable des tarifs opposables.

Evolution des dépenses remboursables en volume et en valeur (RG+SLM)



Source : CNAMTS (dépenses du régime général et des sections locales mutualistes)

3 – Les autres facteurs déterminants

Sur la base des informations décrites plus haut (informations de la DREES sur les revenus) sont examinés les autres facteurs qui déterminent le revenu net des médecins, à savoir la facturation des dépassements et les déductions qui réduisent les recettes brutes.

Les montants ci-dessous sont présentés par médecin et en termes réels (en monnaie constante, euros 2005) sur deux périodes différentes (de 1993 à 2000 et de 2000 à 2004 -le choix de 2004 comme dernière année vient de ce que les résultats provisoires de 2005 publiés par la DREES paraissent peu fiables en raison des problèmes déjà évoqués qui ont perturbé le SNIR).

Evolution du revenu et de ses composantes

En milliers d'euros 2005

	Omnipraticiens 1	TCAM en %	14 spécialités 2	TCAM en %	Ecart en %
1993					
Honoraires sans dépassement par praticien	97,9		153,2		56,4%
<i>Part des dépassements (en %)</i>	6,60%		10,30%		
Honoraires totaux par praticien	104,8		170,8		63,0 %
<i>Taux débours et charges (en %)</i>	46,7 %		52,4 %		
Revenu net par praticien	57,5		83,7		45,6%
2000		00/93		00/93	
Honoraires sans dépassement par praticien	109,9	+1,4	168,9	+1,4 %	56,5%
<i>Part des dépassements (en %)</i>	5,50 %		11,2 %		
Honoraires totaux par praticien	114,2	+ 1,2	190,1	+ 2,1%	66,4%
<i>Taux débours et charges (en %)</i>	50,5 %		51,5 %		
Revenu net par praticien	58,5	+ 0,2	92,2	+ 1,4	57,6%
2004		04/00		04/00	
Honoraires sans dépassement par praticien	113,9	+ 1,4	181,1	+ 1,8	58,9%
<i>Part des dépassements (en %)</i>	5,50 %		14,1 %		
Honoraires totaux par praticien	120,6	+ 1,4	211,4	+ 2,7	75,3 %
<i>Taux débours et charges (en %)</i>	49,7 %		51,5 %		
Revenu net par praticien	62,9	+ 1,8	104,9	+ 3,3	66,7%

Source : d'après les informations de la DREES et de l'INSEE

Ces évolutions mettent en évidence quelques phénomènes significatifs :

- Le pouvoir d'achat des médecins (revenu net en monnaie constante 2005) a augmenté sur l'ensemble de la période, avec une nette accentuation du phénomène de 2000 à 2004 pour les deux catégories de médecins : pour les omnipraticiens, le pouvoir d'achat a augmenté de +0,2 % par an en moyenne de 1993 à 2000 et de +1,8 %²³⁷ de 2000 à 2004, pour les spécialistes de +1,4 % et de +3,3 %. Les chiffres provisoires de 2005 semblent marquer néanmoins une décélération qui devra être confirmée ;
- l'écart de pouvoir d'achat s'est accru entre omnipraticiens et spécialistes : celui des spécialistes qui était supérieur de 45,6 % en 1993 l'est de 66,7 % en 2004. Ce creusement s'est accentué durant la dernière période ;

237. Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) du revenu net des omnipraticiens de 2000 à 2004 est de +1,8 % (et non de +2,6 % comme mentionné dans l'annexe du PLFSS 2007)

- cette divergence est due à la facturation des dépassements d'honoraires. En effet, les honoraires remboursables évoluent de manière assez similaire pour les deux catégories de médecins alors que la part des dépassements dans leurs recettes connaît une évolution opposée : en faible baisse chez les omnipraticiens, cette part est passée chez les spécialistes de 10,3 % à 14,4 % des recettes entre 1993 et 2004. Ces chiffres sont calculés tous médecins confondus et non sur les seuls médecins facturant des dépassements ;
- enfin, la part des déductions opérées sur les recettes brutes (rétrocessions, débours et charges professionnelles) est inférieure chez les généralistes (la part des rétrocessions et débours est plus élevée, mais celle des charges plus faible). Toutefois, l'écart entre généralistes et spécialistes s'est amenuisé en passant de 5,8 points à 1,8 points de 1993 à 2004 : la part déduite des recettes a augmenté de 3 points pour les généralistes au cours de la période alors que celle des spécialistes diminuait d'environ 1 point dans le même temps : ce facteur atténue le creusement de l'écart dû à la facturation des dépassements vue ci-dessus.

4 – La diversité entre les spécialités

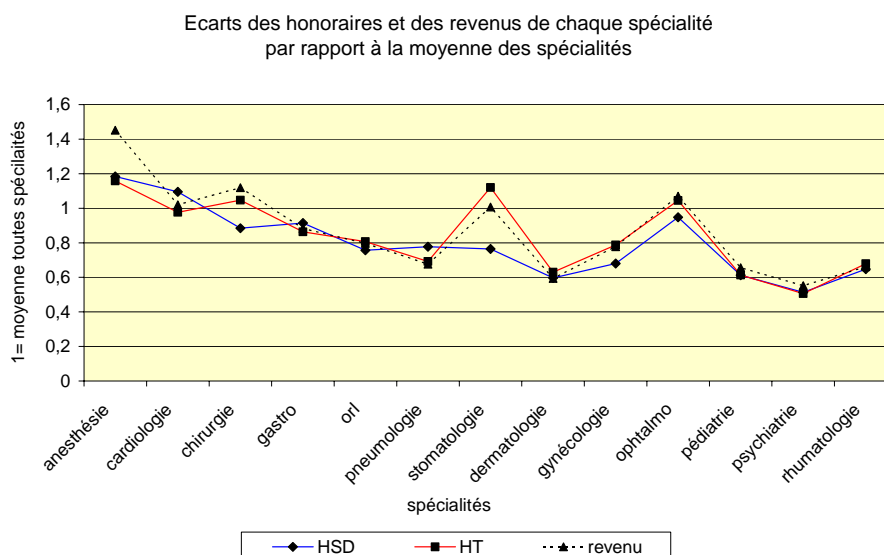
Ces constats généraux recouvrent une telle diversité entre spécialités qu'il convient de les considérer avec circonspection : en effet, les niveaux de revenu, leurs composantes et leur évolution sont très différents selon la spécialité et ne paraissent pas relever de corrélations bien établies :

- la hiérarchie des revenus nets a peu varié sur longue période (1993-2004 en monnaie constante euros 2005) : elle place en tête les spécialités à dominante technique²³⁸ avec un net écart entre les deux premières et les autres (la radiologie -201 400 € et l'anesthésie -153 300 €) ; l'ophtalmologie est la seule spécialité à dominante clinique à figurer dans les hauts revenus (en 4^{ème} position des spécialités avec 114 500 €) ;
- les évolutions ont davantage touché les spécialités à dominante clinique en particulier la dermatologie qui, en 2003, se situe en avant-dernier rang. Les deux dernières spécialités (dermatologie avec un revenu net de 62 200 € et la psychiatrie avec 59 600 €) se situent derrière la médecine générale (62 900 €) ;
- la combinaison des facteurs, dont résulte le revenu, est très variable et les phénomènes prévisibles ne sont pas avérés : facturation de

238. Spécialités à dominante technique : anesthésistes, cardiologues, chirurgiens, gastro-entérologues, ORL, pneumologues, stomatologues ; spécialités à dominante clinique : dermatologues, gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres, rhumatologues.

dépassements qui compenserait des recettes faibles en tarifs opposables ou taux de charges plus élevé pour les recettes les plus basses en raison du poids des charges fixes.

Le graphique ci-dessous montre la position de chaque spécialité par rapport à la moyenne des spécialités (la radiologie n'est pas représentée car elle sortirait du cadre et écraserait l'échelle) en ce qui concerne ses honoraires sans dépassement, ses honoraires totaux et son revenu net. On constate ainsi que, pour les stomatologues, l'effet des dépassements est en partie neutralisé par celui des charges : les honoraires sans dépassement (HSD) les situent 25 % au-dessous de la moyenne des spécialités, les honoraires totaux (HT) 10 % au-dessus et les revenus exactement dans la moyenne.



Note de lecture : les anesthésistes occupent une place stable par rapport à la moyenne des spécialités : +48 % en HSD, +38 % en HT (ce qui signifie que leur taux de dépassements est un peu inférieur à la moyenne), +43 % en revenu net.

Source : Cour des comptes à partir des données CNAMTS et DREES

C – La question des dépassements d'honoraires et du nouveau secteur optionnel

L'article 24 de la loi du 30 janvier 2007 permet au ministre de la sécurité sociale de se substituer, jusqu'au 2 juillet 2007, aux partenaires

conventionnels aux fins de création du secteur optionnel²³⁹, distinct des deux secteurs existants que sont les secteurs 1 et 2.

Cette contrainte exercée par le pouvoir réglementaire sur les partenaires conventionnels reflète la forte tension politique qu'a engendrée une question mal cernée, née de la rédaction ambiguë du préambule et du dernier article du protocole relatif à la chirurgie conclu le 24 août 2004.

Dans un tel contexte, une confusion dommageable s'est installée entre plusieurs préoccupations, certes connexes, celle des dépassements facturés par les médecins en sus de leurs honoraires remboursables, celle du secteur 2, enfin celle de la chirurgie.

1 – L'ensemble des dépassements facturables

En 2005, pour la France métropolitaine, les dépassements représentaient 1 918 M€ sur un montant facturé total de 18 559 M€ (SNIR), soit 10,3 % des recettes perçues par la totalité des médecins.

Il existe plusieurs types de dépassements facturés en sus :

- ceux qui tiennent aux circonstances de l'acte médical (DE=exigence particulière du patient et ED=entente directe) ;
- ceux qui tiennent au statut du médecin (DP=droit permanent octroyé à certains médecins en fonction de leur notoriété lors de la création des tarifs conventionnels opposables et secteur 2 à honoraires différents²⁴⁰ ouvert en 1980). A noter que les dépassements du secteur 2 ne sont pas facturables aux bénéficiaires de la CMUC ;
- ceux qui résultent à la fois du statut du médecin et de la position de l'assuré dans le parcours de soins coordonné, créés en 2005²⁴¹ (DM=dépassements maîtrisés pour les médecins de secteur 2 ayant choisi l'option de coordination et DA=dépassements autorisés pour les médecins de secteur 1 en cas de non respect du parcours).

Les omnipraticiens facturaient 357 M€ de dépassements en 2005 (sur un total d'honoraires de 7 463 M€), soit un taux de dépassement de 5 % pour l'ensemble de la profession et de 43 % rapporté aux seuls

239. Cet article, introduit par amendement au cours du vote par le Sénat de la LFSS 2007 (article 47) a été invalidé par le Conseil constitutionnel et réintroduit (article 24) dans la loi du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 relative à l'organisation de certaines professions de santé.

240. C'est le terme officiellement utilisé pour désigner le secteur 2 car, en théorie, il ne s'agit pas d'un secteur à honoraires libres, les médecins de secteur 2 étant tenus de fixer leurs tarifs avec « tact et mesure » selon le code de déontologie (cf. infra).

241. Voir les développements consacrés au parcours de soins coordonné dans le présent chapitre.

médecins de secteur 2 (12 % d'entre eux). A l'exception de quelques périodes de tension marquées par la facturation de dépassements sauvages (comme en 2002 par exemple), la question des dépassements se pose peu pour cette catégorie.

Quant aux spécialistes, ils facturaient 81,3 % des dépassements (1 561 M€ sur un total d'honoraires de 11 096 M€) ; ce montant se répartit comme suit : 80 % en secteur 2, 3,7 % en DP, 12 % en DE et 3,7 % en ED. Globalement, les médecins de secteur 2 ont une activité moindre que leurs confrères du secteur 1 et ce sont les dépassements qui leur permettent d'avoir au total des montants d'honoraires plus importants. En 2004, les spécialistes APE du secteur 1 avaient en moyenne 211 600 € d'honoraires et 5 500 € de dépassements soit un total de 217 000 €. Les chiffres correspondants pour le secteur 2 sont de 154 700 € d'honoraires et de 73 000 € de dépassements.

