

INSTITUT
MONTAIGNE



Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale

RAPPORT MAI 2013

L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées - *think tank* - créé fin 2000 par Claude Bébéar et dirigé par Laurent Bigorgne. Il est dépourvu de toute attache partisane et ses financements, exclusivement privés, sont très diversifiés, aucune contribution n'excédant 2 % de son budget annuel. En toute indépendance, il réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons et des expériences les plus variés. Il concentre ses travaux sur trois axes de recherche :

Cohésion sociale

Mobilité sociale, intégration des minorités, légitimité des élites...

Modernisation de l'action publique

Réforme de l'État, éducation, système de santé...

Stratégie économique et européenne

Compétitivité, spécialisation industrielle, régulation...

Grâce à ses experts associés (chercheurs, praticiens) et à ses groupes de travail, l'Institut Montaigne élabore des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Il contribue ainsi aux évolutions de la conscience sociale. Ses recommandations résultent d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique. Elles sont ensuite promues activement auprès des décideurs publics.

À travers ses publications et ses conférences, l'Institut Montaigne souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique.

L'Institut Montaigne s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'il publie, mais les opinions et les jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à l'Institut, ni, a fortiori, à ses organes directeurs.

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

INSTITUT
MONTAIGNE



Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale

MAI 2013

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I - DES TERRITOIRES OUBLIÉS ET UNE MAUVAISE INFORMATION SUR LA QUALITÉ DES SOINS	7
1.1. Des Français très sévères sur l'accessibilité aux soins	7
1.2. Zones rurales et zones urbaines sensibles : les grandes oubliées de l'accès aux soins	9
1.3. Le manque d'information est la principale source d'inégalité d'accès à des soins de qualité	20
II - UN SYSTÈME DE SANTÉ COÛTEUX DONT L'ORGANISATION EST ARCHAÏQUE ET CLOISONNÉE	25
2.1. Le système de santé ne répond pas à la demande de transversalité des usagers	26
2.2. L'exercice professionnel « classique » constitue un frein à l'évolution du système de santé	33
2.3. Une insuffisante prise en compte des nouvelles technologies	48
III - PROPOSITIONS	55
Mettre en place le DMP, ouvrir l'accès aux données de santé, évaluer la qualité des soins	57
Faciliter le regroupement des professionnels de santé et la coordination des soins	60
Diversifier le profil des médecins et leur faire connaître l'exercice libéral	63
Avoir une approche décentralisée de l'accès aux soins	67
ANNEXES	69
REMERCIEMENTS	75

INTRODUCTION

Alors que les Français considèrent leur système de santé comme l'un des meilleurs au monde, ils sont près de quatre sur dix à estimer que l'efficacité des services de santé s'est dégradée au cours des cinq dernières années et 83 % d'entre eux estiment que l'accès aux soins va se détériorer dans les dix ans à venir¹.

Très onéreux (la part des dépenses de santé dans le PIB est proche de 12 %, ce qui fait du système français l'un des plus coûteux au monde après les États-Unis), d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins français pêche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisée par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé.

Face à ces enjeux, l'Institut Montaigne a souhaité donner la parole aux usagers et financeurs du système de soin afin de connaître leur avis et de mieux comprendre ce qui était acceptable ou non par nos concitoyens. Ainsi, d'octobre à décembre 2012, 25 citoyens venus de différentes régions de France et répondant à de nombreux critères de diversité (sexe, âge, niveau de diplôme, profession, etc.) ont été réunis pour répondre aux deux questions suivantes : « **Quel système de santé voulons-nous ? Comment devons-nous l'utiliser et le financer pour qu'il soit viable ?** »².

Avant d'écrire eux-mêmes l'avis final répondant à ces interrogations, ils ont suivi pendant deux week-ends un programme de formation sur

¹ Deloitte, *Les Français et la santé : va-t-on vers un système à deux vitesses ? Quelles solutions pour les candidats à l'élection présidentielle ?*, janvier 2012.

² Pour plus de renseignements sur la conférence de citoyens organisée par l'Institut Montaigne : <http://www.conferecedecitoyens.fr>

les grands enjeux de notre système de santé, élaboré par un comité de pilotage représentant une pluralité de points de vue, indépendant et bénévole. Ils ont ensuite confronté leurs idées et débattu avec des acteurs du système de santé : médecins, économistes, pharmaciens, décideurs politiques, associations de patients, etc.