La prédominance des dépassements chez les spécialistes du secteur 2 (69 % du montant total des dépassements) explique que la question des dépassements se focalise généralement sur cette catégorie de médecins.

Toutefois, l'importance relative des DE (12 %) et l'évolution récente du taux de dépassement des spécialistes en secteur 1 incitent à la plus grande vigilance afin d'éviter le développement d'une pratique non contrôlable de contournement des tarifs opposables : entre 1985 et 2000, le taux est resté assez stable en passant de 1,4 % à 1,6 % mais en 2004 il était de 2,6 % (et de 6,5 % pour les gynécologues).

2 – Les dépassements des spécialistes du secteur 2

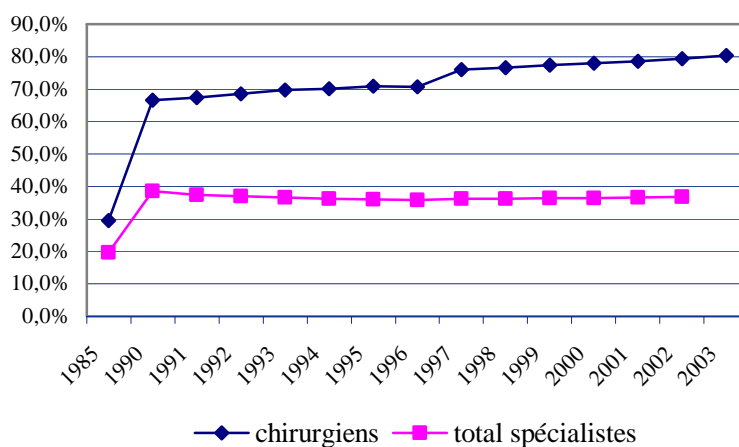
Le montant des dépassements des spécialistes connaît une croissance soutenue et heurtée : +21 % en moyenne par an de 1985 à 1990 en raison principalement de l'augmentation des effectifs de médecins libéraux passés de 38 000 à 50 000 (source SNIR), +5,5 % par an de 1990 à 2000, enfin +11,6 % par an depuis 2000. Cette accélération tient principalement au taux de dépassement facturé par rapport au tarif opposable, l'augmentation du nombre de médecins en secteur 2 et celle du nombre d'actes facturés avec dépassement constituant des facteurs de croissance moins importants.

a) Les effectifs en secteur 2

Dès l'ouverture du secteur 2 les effectifs ont progressé rapidement dans toutes les spécialités mais se sont stabilisés à partir de 1990, à l'exception de la chirurgie : 20 % en 1985, 38,5 % en 1990 et 36,9 % en 2002. En effet, la convention de 1990 a réservé l'accès au secteur 2 aux seuls praticiens qui s'installaient pour la première fois et avaient en outre acquis une expérience professionnelle particulière validée par un titre, en

particulier les anciens chefs de clinique des universités, assistants des hôpitaux (ACCAS). Le règlement conventionnel de 1998 a toutefois permis aux ACCAS déjà installés en secteur 1 de 1980 à 1990 d'opter pour le secteur 2, pendant un délai limité à un mois.

Part des médecins en secteur 2



Source : DSS

Il convient de souligner que le choix du secteur 2 est aujourd'hui majoritaire chez les spécialistes qui s'installent (51 % d'entre eux), mais ce taux est de 90 % chez les ORL et de 34 % chez les dermatologues.

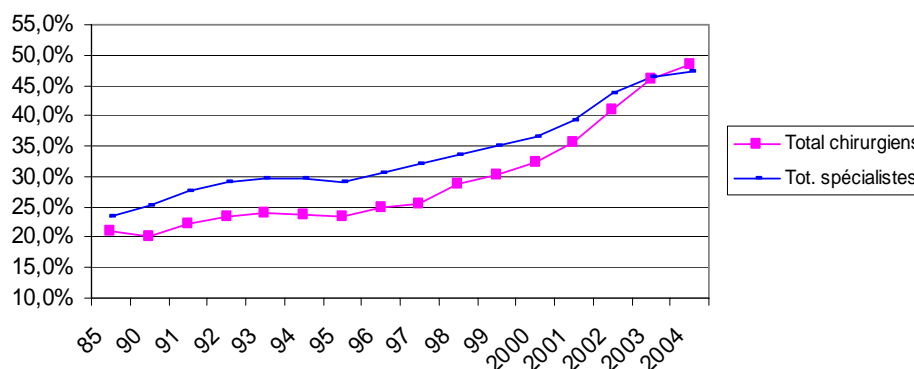
Dans cet ensemble, la chirurgie constitue une particularité avec un taux très élevé dès le départ : 30 % en 1985, 66,5 % en 1990 et plus de 80 % en 2005. Le rattrapage offert en 1998 aux ACCAS déjà installés en secteur 1 de 1980 à 1990 a sans doute entériné une situation de fait, puisque le taux de chirurgiens installés en secteur 2 a connu un saut en 1997 (en passant en un an de 71 % à 76 %).

b) Nombre d'actes facturés avec dépassement et taux de dépassement

La croissance du nombre d'actes facturés avec dépassement est parallèle à celle des actes réalisés (+2 % par an de 1990 à 2004) : en d'autres termes, la part d'actes facturés avec dépassement n'augmente pas.

C'est en revanche le taux de dépassement qui explique avant tout la croissance du montant des dépassements facturés. Ce taux est passé de 23 % à 51 % entre 1985 et 2005 avec des différences importantes entre spécialités.

**Taux de dépassement des médecins APE du secteur 2
1985 - 2004**



Source : CNAMTS

L'évolution de l'effectif des spécialistes exerçant en secteur 2 et celle des taux de dépassement pratiqués constituent bien entendu un obstacle croissant à la mise en œuvre des principes essentiels de notre système de protection sociale, que sont l'égalité d'accès aux soins et la liberté de choix des assurés :

- 8 % n'ont pas d'assurance maladie complémentaire ;
- 85 % sont couverts par un organisme complémentaire d'assurance maladie, mais près de 40 % de ces assurés n'ont pas de prise en charge des dépassements.

En ce qui concerne les 7 % restants, bénéficiaires de la CMUC, la conséquence en est davantage un refus de soins, les dépassements ne leur étant, en principe, pas facturables²⁴². Il convient de souligner que cet aspect important de la question des dépassements -transfert de financement sur les ménages et refus de soins pour les bénéficiaires de la CMUC- était jusque récemment très mal connu et qu'il commence seulement à faire l'objet d'études spécifiques.

242. La réalité est un peu différente car des dépassements leur sont facturés. Dans son rapport sur les dépassements d'honoraires médicaux (avril 2007), l'IGAS a mis en évidence ce phénomène : si globalement, pour eux, les dépassements sont contenus en nombre (1,6 % au total), le pourcentage devient significatif dans certaines spécialités : 13 % en chirurgie générale ou urologique, 8 % pour les consultations d'anesthésie, de dermatologie, de gynécologie et de chirurgie orthopédique.

3 – Les chirurgiens

Comme l'ont montré les développements précédents, les chirurgiens se sont toujours démarqués de l'ensemble des spécialités, tant en nombre de médecins exerçant en secteur en 2 (lui-même fonction de la forte proportion d'ACCAS) qu'en taux de dépassement pratiqué.

En raison de la négociation relative au secteur optionnel dont cette spécialité est à l'origine, la CNAMTS a produit des analyses affinées sur cette discipline. Celle-ci se compose de plusieurs sous-spécialités dont les effectifs sont les suivants :

	Effectif libéral APE secteur 1 en 2005	Effectif libéral APE secteur 1 DP en 2005	Effectif libéral APE secteur 2 en 2005	TOTAL
Chirurgie générale*	508	19	1 927	2454
Neurochirurgie	16	0	65	81
Chirurgie urologie	63	3	447	513
Chirurgie orthopédique et traumatique	195	5	1 162	4 362
TOTAL	782	27	3 601	4 410

*Chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, plastique, thoracique et cardiaque, vasculaire, viscérale.

Source : SNIR 2005 provisoire

Les dépassements en chirurgie sont plus fréquents pour les actes cliniques (76 %) que techniques (47 %), en revanche le taux de dépassement facturé est plus important pour les actes techniques (113 %) que cliniques (73 %), ce qui met en évidence un phénomène en apparence paradoxal selon lequel le taux de dépassement croît avec la valeur du tarif opposable. Certaines dérives ont été cernées par la CNAMTS qui concernent les cas de dépassement que l'on peut qualifier d'exorbitants²⁴³ : 3 et 4 fois le tarif opposable.

243. Dans cette étude, la CNAMTS a examiné les actes avec des dépassements variant entre 0 % et 700 %. Elle en avait écarté les taux supérieurs à 700 % qualifiés «d'extrêmes».

Dépassements supérieurs à 200 % (plus de 3 fois le tarif opposable)

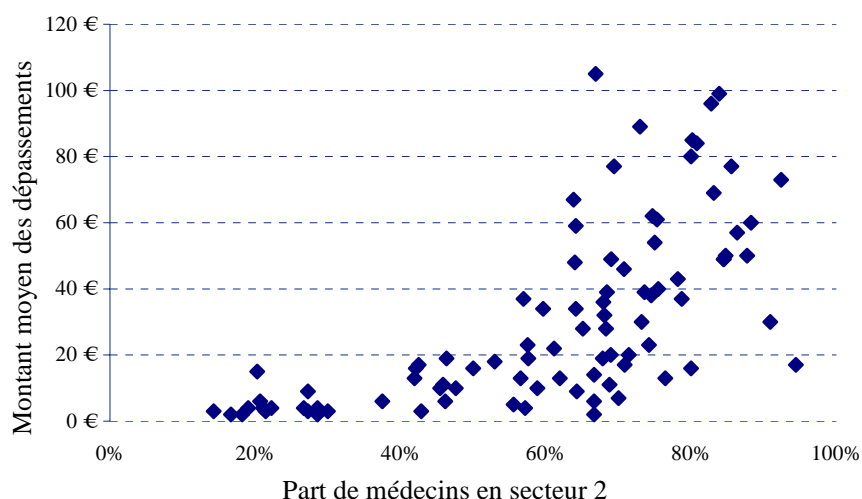
	Libéraux		Hospitaliers à temps plein activité privée	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Moins de 20 % des actes	3 369	90 %	326	65 %
Entre 20 et 50 % des actes	230	6 %	30	6 %
Entre 50 et 80 % des actes	107	3 %	57	11 %
plus de 80 % des actes	30	1 %	85	17 %
Total des médecins concernés	3 736	100 %	498	100 %

Note de lecture : 1 % des chirurgiens libéraux et 17 % des HTP facturent plus de 80 % de leurs actes avec un dépassement supérieur à trois fois le tarif opposable.

Source : CNAMTS

Les disparités géographiques sont également très importantes et s'expliquent en partie par une corrélation intéressante qui suggère un effet d'entraînement redoutable : plus la part de médecins en secteur 2 dans un département est importante, plus le taux de dépassement pratiqué est élevé.

Relations entre la part de chirurgiens en secteur 2 et le montant moyen des dépassements par département



Note de lecture : les points du graphique représentent les divers départements.

Source : SNIR 2004

Enfin, certaines sous-spécialités remettent totalement en question le principe d'égal accès aux soins : dans deux sous-spécialités -la chirurgie urologique et orthopédique- le monopole du secteur 2 s'exerce sur une part importante du territoire national : 27 départements ne

disposent d'aucun chirurgien urologue de secteur 1 aussi bien parmi les 574 urologues libéraux que parmi les 116 urologues hospitaliers²⁴⁴. La situation est identique, s'agissant de la chirurgie orthopédique, dans 16 départements.

Bien qu'une telle situation ne soit pas acceptable, les partenaires conventionnels n'ont guère réagi. La CNAMTS ne s'est saisie de la question que récemment à l'occasion de la création en 2006 de la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes. Cette prise de conscience s'est manifestée par la volonté de s'attaquer aux cas manifestes d'abus et de les déférer devant les instances disciplinaires de l'ordre²⁴⁵.

L'ordre des médecins s'en tient, pour sa part, à l'article 53 du code de déontologie qui indique que « les honoraires doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières »²⁴⁶ et exclut toute hypothèse de normalisation²⁴⁷. Bien que l'ordre ait reconnu des abus (en évoquant « les abus d'honoraires, même en faible nombre, qui jettent le discrédit sur l'ensemble de la profession ») sa position constante a été rappelée en décembre 2005.

4 – Quelle légitimité pour le secteur optionnel ?

Outre l'importance et la fréquence des dépassements observés en chirurgie, ce secteur a bénéficié d'un protocole particulièrement

244. C'est le cas du Rhône, des Hauts de Seine, de l'Essonne, du Val de Marne, de la Seine et Marne, de la Gironde, des Alpes Maritimes, du Puy de Dôme, de la Cote d'Or, des Cotes d'Armor mais aussi de départements moins urbains comme l'Ain, les Alpes de Haute Provence, l'Ardèche, l'Aube, l'Aude, l'Aveyron, la Corrèze, la Dordogne, l'Eure, la Corse du Sud, le Gard, l'Indre, la Haute Saône, la Haute Loire et la Sarthe. Cela concerne 27 % de la population française. Par ailleurs, en prenant en compte les départements où le pourcentage de spécialistes du secteur 2 est supérieur à 90 %, il y a lieu de rajouter huit autres départements tous de taille importante. 20% de la population française est concernée.

245. A cette fin, elle a procédé à un ciblage, dans dix CPAM, des médecins pratiquant, pour 80 % de leurs actes, des dépassements supérieurs à trois fois le tarif opposable. Neuf médecins ont ainsi pu être identifiés. La saisine des ordres régionaux concernés doit être effectuée.

246. Le serment d'Hippocrate prononcé par chaque médecin lorsqu'il soutient sa thèse indique que « je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ».

247. Tout manquement à l'article 53 est passible de poursuites devant les instances de l'ordre, mais celles ci sont peu nombreuses et aboutissent rarement. Mais l'ordre indique notamment que « la référence au tarif opposable et l'existence d'un coefficient multiplicateur « acceptable » que l'on pourrait appliquer à ce tarif opposable ne peuvent être retenus ».

avantageux en août 2004. Fondé notamment sur le constat « de la crise que traverse cette spécialité depuis plusieurs années », constat qui peut au demeurant être parfaitement contesté, ce protocole comportait neuf points et la déclaration liminaire évoquait un engagement conditionnel visant à créer en chirurgie un secteur optionnel de liberté tarifaire encadrée²⁴⁸.

Deux ans après la signature de ce protocole, une crise très médiatisée a éclaté au motif que deux des neuf points du protocole relatifs à la liberté d'installation et aux revalorisations tarifaires n'auraient pas été suivis d'effet.

La mission d'évaluation confiée à l'IGAS en vue de faire un bilan d'application du protocole a conclu que les engagements tarifaires avaient été tenus. Selon les estimations de la DSS, le protocole avait induit des dépenses supplémentaires de 126 M€ Sur la base de 5800 chirurgiens ou de 4 300 chirurgiens APE, il a donc généré un gain moyen annuel d'honoraires variant entre 21 000 et 29 000 € par chirurgien soit plus que le salaire moyen net annuel constaté en 2004 en France métropolitaine (22 232 €). Ces gains financiers s'ajoutent à ceux déjà constatés en matière de dépassement.

L'importance des dépassements nécessite maintenant une réaction de la part des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels pour aboutir à une régulation du secteur 2 autrement que par le biais -inefficace- du respect du tact et de la mesure. Cette régulation qui, compte tenu de l'état des lieux, ne peut être limitée à la chirurgie devrait conduire à l'instauration d'un double taux de plafonnement (taux de dépassement et part des actes à tarifs opposables) et à la modulation de ce double taux selon les spécialités et les zones géographiques, afin de garantir l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Ce faisant on ne ferait que revenir à la notion de seuil minimal d'actes à tarif opposable prévu pour le secteur 2 par la convention de 1990²⁴⁹.

Cette nécessaire régulation devra être articulée avec les décisions susceptibles d'être prises en matière de secteur optionnel par les partenaires conventionnels qui viennent encore tout récemment de réaffirmer leur souhait de le mettre en place (en application de la loi du 30 janvier 2007 aucune décision n'ayant été prise par le ministre de la

248. « Elle (une solution pérenne) pourrait consister en la création d'un « secteur optionnel » en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'UNOCAM et les organisations médicales. L'objectif de ce secteur est d'atteindre, pour ces professions, au 30 juin 2005, un niveau minimal de tarification chirurgicale compte tenu de la participation des organismes complémentaires ».

249. Ce seuil était de 25 % mais il n'a jamais été mis en œuvre, la convention de 1990 ayant été annulée par le juge administratif.

santé avant juillet 2007, la décision est reportée aux négociations conventionnelles à venir).

III - La classification commune des actes médicaux

Pour pouvoir être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, les actes accomplis par les professionnels de santé libéraux doivent être inscrits sur une liste à partir de laquelle sont fixés les tarifs de remboursement. Pour les actes médicaux, cette double fonction a été assurée jusqu'en 2005 par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

Celle-ci affectait chaque acte médical d'une lettre-clef²⁵⁰ dont la valeur était fixée par les partenaires conventionnels. Pour les 1 500 actes techniques répertoriés, la lettre-clef était elle-même modulée par un coefficient (l'appendicectomie était cotée KCC 70 par exemple). En raison de la faible évolution de la NGAP, certains actes n'ont pas fait l'objet d'une mesure d'inscription et ont été facturés par les médecins par assimilation avec des actes cotés.

Parallèlement, dans les établissements de santé publics et privés, a été développé le catalogue des actes médicaux (CDAM) destiné à décrire et à coder les actes réalisés, en particulier pour alimenter les informations constitutives du PMSI introduit dès 1990 dans les établissements (programme de médicalisation des systèmes d'information)²⁵¹.

Divers éléments ont donc convergé vers la nécessité de refondre la classification tarifante des actes médicaux : l'obsolescence de la NGAP dont la hiérarchie des tarifs était par ailleurs devenue peu pertinente ; le projet de codage des actes (un code identifiant par acte) inscrit dans la loi depuis janvier 1993 ; enfin le projet d'introduire une description des actes proche de celle du PMSI dans les établissements publics et privés qui rendait inenvisageable une coexistence durable de deux systèmes de description des actes. Leur fusion était l'objet de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Cependant, cette dernière se limite aux actes techniques délivrés par les médecins, la classification des actes cliniques restant à effectuer. En outre, la CCAM ne porte pas sur les actes accomplis par les infirmières, les kinésithérapeutes, les dentistes, les sages-femmes, les anatomo-cytopathologistes qui restent soumis à la NGAP.

250. Par exemple C (consultation) et V (visite) pour les actes cliniques et, pour les actes techniques, K-KC (actes de spécialités et de chirurgie pratiqués par le médecin).

251. Pour les spécialistes intervenant dans les cliniques, leurs actes étaient donc décrits selon le CDAM dans le PMSI et facturés en honoraires cotés selon la NGAP.

A – Les principes de la CCAM

La mise en place d'une classification tarifante des actes médicaux a été décidée formellement par la commission permanente de NGAP le 15 février 1996. Cette date a marqué le début officiel d'un chantier de dix ans.

Les principes de la CCAM sont les suivants : constituer une liste des actes exhaustive, bijective (un code correspond à un libellé et un seul), non ambiguë (ce que comprend l'acte doit être précisé de façon explicite), compréhensible pour tous et évolutive.

Son élaboration a reposé sur trois étapes principales :

- la hiérarchisation des actes d'une spécialité, décrits avec le concours des sociétés savantes, selon quatre critères : la durée, le stress lié au risque pour le patient, la compétence technique et l'effort mental pour le praticien. Les éléments autres que la durée étant des données en partie subjectives, la méthode a consisté à déterminer pour chaque spécialité un acte de référence servant d'unité de mesure²⁵² ;
- le passage de la hiérarchie par spécialité à une hiérarchie inter-spécialités afin de définir une échelle commune. Il en est résulté qu'à chaque acte a été attribué un score de travail, calculé en nombre de points. Multiplié par un facteur de conversion monétaire²⁵³, ce score de travail a constitué le premier élément du tarif de l'acte ;
- la prise en compte des autres éléments de coût à rémunérer : il s'agit du coût de la pratique²⁵⁴, qui recouvre les charges professionnelles des praticiens (frais de personnel, de matériel, charges locatives...) : ces charges ont été évaluées avec l'institut de la recherche sur l'économie de la santé (IRDES) à partir des données de la direction générale des impôts²⁵⁵. Elles sont affectées à chaque acte au prorata du travail médical, en euros par acte.

252. Par exemple en néphrologie, l'acte de référence est la ponction biopsie du rein par voie transcutanée, après repérage échographique, radiographique ou scanographique.

253. Ce facteur de conversion monétaire s'élève à 0,44 € et a été calculé sur la base des fréquences d'actes en 2004 comme le ratio : (montant total des honoraires 2004 – coût de la pratique)/nombre total de points d'après la CCAM cible.

254. Il s'agit d'un coût moyen qui varie selon la spécialité : il est élevé pour les disciplines utilisant un matériel coûteux (imagerie, radiothérapie) et peut atteindre 60 % du chiffre d'affaires ; il est plus modeste pour les disciplines essentiellement cliniques (43 % pour la médecine générale). Le coût réel varie davantage en fonction du lieu, du mode d'installation et d'exercice de chaque praticien.

255. Pour les actes relativement rares (pratiqués seulement par certains médecins d'une spécialité) et particulièrement coûteux, des coûts « spécifiques » ont été évalués à partir d'enquêtes.

Au total, chaque acte a ainsi été affecté d'un code et d'un tarif en euros.

La comparaison de deux actes de la même discipline comportant le même coût de la pratique illustre le fait que les tarifs de la CCAM cible sont proportionnels aux scores de travail.

Ainsi l'échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire effectuée au premier trimestre est codée JQQMO10 pour un tarif cible de 61,47 €, correspondant à un score de travail de 73 points²⁵⁶.

L'échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale effectuée au deuxième trimestre, codée JQQM018, a un tarif cible de 100,19 € correspondant à un score de travail de 119 points.

La CCAM ainsi élaborée constitue en principe un instrument de gestion tarifaire à la fois pertinent -une hiérarchisation et une valorisation renouvelées- et souple puisqu'un seul acte peut voir son tarif modifié sans entraîner toute une classe d'actes dans son sillage. Le codage permet par ailleurs de connaître, pour chaque acte désormais identifié, l'exacte quantité d'actes réalisés et d'estimer l'impact d'une mesure tarifaire, ce que ne permettait pas le système de cotation par lettres-clefs et coefficients. Enfin, la mise en place concomitante de la T2A dans les cliniques a aussi renforcé cette flexibilité : en créant les tarifs forfaitaires de séjours (GHS), elle a fait disparaître l'ancienne tarification des frais d'hospitalisation versés à la clinique (les forfaits de salle d'opération) et, de facto, toute indexation de celle-ci avec la cotation des actes de praticiens.

B – Une application qui s'éloigne des principes initiaux

Dans le courant de l'année 2002, alors que la hiérarchisation de la CCAM était en voie d'achèvement, des négociations relatives à sa mise en œuvre ont été menées entre les caisses nationales et les syndicats de médecins qui ont abouti à un accord conclu en février 2005. Il a été décidé que la CCAM se substituerait le 31 mars 2005 à la NGAP, en tant que nomenclature tarifante des actes et fin 2005 au CDAM, en tant que classification descriptive des actes dans le PMSI.

Mais la mise en œuvre telle qu'elle a résulté des négociations conventionnelles s'est éloignée sur plusieurs points importants des principes initiaux.

256. Le calcul de ce tarif cible se décompose ainsi à : $73 \times (0,44 \text{ €} + 0,402 \text{ €}) = 61,47 \text{ €}$ où 0,44 € est le facteur de conversion monétaire et 0,402 € le coût de la pratique.

1 – Les coefficients techniques modificateurs

Les modificateurs constituent des informations associées au libellé des actes qui ont pour effet d'en majorer le tarif lorsqu'ils sont accomplis dans certaines circonstances, comme par exemple les interventions d'urgence, de nuit, ou le fait de soigner un enfant ou une personne âgée. Si le maintien de ces modificateurs apparaît justifié, l'introduction par voie de négociations conventionnelles de modificateurs qui contreviennent à la logique même de la CCAM, selon laquelle à un acte correspond un tarif et un seul, est critiquable.

Certains modificateurs ont ainsi été introduits dans la CCAM comme un moyen de maintenir le niveau de tarification de l'ancienne NGAP. Par leur nombre et par leur objet, ces coefficients remettent en cause la cohérence initiale de la démarche puisqu'un même acte est coté de manière différente selon son auteur.

Pour une radiographie pulmonaire le tarif simple sans modificateur s'applique si cet acte est réalisé par un généraliste.

Si le même acte est réalisée par un pneumologue ou un rhumatologue le tarif est affecté du modificateur Y et majoré de 15,8 %.

Si la radiographie est réalisée par un radiologue, le tarif est affecté du modificateur Z et majoré de 21,8 %.

2 – Un objectif de neutralité financière abandonné

Les travaux de la CCAM avaient été conçus pour permettre de redistribuer les honoraires entre les différentes disciplines, sur la base de la nouvelle échelle commune et du principe d'une neutralité financière globale. Un transfert de financement entre la radiologie et la chirurgie était en particulier sous-jacent au projet, qui devait notamment générer une économie de 200 M€ sur les actes de radiologie.

Or ce principe n'a guère été appliqué dans les textes conventionnels successifs (accord de février 2005, avenants 12 de mars 2006 et 23 de mars 2007) :

- dans l'accord de février 2005, les actes des spécialités perdantes ont vu en effet leurs tarifs maintenus au lieu d'être baissés alors que les tarifs des spécialités gagnantes ont été majorés, dans une première étape, du tiers de l'écart vers les tarifs cibles (tels que fixés dans la CCAM originelle). Ce premier train de mesures a coûté 180 M€ à l'assurance maladie ;
- l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 a accéléré l'octroi des hausses supplémentaires. Cet avenant dont le coût se monte à 23,1 M € prévoit des hausses supplémentaires pour les disciplines qui ont subi une

baisse de leur activité liée à la mise en place du parcours de soins coordonné, à savoir l'oto-rhino-laryngologie, la rhumatologie, l'allergologie, l'angiologie. Pour les actes concernés, le taux de revalorisation a été porté de 33 % à 66 % ou 100 % de l'écart entre les tarifs cibles et les tarifs de départ ;

- l'avenant n° 23 de mars 2007 représente un nouveau surcoût global de 63,8 M€ Certes, il prévoit des baisses de tarifs qui sont estimées à 69 M€, grâce notamment à une baisse de 6,6 % des actes de médecine nucléaire, de 10 % de certains actes de cardiologie, enfin de 40 % du supplément de numérisation en radiologie. Cependant ces baisses sont inférieures aux hausses consenties pour financer le passage de 33 % à 58 % de l'écart par rapport aux tarifs cibles pour d'autres disciplines ; en outre inférieures aux 200 M€ d'économies prévues dans la CCAM cible.

Au total ce dispositif asymétrique et contraire au principe de redistribution initialement envisagé a donc engendré un surcoût total estimé à 268 M€ pour l'assurance maladie²⁵⁷. Le tableau suivant récapitule les hausses et les baisses intervenues, en mettant l'accent sur les deux disciplines les plus exposées, chirurgie et radiologie.

Application de la CCAM dans le temps

En M€

CCAM cible				CCAM mars 2005		Avenant n°12 mars 2006		Avenant n°23 avril 2007		
	Montants constatés en 2004	Objectif cible	Objectif cible %	1ère étape CCAM	%	Montants	%	Montants CCAM V6	2ème étape CCAM	%
Total disciplines gagnantes	2371,5	315,6	13,3%	174	7,3%	18	0,8%	2 980,50	138	4,6%
dont chirurgie	633,4	89,9	14,2%	39,9	6,3%			689,88	35,5	5,1%
Total disciplines perdantes ²⁵⁸	3987,5	-283,1	-7,1%	-6,9	0,2%	5,1	0,1%	4 108,10	-74,2	-1,8%
dont radiologie (y compris forfaits techniques)	2597	-200,0	-7,7%	0	0%			2914,99	-69,4	-2,4%
Total	6 359	32,5	0,5%	180,9	2,80%	23,1	0,4%	7 088,60	63,8	0,9%

Note de lecture : dans la ligne « total », les montants de 6 359 M€ et de 7 088,6 M€ correspondent au total en base des honoraires de disciplines gagnantes et perdantes. Les autres montants indiquent l'impact sur ces bases des hausses et des baisses de tarifs.

Source : CNAMTS

257. Ce chiffrage n'intègre pas l'avenant n° 24 à la convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie conclu au cours de l'été 2007, pris dans le cadre du plan d'économies consécutif à l'alerte déclenchée le 29 juin 2007. Ce plan prévoit notamment une mesure de baisse des tarifs de radiologie.

258. Compte non tenu de la radiothérapie et de la médecine nucléaire.

3 – Une extension excessive du champ de la négociation

Comme le montre l'exemple des chirurgiens, les négociations conventionnelles ont dès lors inclus comme un volet récurrent la revalorisation des actes, sans correspondance avec des évolutions réelles ; mais aussi, ce qui est encore plus discutable, la revalorisation des coefficients modificateurs et ce en distinguant même entre secteurs 1 et 2 (distinction contraire à la logique de valorisation objective des actes).

En effet, parallèlement aux négociations sur la mise en œuvre de la CCAM, les chirurgiens ont obtenu la signature d'un protocole d'accord propre à cette spécialité le 24 août 2004 (voir supra). Parmi les mesures adoptées, deux devaient conduire à une augmentation de 25 % de leurs recettes hors dépassements et se sont traduites notamment par l'instauration de deux modificateurs : une majoration transitoire J de 6,5 % (MTC) pour tous les chirurgiens et un forfait modulable (K+11,5 %) pour les seuls chirurgiens de secteur 1.

Si l'on se réfère à la CCAM stricto sensu, les chirurgiens n'ont obtenu que le tiers du gain prévu par la CCAM cible et seraient donc en droit d'obtenir l'augmentation moyenne prévue par celle-ci, soit 14,2 %²⁵⁹. En revanche, si l'on tient compte des modificateurs J et K, l'augmentation d'ores et déjà accordée aux chirurgiens du secteur 1 est supérieure à 25 %, soit près du double de celle prévue par la CCAM cible.

4 – L'absence de classification pour les actes cliniques

Le coût de la mise en place de la CCAM s'est déjà ainsi révélé important alors même que la classification n'est mise en œuvre que de façon partielle, puisqu'elle est limitée aux actes techniques, à l'exclusion des actes cliniques qui représentaient en 2004 près des trois quarts des soins médicaux remboursables.

Le projet de refonte de la nomenclature des actes cliniques destiné à hiérarchiser les consultations par niveaux est également en cours, mais se heurte à des difficultés de définition et de valorisation des critères de différenciation par niveaux. Dans l'attente des mesures définitives seule une revalorisation partielle d'abord transitoire puis permanente a été décidée.

259. Hausse moyenne y compris les actes perdants.

IV - Le médecin traitant (MT) et le parcours de soins coordonné (PSC)

Parmi les nombreuses dispositions que comporte la réforme de l'assurance maladie (loi du 13 août 2004) la création du médecin traitant (articles 7 à 10) a été présentée comme une mesure phare : en moins d'un an, cette mesure devait en effet conduire à inscrire dans une organisation nouvelle des soins médicaux -le parcours de soins coordonné- l'ensemble des assurés de plus de 16 ans (soit 50 millions de bénéficiaires) et la totalité des médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés, exerçant en ville et/ou en établissement.

Le principe en est simple : tout assuré désigne un médecin traitant et le consulte avant de recourir à un autre médecin prescrit par le MT.

Pour renforcer l'acceptabilité de la réforme, le législateur a décidé d'associer les professionnels de santé à sa mise en œuvre et a confié aux partenaires conventionnels le soin de définir l'essentiel des mesures d'application.

Dans le volet de la loi consacré à l'amélioration de la coordination des soins, cette mesure est confortée par la création du dossier médical personnel (DMP), initialement appelé dossier médical partagé et par la modification de la prise en charge des affections de longue durée (ALD).

A – Le contexte

Avant d'examiner les réalisations intervenues entre le vote de la loi et la fin de 2006, il apparaît nécessaire de rappeler le contexte dans lequel le nouveau dispositif s'inscrit.

1 – Le prérequis politique

La conception de la réforme de 2004 a été orientée par un prérequis politique : effacer les effets de la réforme mise en œuvre par les ordonnances de 1996, réconcilier les médecins libéraux avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, remettre sur les rails la vie conventionnelle.

Ce choix initial explique trois caractéristiques essentielles du dispositif MT/PSC :

- il doit préserver les fondements de la médecine libérale que sont notamment le libre choix du patient et le paiement à l'acte ;

- la définition de ses modalités d'application est déléguée aux partenaires conventionnels, sur la base des principes fixés par le législateur²⁶⁰ ;
- ses novations structurelles doivent s'inscrire progressivement dans la continuité des pratiques antérieures.

Dans ces conditions, la difficulté de l'exercice est extrême : il s'agit de pallier les principaux défauts dus à l'inorganisation des soins médicaux, sans pour autant créer une rupture jugée politiquement insoutenable.

2 – Les travaux préparatoires

L'élaboration du dispositif s'est nourrie des travaux préparatoires menés, dans cette perspective, par le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et par des missions particulières de l'IGAS²⁶¹.

Un diagnostic commun a été formulé sur l'insuffisante organisation du système de soins, source d'inefficience médicale et économique : « le système de soins n'est justement pas organisé comme un système, car il ne coordonne pas avec systématisme, pour les patients qui s'adressent à lui, tous les moyens dont il dispose » (HCAAM).

Les travaux préparatoires ont également estimé que les expériences antérieures d'amélioration de la coordination, initiées par l'ordonnance du 24 avril 1996 (filiales et réseaux) et par la convention médicale de 1997 et son avenant n°1 (option du médecin référent) étaient insuffisamment développées et évaluées. Toutefois, dans l'esprit de continuité ci-dessus rappelé, un approfondissement des éléments existants a été préféré à une réorganisation radicale s'inspirant peu ou prou de formules anglo-saxonnes²⁶², peu compatibles au demeurant avec le maintien politiquement souhaité des principes de la médecine libérale à la française.

Le HCAAM soulignait par ailleurs la diversité du recours au système de soins : en 2004, 15 % de la population avait une consommation inférieure à 40 € par an et la consommation de la population en ALD était 9,6 fois plus importante que celle du reste de la population.

De son côté, l'IGAS distinguait trois aspects organisationnels à améliorer :

260. L'article 8 de la loi étend à cette fin le champ de compétences des partenaires conventionnels défini dans l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

261. Rapport du HCAAM de janvier 2004, rapport IGAS n° 2004-043 d'avril 2004.

262. Filière de soins dans le cadre du National Health Service britannique ou réseaux mis en place par les Health Maintenance Organizations américaines.

- le suivi en continu des assurés bien portants, axé sur la prévention et le maintien en bonne santé, confié à un médecin de famille/médecin traitant ;
- la coordination entre médecins lors de la survenue d'un épisode pathologique et de traitements n'ayant pas de caractère grave ni coûteux ;
- la prise en charge des malades chroniques ou polyopathologiques le plus souvent inscrits en ALD (affection de longue durée) qui comporte elle-même deux volets : d'une part, un approfondissement du protocole de soins existant, à savoir le PIRE²⁶³ auquel la LFSS de 2004 donne un fondement législatif, d'autre part une meilleure définition du suivi coordonné de ces malades.

En dépit de la diversité des prises en charge à organiser, le choix du législateur s'est porté sur un dispositif unique, à charge pour les partenaires conventionnels de savoir développer et harmoniser des réponses adaptées à ces besoins spécifiques.

3 – Les problèmes connexes pris en compte

Outre l'insuffisante organisation des soins médicaux, la modélisation du nouveau dispositif a tenté de prendre en compte certains problèmes connexes importants, les uns spécifiques aux médecins généralistes, les autres aux spécialistes, déjà examinés dans le développement consacré aux rémunérations et revenus des médecins libéraux.

- en ce qui concerne les premiers, il s'agit de la désaffection constatée dont cette discipline est l'objet, due davantage aux conditions d'exercice de la profession qu'à des facteurs purement financiers ;
- en ce qui concerne les seconds, il s'agit principalement des tensions créées par la dérive du secteur 2 instauré en 1980 (honoraires opposables facturés avec dépassements) et des revendications particulières des spécialités chirurgicales.

B – Les principes novateurs

1 – Un dispositif général fondé sur la responsabilisation des assurés

Le dispositif MT/PSC s'impose à l'ensemble des assurés et des médecins : contrairement aux précédentes tentatives d'amélioration de la coordination des soins, il ne s'agit ni d'expérimentations (filiales et réseaux) ni d'une option facultative (médecin référent).

263. Protocole interrégime d'examen spécial.

Les modalités choisies pour généraliser le dispositif sans le rendre obligatoire, ce qui romprait alors le principe de liberté de choix du patient, reposent sur une seconde novation : la responsabilisation de l'assuré dont la prise en charge financière est modulée en fonction de son comportement vertueux ou non. Il n'y a pas d'équivalent pour les médecins²⁶⁴.

Ce système est à base d'incitations négatives : il n'y a pas d'incitation positive en cas de comportement vertueux de l'assuré, tels que tiers payant ou taux de remboursement plus favorable. Il s'appuie sur la mise en cohérence des régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires par le biais des contrats responsables : ceux-ci interdisent aux régimes complémentaires le remboursement de tout ou partie des incitations négatives ou pénalités.

2 – Des relations nouvelles entre assurés, médecins généralistes et spécialistes

a) La relation entre médecin traitant et assuré

Le dispositif instaure une relation juridique nouvelle entre médecins traitants et assurés tout en entérinant une réalité qui préexistait à la réforme, le médecin de famille : tout médecin se voit en effet rattacher, à l'intérieur de sa patientèle, une population identifiée d'assurés qu'il prend en charge en tant que MT, car chaque assuré désigne son MT avec l'accord signé de ce dernier.

Ceci ouvre la possibilité de cerner voire d'orienter les pratiques du MT en fonction des caractéristiques médico-administratives de sa population de patients suivis. Cette perspective intéressante qui dépasse les actions permises par les relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) trouve un début de concrétisation dans l'avenant n° 23 de mars 2007 : celui-ci définit des actions de prévention telles que la vaccination antigrippale chez les personnes âgées, les traduit en objectifs quantifiés (taux de couverture de 75 % des personnes âgées de plus de 65 ans) et précise que ces objectifs seront déclinés et évalués pour chaque MT au vu de sa patientèle.

264. Des sanctions sont en revanche prévues à l'encontre des médecins en ce qui concerne le DMP : leur adhésion à la convention ou son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier. Ces sanctions sont, aux termes de la loi, applicables à compter du 1^{er} juillet 2007, mais le DMP ne sera qu'ultérieurement mis en œuvre.

Le médecin de famille avant la réforme

Selon l'enquête santé soins et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES auprès des ménages en 2002, 90% des personnes interrogées avaient un généraliste habituel. Cette proportion s'élevait à plus de 95 % parmi les personnes ayant un risque vital possible ou important.

Ces résultats, obtenus auprès des assurés, sont confortés par ceux d'une enquête réalisée par la DREES en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux sur le contenu et l'issue de leurs consultations²⁶⁵. Dans 75 % des cas, les généralistes assuraient un suivi régulier des patients qu'ils examinaient. Seules 7 % des consultations et visites avaient été a contrario l'occasion d'une première rencontre entre le médecin et le patient, les autres concernant des patients vus occasionnellement. Le recours au médecin était motivé dans plus de 40 % des cas par le suivi d'une affection chronique.

b) La relation entre le médecin traitant et les autres médecins

Le dispositif transforme aussi la relation entre médecins traitants et médecins de second recours (dans la pratique, la relation entre généralistes et spécialistes) : aux termes de la loi, les seconds doivent être « prescrits » par les premiers, reconnus comme niveau de premier recours. Certaines exceptions de bon sens sont prévues qui tiennent soit aux circonstances de la consultation chez le spécialiste (urgence ou éloignement du lieu de résidence), soit aux spécialités elles-mêmes dont certaines, définies par la convention en application de la loi de 2004, doivent demeurer en accès direct.

Accès directs et consultations adressées avant la réforme

Selon les données recueillies par l'IRDES en 2004²⁶⁶, l'accès direct aux spécialistes résultant d'une initiative personnelle concernait 32 % des consultations.

Parmi les 68 % de consultations restantes, 4% n'étaient pas renseignées quant à leur origine et 64 % représentaient des consultations adressées : 30 % de consultations faisaient suite à la demande du spécialiste de revoir son patient, 27 % au conseil d'un généraliste, moins de 7 % au conseil d'un autre spécialiste.

Trois catégories de spécialistes se distinguaient en matière d'accès aux soins :

- les spécialistes pour lesquels l'accès se faisait principalement à l'initiative du patient : les dermatologues (61 % en accès direct), les ophtalmologistes (57 % en accès direct) et les gynécologues (47 % en accès direct) ;

265. Etudes et résultats n° 315 juin 2004.

266. Questions d'économie de la santé n° 106 avril 2006.

- les spécialistes consultés très majoritairement après conseil médical (y compris celui du spécialiste consulté) : les anesthésistes, radiologues, endocrinologues, chirurgiens, pneumologues, cardiologues, gastro-entérologues et rhumatologues ;

- enfin ceux qui avaient un accès mixte sur adressage ou sur initiative du patient, essentiellement les psychiatres et les ORL (40 % des séances en accès direct).

Après pondération par la fréquence des consultations pour chacune des spécialités, les gynécologues réalisaient avant la réforme 31 % des accès directs aux spécialistes, les ophtalmologues 21 %, les dermatologues 12,6 %.

c) Le partage des informations médicales et médico-administratives

Enfin, la coordination entre le patient et les différents médecins qui le prennent en charge doit être favorisée par la circulation et le partage des données médicales rendus possibles par le DMP et des données médico-administratives de l'assurance maladie mises à disposition des médecins par le webmédecin (également créé par la loi d'août 2004)²⁶⁷.

Le principe du partage des informations médicales entre médecins²⁶⁸ est différent de celui introduit par la loi 2002-303 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) qui donne le droit aux patients d'avoir accès au dossier médical le concernant : le DMP est appelé à concilier ces deux caractéristiques récentes de l'information médicale.

3 – Un dispositif renforcé par la démarche de maîtrise médicalisée

Dans ses principes essentiels, le dispositif MT/PSC introduit donc des transformations structurelles significatives dans l'organisation des soins médicaux : il vise principalement à renforcer, sur la durée, les missions du médecin de premier recours et à éviter, grâce à la coordination et au partage des données médicales, la redondance voire l'inutilité de certains actes cliniques et techniques réalisés par les spécialistes.

²⁶⁷. Les hésitations sur le contenu du DMP et les retards pris dans sa mise en place ont conduit à reporter sa généralisation au-delà du 1^{er} juillet 2007, date prévue par la loi. Le webmédecin, quant à lui, prévu par l'avenant conventionnel de mars 2006 est en phase de montée en charge.

²⁶⁸. Voir le chapitre X relatif au partage des données entre les systèmes d'information de santé.

Il est prolongé et renforcé par la démarche de maîtrise médicalisée, remodelée par la loi d'août 2004 et progressivement déployée par la convention médicale du 12 janvier 2005 et ses avenants 12 de mars 2006 et 23 de mars 2007.

La maîtrise médicalisée

Le cadrage financier triennal de la maîtrise médicalisée qui accompagnait la présentation de la loi du 13 août 2004 comportait deux volets.

Le premier est destiné à agir sur les pratiques médicales par le biais des recommandations de la Haute Autorité de santé et celui de l'évaluation des pratiques professionnelles : la diminution des dépenses correspondante a été estimée à 2,5 Md€ sur trois ans (hors effets du DMP estimés à 1 Md€).

Le second volet est ciblé sur la maîtrise des prescriptions et devrait générer, sur trois ans également, des économies estimées à 2,3 Md€ sur les produits et 0,8 Md€ sur les indemnités journalières.

En 2004, la prescription représentait 39,3 Md€ en dépenses remboursables contre 16,5 Md€ d'honoraires (18,2 Md€ avec les dépassements) : elle concerne davantage les médecins généralistes qui généraient 78 % des dépenses.

C – La mise en place du parcours de soins coordonné

La loi du 13 août 2004 a nécessité d'importants travaux dans un laps de temps très court, la date d'application retenue étant le 1^{er} juillet 2005 (le 1^{er} janvier 2006 pour les incitations négatives).

1 – La mise en place matérielle de la nouvelle organisation

Celle-ci s'est ajoutée, pour la CNAMTS, à d'autres grands chantiers : l'introduction de la classification commune des actes médicaux (CCAM versant actes techniques), la réforme tarifaire des établissements de santé (tarification à l'activité), la création de la franchise de 1€ par acte.

a) La désignation du MT

L'application matérielle du PSC a supposé en premier lieu l'envoi des formulaires de désignation du MT aux 50 millions de bénéficiaires potentiels et l'enregistrement de cette information dans la base de données des assurés : au 1^{er} juillet 2005, plus de la moitié des bénéficiaires du régime général avait choisi un médecin traitant. Au 1^{er} mai 2006, ce taux était de 80 % tous régimes confondus (près de 41 millions sur 50). Ce nombre correspond approximativement à l'ensemble de la population ayant consulté dans l'année, puisque 20 % environ de la population ne consomme aucun soin durant une année.

b) Le système de facturation-liquidation

Le parcours de soins a nécessité en second lieu la conception et la réalisation du nouveau modèle de feuille de soins ainsi que l'adaptation des applicatifs de liquidation. Deux types de modifications ont en effet découlé de la réforme : les premières, assez classiques, ont pris en compte les nouvelles prestations facturables ou les revalorisations tarifaires examinées plus loin, les secondes, plus significatives, ont dû introduire de nouveaux critères de liquidation relatifs à la situation de l'assuré et des médecins au regard du PSC.

En outre, compte tenu de la brièveté du délai, la CNAMTS a dû intégrer en cours de chantier les précisions issues des textes d'application : les adaptations informatiques se sont succédé à un rythme élevé avec 17 versions entre janvier 2005 et septembre 2006.

Malgré un risque fort de dégradation du système, les difficultés ont été globalement surmontées :

- une augmentation des rejets de feuilles de soins a été constatée au début de l'application (3,1 % d'août à décembre 2005 au lieu de 2,4 % en 2004), due aux erreurs de codification ou de facturation ;
- l'analyse des résultats sur la période 2004-2006 montre en revanche que le délai moyen de traitement des feuilles de soins papier, après un allongement maximum de 2,2 jours calendaires au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres 2006 était, fin 2006, supérieur de 1 jour seulement au délai initial (8,4 jours contre 7,4). Il n'y a pas eu non plus de détérioration du volume des flux de feuilles de soins électroniques.

c) Les actions d'information et de communication

Tant au niveau national que dans les caisses locales, la réforme a fait l'objet d'un fort investissement d'accompagnement et d'information auprès des assurés et des professionnels de santé. Outre la multiplication des brochures et des pages Internet, on retiendra le recours à deux plates formes téléphoniques nationales dédiées aux assurés et aux praticiens ainsi que l'intervention massive des délégués de l'assurance maladie.

Quelques chiffres

La plate forme dédiée aux assurés a enregistré plus d'un million d'appels durant les onze premiers mois de l'année 2005 avec un maximum en juin 2005 de 145 716 appels. En novembre 2005, elle n'enregistrait plus que 6881 appels et a été fermée.

La plate forme dédiée aux professionnels de santé a surtout été mobilisée dans les trois premiers mois de l'année 2005 (4765 appels en janvier 2005, 4985 en mars 2005). En mai 2005 elle n'enregistrait plus que 1451 appels et a été fermée. Toutefois les demandes ont amené à la rouvrir

le 2 janvier 2006 pour quatre mois. Elle a durant cette période traité plus de 18 000 appels.

d) La mise en place d'indicateurs de suivi

Le tableau de bord de la CNAMTS accessible à toutes les caisses sur Intranet suit le degré d'application du nouveau dispositif, notamment le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie ayant désigné un médecin traitant, le choix d'un généraliste ou d'un spécialiste pour les bénéficiaires du régime général, le nombre moyen de patients pris en charge par un médecin traitant (dont le nombre moyen de patients en ALD).

Ce tableau de bord comporte aussi des indicateurs relatifs au respect du dispositif tels que l'évolution hebdomadaire des consultations selon la position dans le PSC et l'importance des incitations négatives appliquées aux assurés non respectueux du parcours de soins.

Ces indicateurs alimentent pour partie la batterie d'indicateurs mise en place au niveau du ministère au sein d'un comité dénommé comité ONDAM placé sous la houlette de la direction de la sécurité sociale : elle permet d'informer régulièrement le ministre sur le niveau de mise en oeuvre de toutes les mesures découlant de la loi d'août 2004. Les trois items qui concernent le PSC stricto sensu montrent que la pleine montée en charge du PSC était quasiment achevée en juillet 2006.

2 – Les modalités du dispositif MT/PSC à fin 2006

L'absence de rupture, posée comme une absolue nécessité par le pouvoir politique, conduit à ne pouvoir apprécier la pertinence du nouveau dispositif que dans la durée : les constats de la Cour se limitent donc aux réalisations des deux exercices 2005 et 2006.

Par ailleurs, si l'application et le respect du dispositif sont suivis grâce aux indicateurs vus plus haut, il convient de préciser qu'aucune définition des instruments d'évaluation de ses effets n'a été pour l'instant élaborée. La Cour estime que cette carence, qui a déjà caractérisé les expérimentations de coordination antérieures, doit être corrigée rapidement.

a) Les textes d'application

A l'exception d'un décret²⁶⁹, les textes réglementaires sont tous parus : ils sont au demeurant peu nombreux, car seules les dispositions

269. Décret définissant les modalités d'application de la diminution du taux de remboursement pour les bénéficiaires de la CMUC non respectueux de parcours.

relatives à la participation de l'assuré, aux médecins salariés également impliqués par le parcours et au secteur des assurances complémentaires relèvent du champ réglementaire. Pour les deux premiers items, les textes réglementaires se sont calqués sur les dispositions conventionnelles qui les ont précédés.

En vertu du principe de délégation déjà évoqué, c'est la convention médicale du 12 janvier 2005 qui constitue le bloc principal ainsi que six des 16 avenants dont la parution s'est échelonnée de mai 2005 à novembre 2006²⁷⁰.

Cette convention unique a été signée par trois des cinq syndicats représentatifs de la profession : la CSMF (confédération des syndicats médicaux français), le SML (syndicat des médecins libéraux) et Alliance ; la FMF et MG France n'ont pas signé.

b) Un premier niveau de recours insuffisamment défini

La volonté d'associer l'ensemble des médecins à la définition du dispositif et d'aboutir à la conclusion d'une convention unique²⁷¹ a orienté le contenu des textes. Si le préambule de la convention affirme la volonté commune des partenaires de construire une première ligne de soins, la convention a peu développé ce volet.

Deux dispositions législatives estompent d'ailleurs la fidélisation à un médecin généraliste. D'une part, le MT peut être généraliste ou spécialiste, ce qui pose par ailleurs un problème juridique²⁷² : toutefois, la quasi-totalité des bénéficiaires du régime général (99,5 %) a désigné un généraliste comme médecin traitant. D'autre part, l'assuré peut en changer à tout moment alors que l'IGAS préconisait une fidélisation d'un an par exemple : selon une étude de la CNAMTS moins de 5% des bénéficiaires auraient changé de MT en 2006.

270. Fin mars 2007, la convention connaît 23 avenants signés par les partenaires : les avenants n° 12 de mars 2006 et n° 23 de mars 2007 constituent l'exercice annuel d'actualisation de la convention (prévu au point 1.5 de la convention : bilan d'étape annuel) et consacrent un chapitre au PSC.

271. Les médecins spécialistes n'avaient pas signé de convention depuis 1997.

272. Dans un avis du 28 janvier 2005, rendu sur la convention nationale des médecins libéraux, le conseil national de l'ordre des médecins a relevé que cette faculté ouverte par la loi est en contradiction avec le principe de l'exercice exclusif de la spécialité et a conclu son avis en précisant que « le médecin spécialiste devra remplir les missions du médecin traitant, mais ce statut ne saurait permettre à son titulaire d'assurer la prise en charge d'un patient en dehors de la spécialité au titre de laquelle il est inscrit à l'ordre ».

Le suivi des assurés bien portants et des malades chroniques figure dans la liste des missions qui incombent au MT : les termes de prévention et d'éducation thérapeutique sont mentionnés.

L'avenant n° 12 du 23 mars 2006 a donné un début de concrétisation à la prévention en définissant les thèmes suivants²⁷³ :

- promotion du dépistage organisé du cancer du sein ;
- prévention du risque iatrogène médicamenteux chez les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- prévention des risques cardio-vasculaires des patients diabétiques.

Quant au rôle spécifique du MT vis-à-vis des malades chroniques ou polyopathologiques relevant notamment d'une ALD (6,5 millions d'assurés qui concentrent 60 % des dépenses), il n'est pas traité de manière globale : il s'agit plutôt des pièces d'un puzzle qu'il serait souhaitable de corriger, compléter et assembler.

ALD et MT

L'article 6 de la loi du 13 août 2004 charge le MT d'établir le protocole de soins. Cette disposition n'est en soi pas nouvelle puisqu'elle préexistait à la loi dans l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale : mais le terme de médecin traitant ne présentait pas alors le caractère administratif et exclusif que lui a donné la loi du 13 août 2004.

Avant la réforme, les médecins généralistes établissaient un peu plus de la moitié des protocoles d'admission en ALD (PIRES) mais moins de 20 % pour des affections telles que le VIH ou la tuberculose active.

En raison des difficultés rencontrées lors de l'établissement des nouveaux protocoles par le seul MT, la CNAMTS a autorisé des dérogations temporaires à la loi par voie de circulaire interne non publiée. Cette situation est insatisfaisante et doit être rapidement corrigée.

Comme on le verra plus loin, ce dispositif ALD a été défini en partie pour apporter aux médecins généralistes devenus médecins traitants une augmentation du revenu qui ne se traduise ni par une revalorisation générale de la consultation ni par la création d'un forfait par patient suivi.

Ce compromis insatisfaisant marque la nécessité d'une réflexion approfondie et globale sur les fonctions et le mode de rémunération du médecin généraliste comme acteur des soins de première ligne.

273. Ces thèmes ont été enrichis par l'avenant n° 23 signé le 30 mars 2007 et surtout précisés : ils doivent être déclinés en objectifs individualisés par MT en fonction des caractéristiques de la population qui lui est rattachée.

c) La coordination des soins dans le parcours

La convention s'est davantage préoccupée des modalités de l'accompagnement du patient, tout au long de son parcours dans le système de soins et s'est appliquée à définir de manière générale les différents cas de figure mettant en contact le MT et les autres médecins.

Trois situations principales ont été répertoriées :

- une relation ponctuelle entre le MT qui adresse le patient à un autre médecin consulté pour avis désigné sous le terme de consultant²⁷⁴. Le caractère ponctuel de cette consultation pour avis exclut que le praticien consultant ait reçu le patient dans les 6 mois qui la précèdent et le reçoive dans les 6 mois qui la suivent. De même, il est précisé qu'un tel avis ne peut être demandé plus d'une fois par semestre pour une même spécialité et une même pathologie, sauf à en informer le service du contrôle médical (une exception a été introduite par l'avenant n° 10 pour les psychiatres qui peuvent coter un avis de consultant tout en recevant le patient une ou deux fois dans la semaine qui suit l'avis²⁷⁵) ;
- une relation durable entre le MT qui adresse le patient et un autre médecin désigné sous le terme de correspondant : à la suite de cet adressage initial, le médecin correspondant délivre un traitement sous forme de soins itératifs lequel doit faire l'objet, aux termes de la convention d'un plan de soins, non mis en œuvre à ce jour ;
- une relation chaînée entre plusieurs médecins qui s'adressent successivement un patient, sans que ce dernier consulte à nouveau son médecin traitant. Le vocable de soins séquentiels désigne cette situation. L'inclusion dans le parcours de soins des actes techniques, y compris ceux pratiqués lors d'une hospitalisation, implique que cette troisième situation est fréquente. Or, si la loi définit la possibilité d'exceptions à la consultation préalable du MT, liées à la circonstance d'urgence ou d'éloignement ou à la nature de la spécialité demeurée en accès direct, elle ne prévoit pas expressément le cas des soins séquentiels.

La prescription par le MT d'un autre médecin se réduit dans la convention à un rôle de conseil et d'orientation : « dans ce parcours de soins coordonné, le patient est incité à consulter en première intention son MT qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de

274. L'avis de consultant n'est pas une création de la convention de 2005 et du parcours de soins : tant le code de déontologie qui a valeur réglementaire (article 60, R 4127-60 du code de santé publique) que la NGAP (ancien article 18- Consultations faisant intervenir 2 médecins) l'avaient déjà formalisé.

275. L'extension de cette possibilité aux autres spécialités est explicitement revendiquée par au moins une organisation professionnelle.

besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant, qu'il choisit librement ».

Il résulte de ce libre choix du patient, maintenu comme principe intangible, que le rôle d'orientation du MT se limite à diagnostiquer la nécessité de recourir ou non à un autre médecin. Le MT n'a pas de réseau de correspondants préétabli, organisé et connu de l'assuré ; il n'est pas non plus tenu d'orienter son patient vers un spécialiste à honoraires opposables (secteur I).

Le préambule de la convention indique à cet égard que le médecin traitant s'appuie « sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient ». La convention médicale a ainsi entériné l'une des lacunes mises en évidence par le HCAAM : « la coordination est plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite. ».

La formalisation de ces contacts entre le MT et les autres médecins, à savoir l'adressage et le retour d'information, est sommaire et peu contraignante : la mise en place du futur DMP sera de nature à pallier cet inconvénient :

- l'adressage : le médecin correspondant répond aux sollicitations du médecin traitant et le médecin consultant à la demande explicite du médecin traitant. Aucun formulaire ni modèle de lettre d'adressage ne s'impose et aucun délai n'est par ailleurs mentionné entre la consultation du MT et celle du spécialiste ;
- le retour d'information : le médecin correspondant doit « tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et les lui transmettre, dans des délais raisonnables²⁷⁶, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient ». Le médecin consultant « s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi. ».

Les dispositions conventionnelles sont peu différentes de celles qui figuraient déjà à l'article 60 du code de déontologie (R. 4127-60 du code de la santé publique) : « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage... A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient. »

Le nouveau modèle de feuille de soins élaboré en concertation avec les médecins ne prend pas en compte la diversité des situations

276. La convention mentionne que ces délais pourront être précisés par avenant : cette disposition n'a pas été suivie d'effet.

répertoriées dans la convention. La feuille de soins est en effet organisée selon un arbre de décision simplifié et ne peut être remplie de façon pertinente que dans les situations élémentaires : consultation chez le MT ou consultation de second recours chez un spécialiste. En cas de soins séquentiels et de consultation de troisième recours (patient adressé à un spécialiste par un spécialiste), aucune case n'est prévue. Or, la feuille de soins est à ce jour le seul support permettant de qualifier la situation du patient et du médecin au regard du parcours de soins : outre sa nature déclarative, sa conception inadaptée rend problématique la fiabilité de la liquidation et des indicateurs qui en découlent.

D – Les caractéristiques financières du dispositif à fin 2006

1 – La valorisation des nouvelles fonctions

Le préambule de la convention indique : « En premier lieu, et compte tenu de la volonté d'organiser le système de soins primaires et secondaires, les parties signataires conviennent de reconnaître le rôle de chaque intervenant du parcours de soins coordonné et de valoriser ses fonctions ». La convention a défini les éléments tarifaires spécifiques du PSC en distinguant les missions du MT et celles des médecins consultants ou correspondants. Cependant les solutions adoptées ont conduit à un dispositif tarifaire très complexe et sont empreintes de préoccupations connexes, d'ailleurs différentes selon qu'il s'agit des généralistes et des spécialistes.

a) La rémunération du médecin traitant

Alors qu'il est le pivot du nouveau système, le médecin traitant ne bénéficie d'aucune rémunération spécifique pour ses deux missions désormais formalisées : le suivi régulier des patients qui l'ont désigné et leur orientation dans le système de soins.

Sa nouvelle rémunération passe par le versement d'un forfait annuel de 40 € par patient en ALD qui rétribue un suivi pour l'heure assez peu défini. Cette rémunération inclut la rédaction du protocole de soins qui donnait lieu auparavant au paiement d'un forfait de 50 € par protocole. Le passage d'une rémunération sur le flux des ALD entrants à une rémunération sur le stock des patients en ALD a représenté un gain supplémentaire annuel de l'ordre de 190 M€ pour les médecins traitants.

A travers la rémunération du MT se pose la question, plus générale, de la juste rémunération du médecin généraliste et de ses missions. Un dispositif obligatoire et généralisé à l'ensemble des assurés peut difficilement donner lieu au paiement d'un forfait significatif par

assuré ou patient suivi, sauf à envisager de le substituer pour partie et progressivement au paiement à l'acte.

Cette difficulté s'accroît lorsqu'on raisonne en dépenses d'assurance maladie obligatoire : celle-ci finance en effet les forfaits à 100 %, la participation des assurés étant pour l'heure liée au remboursement des actes (par le biais du taux de remboursement des prestations).

Cette contrainte financière se traduit par une minoration du coût global des rémunérations forfaitaires qui s'opère en limitant le nombre de médecins et/ou d'assurés visés par la mesure et débouche sur des dispositifs optionnels (option médecin référent²⁷⁷, contrats de santé publique) ou sur des dispositifs obligatoires mais ciblés (forfait ALD, forfait diabétique etc.).

Quelques ordres de grandeur en dépenses d'assurance maladie

Le forfait médecin référent a été fixé à 45,73 € par patient ayant opté : le nombre d'assurés optants était de 1 236 000 en 2004, soit un montant d'environ 56 M€;

Le nouveau forfait ALD est de 40 € pour 6,5 millions de patients en ALD, soit un montant d'environ 260 M€ équivalent au coût de la revalorisation de 1 € de la C qui est intervenue l'année suivante (le 1^{er} août 2006)²⁷⁸.

Le forfait destiné à prévenir les risques cardiovasculaires chez les patients diabétiques serait de 10 € dans l'expérience pilote envisagée par l'avenant du 23 mars 2007. Son application aux 2 millions de patients diabétiques qui s'ajouterait au forfait ALD représenterait un coût de 20 M€

b) La rémunération des médecins consultants et correspondants

Les médecins consultants et correspondants, le plus souvent spécialistes, sont rémunérés de manière spécifique quand l'assuré s'est

277. La convention nationale du 12 janvier 2005 a prévu la mise en œuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent : après une intervention du législateur (article 103 de la LFSS) autorisant le règlement du sujet par arrêté à défaut de conclusion d'un avenant conventionnel avant le 31 janvier 2007, un avenant (n° 18) a été signé le 7 février 2007. Celui-ci prévoit une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive, calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12/02/05 : (45,73 € x patients adhérents) - (40 € x patients en ALD).

278. L'avenant conventionnel n° 23 prévoit deux nouvelles augmentations de 1 € de la C en 2007 et 2008. L'augmentation de 2008 est toutefois conditionnée aux marges de manœuvre de la LFSS pour 2008 et aux engagements des médecins en matière de maîtrise médicalisée et de la prévention.

placé dans le parcours en consultant préalablement son médecin traitant. Toutefois, ce principe simple s'applique de manière complexe dans la mesure où d'autres critères de différenciation ont été retenus pour prendre en compte l'ensemble des problèmes de rémunération propres aux médecins spécialistes, en particulier la tension sur le secteur 2.

Les tarifs des spécialistes dans leur ensemble

S'agissant des tarifs opposables²⁷⁹ (sur la base desquels est calculé le remboursement de l'assurance maladie obligatoire) aucune rémunération spécifique n'est due au titre des actes techniques réalisés dans le parcours et la consultation pour avis ponctuel du médecin consultant, cotée C2 soit 42 €²⁸⁰ s'applique à tous les spécialistes mais pas aux médecins généralistes, alors que l'ancien article 18 de la NGAP déjà cité comportait un avis coté C 1,5 pour les MG.

Les majorations facturables par les spécialistes de secteur 1²⁸¹

- la consultation du médecin correspondant est augmentée d'une majoration de coordination MCG ou MCS de 3 €: elle s'applique aux médecins généralistes et spécialistes mais ne concerne que les médecins de secteur 1²⁸² ;
- cette majoration de coordination (MCG ou MCS de 3 €) est complétée par une majoration provisoire clinique²⁸³ MPC de 2 € Cette dernière s'applique que l'assuré ait consulté ou non son MT, mais elle ne s'applique qu'aux spécialistes de secteur 1 : pour ces derniers, le tarif opposable de la CS est donc de 28 €(23 + 3 + 2) pour les patients dans le parcours de soins ;
- parallèlement, d'autres majorations ont été instituées qui ont pour résultat de fixer les tarifs opposables des spécialistes de secteur 1 au

279. Les tarifs indiqués sont ceux en vigueur fin 2006.

280. Ce choix de cotation implique que toute revalorisation de la consultation des généralistes (C) bénéficie également aux spécialistes.

281. Les spécialistes de secteur 2 peuvent aussi facturer ces majorations aux bénéficiaires de la CMUC, auxquels en revanche ils ne peuvent facturer de dépassements.

282. A l'instar de leurs tarifs de CS, la majoration de coordination est supérieure pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (4€) et pour les cardiologues (3,27€).

283. La majoration provisoire clinique (MPC) de la CS a été créée par l'arrêté du 22/09/03 (JO du 25/09/03), dans l'attente de la nouvelle classification commune des actes médicaux cliniques qui aura pour fonction de hiérarchiser les actes cliniques en niveaux : elle était de ce fait réservée à certaines spécialités (dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, gynécologie, ophtalmologie, médecine interne). Avec la mise en place du parcours de soins coordonné, la MPC a perdu sa fonction initiale et a été étendue à toutes les spécialités.

même niveau (28 €) pour les assurés de moins de 16 ans non soumis au parcours de soins que celui des assurés de plus de 16 ans respectueux du parcours.

Ces diverses formes de revalorisation tarifaire ont eu pour conséquence d'augmenter significativement la charge de l'assuré (ménages et complémentaires), même en cas de respect du parcours de soins : ainsi, avec un taux de remboursement non pénalisé (de 70 %), le reste à charge est passé de 6,9 € à 8,4 € pour une consultation chez un spécialiste de secteur 1.

Le choix de l'option de coordination pour les médecins de secteur 2

Pour les spécialistes de secteur 2, une option de coordination a été créée : parfois appelée dispositif optionnel dans la convention, ce qui entraîne une confusion possible avec le secteur optionnel prévu par le protocole chirurgie d'août 2004, elle a pour objectif d'introduire dans le secteur 2 une maîtrise des dépassements, compensée par une prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des médecins. Elle s'adresse aux généralistes et aux spécialistes.

Cette option qui préfigure l'éventuelle définition d'un secteur nouveau à dépassements maîtrisés (secteur optionnel) s'applique aux patients dans le parcours, mais aussi aux assurés de moins de 16 ans non soumis au parcours : les actes cliniques doivent être facturés aux tarifs opposables du secteur 1 (c'est-à-dire avec les majorations réservées à ce secteur) et les actes techniques avec des dépassements maîtrisés plafonnés à 15% des tarifs opposables.

L'option de coordination a remporté un faible succès : à la fin de septembre 2006, les 286 médecins adhérents représentaient 3,8 % des omnipraticiens de secteur 2 et les 596 spécialistes 3 % du secteur 2.

Ainsi une grille tarifaire compliquée a été définie par les partenaires conventionnels : aux critères liés à la situation de l'assuré dans le parcours de soins se sont ajoutés des critères relatifs à la spécialité et surtout au secteur conventionnel d'appartenance des médecins (secteur 1 ou 2 avec dépassements).

2 – Les pénalisations pour non respect du parcours de soins

La loi prévoit deux types de pénalisations, non remboursées par les assurances complémentaires dans le cas des contrats responsables²⁸⁴, qui se sont appliquées à compter du 1^{er} janvier 2006.

284. Depuis 2002, les contrats d'assurance complémentaire dont l'adhésion n'est pas subordonnée à un questionnaire médical sont exonérés de la taxe de 7 % sur les contrats d'assurance. En outre, lorsqu'ils sont obligatoires et souscrits en entreprise,

a) La majoration du ticket modérateur

Une majoration de la participation de l'assuré (prévue au I de l'article L. 322-2) a été instituée « pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ».

Deux décrets parus en novembre 2005 en ont précisé les modalités : fourchette de majoration (fixée entre 7,5 % à 12,5 %) à l'intérieur de laquelle l'UNCAM a compétence pour décider le taux de majoration (en l'occurrence 10 %), plafonnement (l'augmentation du ticket modérateur ne peut dépasser 2,50 € par acte), exceptions à la majoration dont les principales sont :

- cas d'urgence et d'éloignement du lieu de résidence habituelle prévus par la loi ;
- ALD protocolisée prévue par la loi ;
- soins itératifs et soins séquentiels tels que définis par la convention médicale de janvier 2005 ;
- spécialités laissées en accès direct (préalablement définies dans la convention médicale de janvier 2005) : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie.

b) Les dépassements autorisés

Le paiement de dépassements d'honoraires aux médecins relevant de certaines spécialités a été prévu pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins.

La loi a délégué à la convention le soin de définir les modalités de ces dépassements. Celles-ci ont compliqué le schéma initial :

- les dépassements incitatifs au respect du parcours ne sont facturables que par les spécialistes de secteur 1 (ou secteur 2 ayant choisi l'option de coordination ou recevant des bénéficiaires de la CMUC, puisqu'ils sont astreints dans ce cas à facturer en tarifs opposables) ;
- ils sont facturables aux patients hors parcours dans les spécialités qui ne sont pas désignées comme étant en accès direct, mais ils sont aussi

celle-ci peut déduire de ses cotisations fiscales et sociales le montant du financement qu'elle leur consacre.

Sur la base de l'article 57 de la loi d'août 2004 et le décret du 29 septembre 2005, seuls les contrats d'assurance complémentaire ne prenant pas à leur charge les pénalisations pour non respect du parcours de soins coordonné (majoration du ticket modérateur et dépassement autorisé) ainsi que la franchise de 1 € pourront prétendre aux déductions fiscales et sociales : ce sont les contrats responsables.

facturables dans les spécialités en accès direct : la convention et ses avenants ont en effet défini par exception, à l'intérieur de chacune de ces spécialités, les actes relevant de l'accès direct, les autres actes étant de facto soumis aux règles du parcours de soins.

Le champ d'application des deux pénalités est donc différent par rapport à la notion d'accès direct : la majoration de ticket modérateur ne s'applique à aucun des actes des spécialités en accès direct, alors que le dépassement autorisé peut s'appliquer aux actes des spécialités en accès direct dès lors qu'ils ne figurent pas dans la liste des actes spécifiés comme étant en accès direct. Ainsi une consultation chez un gynécologue n'est jamais passible d'une majoration de ticket modérateur mais peut, suivant le motif de cette consultation, donner lieu à la facturation d'un dépassement autorisé par le spécialiste de secteur 1. Cette double définition de l'accès direct, législative et conventionnelle, rend le système inutilement complexe : l'objectif recherché était de permettre la facturation des dépassements autorisés dans toutes les spécialités, mais la pratique montre que les médecins ne font guère usage de cette faculté (cf. infra).

La convention a limité les dépassements autorisés en pourcentage par acte (17,5 %) et plafonné en pourcentage leur part dans le chiffre d'affaires du médecin pour en modérer l'usage (la part des honoraires des actes sans dépassement doit être supérieure à 70 % du total des honoraires perçus).

Le taux de dépassement de 17,5 %, autorisé dans la convention, s'applique non pas au tarif de base de la CS (23 €) mais au tarif avec double majoration (28 €), ce qui conduit à facturer 33 € une CS hors parcours. Pour l'assuré pénalisé, dont le taux de remboursement passe également de 70 % à 60 %, le reste à charge est de 19,2 € (40 % de 33 €) au lieu de 6,9 € avant la réforme (30 % de 23 €).

Incitations négatives du PSC et franchise de 1 €

La franchise de 1 € par acte est due dans tous les cas de figure, indépendamment du comportement vertueux ou non des assurés : plafonnée à 50 € par an, elle s'ajoute donc aux incitations négatives du PSC et présente avec elles quelques différences de champ d'application.

En ce qui concerne les assurés en sont exonérés les assurés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMUC²⁸⁵, les femmes enceintes et les titulaires d'une pension militaire d'invalidité.

En ce qui concerne le périmètre des actes elle ne s'applique pas aux hospitalisations, mais s'applique aux actes de biologie dont le tarif remboursé est supérieur à 1 €

3 – Les premiers effets financiers du dispositif

La loi d'août 2004 et les dispositions conventionnelles qui l'ont suivie mettent en place de nombreuses mesures dont les conséquences financières à court et long termes s'intriquent : leur évaluation est rendue difficile et conduit le ministère à prendre l'inflexion du taux de croissance constaté de l'ONDAM comme critère pertinent, sans chercher à en isoler les causes. La croissance des dépenses d'assurance maladie en soins de ville est en effet passée de +8 % en 2002 à +3,5 % en 2005.

Dans cet ensemble, le PSC n'a pas fait l'objet d'une prévision financière particulière, bien que ce dispositif entraîne à la fois des surcoûts certains, dus à la valorisation des nouvelles missions, et des économies potentielles, dues à une optimisation des soins médicaux.

Les surcoûts sont difficiles à cerner : la création de nouvelles prestations ou majorations constitue en effet, selon la DSS et la CNAMTS, un canal particulier par lequel sont passés des financements supplémentaires destinés à revaloriser le revenu des médecins. Sans le parcours de soins, ils auraient de toute façon été octroyés sous une autre forme, pour répondre à plusieurs finalités non explicitées : rééquilibrage de la profession de médecin généraliste, évolution attendue du revenu des médecins, récompense des efforts de la maîtrise médicalisée, compensation des pertes subies du fait même du parcours de soins...²⁸⁶

285. Les bénéficiaires de la CMUC sont soumis aux règles et aux pénalités du parcours de soins : les honoraires et les pénalités qui leur sont appliquées sont ceux des spécialistes de secteur 1, puisque le régime de la CMUC prévoit que les spécialistes de secteur 2 sont tenus de facturer en tarifs opposables. Quant à la majoration du ticket modérateur, elle ne s'applique pas en l'attente du décret d'application : la mise en oeuvre en est effet difficile puisque les bénéficiaires de la CMUC ont droit au tiers payant.

286. L'avenant n° 12 de mars 2006 a en effet compensé les pertes subies par huit spécialités dont le volume d'actes a baissé du fait du parcours de soins coordonné : ont été alloués 31,5 M€ d'honoraires remboursables supplémentaires, soit 22 M€ en dépenses remboursées.

a) Les effets conjugués du parcours de soins

Les effets favorables attendus du parcours de soins consistent principalement en une baisse des volumes d'actes de spécialistes, cliniques et techniques : l'économie qui en résulte pour l'assurance maladie obligatoire a été chiffrée à 76 M € en année pleine par la CNAMTS (au vu des constats réalisés sur les mois d'application de la réforme en 2005 et 2006). Ce chiffre a été calculé uniquement sur les actes cliniques (dépenses en droit constaté du régime général) par différence entre la dépense constatée et la prévision tendancielle établie à fin 2004. Dès lors que les indicateurs de la CNAMTS montrent un respect important du parcours de soins (87 % des actes ne dérogeraient pas aux règles), on peut supposer que cette tendance favorable se confirmera. En revanche, il semble qu'aucune décélération des actes techniques ne soit intervenue.

Les effets redoutés du parcours de soins résidaient principalement dans un risque de multiplication des consultations de généralistes due au passage obligé chez le MT, dans une augmentation non maîtrisée des avis ponctuels de spécialistes (C2), enfin dans une facturation excessive des dépassements autorisés. Sur la période examinée (s'arrêtant fin octobre 2006), ces risques semblent avoir été jugulés :

- le nombre de consultations des généralistes est réputé ne pas avoir augmenté, la croissance observée dans les dénombrements du régime général étant principalement attribuée, selon le ministère et la CNAMTS, à une épidémie de grippe ;
- les avis ponctuels, bien qu'en croissance régulière, demeurent raisonnables par rapport aux diverses hypothèses formulées au démarrage de la réforme : 8 millions d'actes ont été facturés en C2 sur les douze premiers mois d'application, soit une augmentation de 60 % par rapport à 2004²⁸⁷ ; ils représentaient un peu plus de 4 % des actes cliniques des spécialistes avant la réforme et un peu moins de 8 % en juin 2006 ;
- enfin, les dépassements autorisés sont très peu importants pour deux raisons : d'une part, le parcours est globalement respecté (il n'y a que 13 % des actes jugés hors parcours), d'autre part les spécialistes de secteur 1 ne les facturent que dans 13 % des cas possibles.

Les effets de transfert sont inhérents au parcours de soins coordonné, en raison des incitations négatives décrites plus haut : la majoration du ticket modérateur constitue un transfert de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages, alors que les dépassements autorisés s'analysent davantage comme une augmentation de la recette

287. La cotation C2 préexistait en effet au parcours de soins ; en 2004, 5 millions d'actes avaient été facturés en C2.

des spécialistes de secteur 1 à la charge exclusive des ménages. Le respect du parcours par les assurés minore la portée de ce transfert.

b) Les chiffrages

Sans prendre en compte les mesures intervenues en 2006 (notamment en vertu de l'avenant de mars 2006), les effets conjugués des dispositions relatives au seul parcours de soins se traduisent en année pleine de la manière suivante :

Coût du dispositif du parcours de soins et gains pour les médecins

En M€

	Coût assurance maladie	Organismes complémentaires	Ménages	Gain des médecins
Surcoûts	+ 496	+ 63	+ 172	+ 731
Economies	- 307	- 28	- 12	- 347
Solde	+ 189	+ 35	+ 160	+ 384

Source : Extrapolation en année pleine des effets du parcours, établie par la CNAMTS (France entière tous régimes)

Le financement supplémentaire accordé aux médecins est de 384 M€ dont 42 % proviennent des seuls ménages (en vertu des contrats responsables) : il se répartit en +270 M€ pour les généralistes et +114 M€ pour les spécialistes (sans que l'on puisse différencier la part respective bénéficiant aux secteurs 1 et 2).

En intégrant les principales mesures de l'avenant annuel de mars 2006, les recettes supplémentaires (évaluées en année pleine) accordées aux médecins atteignent 755 M€, ce qui représente un peu moins de 4 % du total des honoraires de 2004.

Recettes accordées aux médecins

				<i>En M€</i>
	Coût assurance maladie	Généralistes	Spécialistes	Gains des médecins
Mesures PSC	+ 189	+ 270	+ 114	+ 384
Compléments de l'avenant 2006				
- 1 €sur C	+ 251	+ 320	+ 19	+ 339
-mesures d'accompagnement	+ 22		+ 32	+ 32
Total	+ 462	+ 590	+ 165	+ 755

Source : Cour : tableau établi à partir des notes d'estimation financières de la DSS

CONCLUSION

A l'issue de ces analyses distinctes mais convergentes il apparaît que le manque de connaissance suffisamment précise, des revenus des médecins libéraux ou, dans une moindre mesure, des zones considérées comme sous dotées en médecins constitue un premier obstacle à l'adoption de mesures pertinentes de régulation de l'activité des médecins.

Les outils à disposition de l'Etat et de la CNAMTS qui permettraient de réguler l'activité des médecins apparaissent en outre souvent inadaptés. Les mesures de limitation du nombre de médecins ont été mises en œuvre de manière trop heurtée (*numerus clausus*) et n'ont permis ni de garantir une répartition géographique des médecins conforme aux besoins de la population, ni d'assurer un équilibre entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'une part, entre secteur conventionné et secteur à honoraires libres d'autre part.

Ces outils ont par ailleurs été en partie détournés de leur objet. La classification commune des actes médicaux a certes permis de mettre en place, mais seulement pour les actes techniques, une méthode de codage et de cotation scientifiquement fondée. Il en résulte en principe une meilleure capacité de suivi et de pilotage des dépenses de soins, pour les actes accomplis à titre libéral ou hospitalier. En revanche l'objectif de rééquilibrage entre les différentes disciplines n'a été que très partiellement atteint à ce jour et celui de neutralité financière dans la mise en place de cette nouvelle classification a été abandonné.

Le parcours de soins coordonné constitue une nouveauté. La mise en place du médecin traitant s'est effectuée dans des délais courts et offre l'opportunité de développer en direction des médecins des actions ciblées en fonction des caractéristiques particulières des patients. Toutefois, la délégation de sa mise en œuvre aux partenaires conventionnels a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins.

En outre, la négociation conventionnelle a conduit à un maquis tarifaire illisible par l'assuré, en raison de la prise en compte de considérations étrangères au seul parcours de soins, en l'occurrence différentes pour les médecins généralistes et les spécialistes.

Une large partie du territoire est désormais confrontée, pour certaines spécialités, à un monopole de fait des médecins de secteur à honoraires libres. Dans un contexte de progression sensible des revenus des médecins, les dépassements d'honoraires ont cru de manière très préoccupante, essentiellement pour les spécialistes du secteur à honoraires libres. Le reste à charge des assurés s'est sensiblement accru, tandis que les assurés font face à des obstacles croissants aux principes d'égalité d'accès aux soins et de libre choix, sans que les économies attendues du parcours de soins coordonnés et de la CCAM aient été suffisantes pour compenser les surcoûts que ces réformes ont générés pour l'assurance maladie.

RECOMMANDATIONS

19. Réduire le nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale.

20. Mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

21. Poursuivre les transferts de compétences entre professionnels de santé.

22. Disposer le plus rapidement possible d'une connaissance fine des revenus des médecins libéraux entre le secteur 1 et le secteur 2.

23. Mettre en place une analyse financière des sociétés d'exercice libéral.

24. Faire respecter l'objectif de neutralité financière initialement arrêté pour la CCAM en programmant des baisses de tarif en particulier pour les radiologues.

25. Réexaminer le dispositif des dépassements autorisés du secteur 1 qui engendre une grande part de la complexité de la tarification du parcours de soins coordonné.

26. Conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes.