Leur avis est riche d'enseignements sur la capacité des Français à participer et à contribuer activement à ce débat. Les 25 citoyens proposent dans cet avis des **pistes de réforme audacieuses** qui démontrent leur envie de réformer un système qu'ils jugent à bout de souffle afin d'en préserver les valeurs fondamentales que sont l'égalité d'accès aux soins et la solidarité. Ils déplorent l'opacité et la confiscation de l'information sur la santé. Cet avis met également en avant la capacité des Français à se remettre en cause en tant qu'usagers du système et leur envie d'en devenir des acteurs responsables et actifs.

La situation est paradoxale : il n'y a jamais eu autant de médecins en activité qu'aujourd'hui et pourtant les déserts médicaux font la une des médias. 95 % de la population a accès à des soins de proximité en moins de 15 minutes alors que nos concitoyens jugent l'accès aux soins problématique. Au-delà des problèmes – évidents – de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la question ne serait-elle pas plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays ?

La population française vit beaucoup plus longtemps aujourd'hui que dans les années 1950, mais subit les conséquences de son vieillissement : **l'augmentation des pathologies chroniques exige un suivi régulier de chaque patient et une meilleure coordination des soins entre ville et hôpital.** La population médicale évolue

également : plus féminine, plus urbaine, elle se détourne largement de l'exercice solitaire en cabinet libéral pour aller vers de nouveaux modes d'exercice.

Les territoires évoluent également et les besoins se diversifient entre les populations. **Le système français, jacobin dans son organisation, semble incapable de s'adapter aux réalités changeantes et aux besoins différenciés des territoires.**

Les nouvelles technologies, si présentes dans de nombreux pans de notre économie, peinent à trouver leur place dans le domaine de la santé, alors même que, comme nous le montrent des pays voisins, elles pourraient permettre des gains de temps et de qualité pour les patients comme pour les professionnels.

Face à ces défis, et dans un contexte de finances publiques contraintes, comment adapter l'organisation de notre système de santé ? Le débat public tend trop souvent à se restreindre à une opposition stérile entre mesures incitatives et mesures coercitives quant à l'installation des médecins³. Au-delà de ces mesures, **c'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour de parcours de soins adaptés aux besoins des patients qu'il faut s'orienter.** Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.

³ Voir notamment le rapport de la Commission du développement durable du Sénat, *Déserts médicaux : agir vraiment*, février 2013, qui propose des mesures pour interdire l'installation de médecins en zones surdotées ou encore en mai 2012 le séminaire ordinal annuel du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) sur le thème de l'accès aux soins. Le CNOM préconisa alors de contraindre les jeunes médecins à exercer durant cinq ans dans la région de leurs études, dans un lieu déterminé par les Agences régionales de santé (ARS) en fonction des besoins de santé de la population, contre l'avis de nombreux syndicats étudiants.

DES TERRITOIRES OUBLIÉS ET UNE MAUVAISE INFORMATION SUR LA QUALITÉ DES SOINS

1.1. DES FRANÇAIS TRÈS SÉVÈRES SUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

Par rapport à leurs voisins européens, les Français ont une perception très pessimiste de l'évolution de leur système de santé. Ils estiment qu'il n'y a pas assez de médecins et que ces derniers sont de plus en plus mal répartis sur le territoire. En 2011, 65 % des Français sondés jugent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes (contre 54 % en 2008) et 70 % pas assez de médecins spécialistes (contre 62 % en 2008). De même, 77 % des personnes interrogées jugent que les généralistes sont mal répartis sur le territoire (68 % en 2008) et 87 % pour les spécialistes (contre 80 % en 2008)⁴.

Si 71 % des Français jugent « facile ou plutôt facile » l'accès aux soins en France, cette perception varie fortement en fonction des revenus : 82 % le trouve facile quand ils gagnent plus de 50 000 €/an et seulement 63 % lorsqu'ils gagnent moins de 20 000 €/an (Baromètre santé 2013, Deloitte/Harris Interactive).

Les délais d'attente constituent le principal obstacle perçu à l'accès aux soins (plus encore que l'éloignement géographique ou le coût de la consultation). 38 % des Français ont déjà renoncé à des soins chez un médecin généraliste et 58 % chez un médecin spécialiste en raison de la difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai

⁴ Jalma-IFOP, *L'observatoire de l'accès aux soins : enquête auprès des Français et des professionnels de santé*, octobre 2011.

satisfaisant. Ceci est encore plus marqué dans le cas de certaines spécialités médicales : cardiologue, rhumatologue et ophtalmologue sont considérés comme les professionnels les plus difficiles à rencontrer. Il faut cependant souligner que la perception est parfois éloignée des délais d'attente réels : par exemple, il faut en moyenne attendre 21 jours pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue, mais le délai perçu est de 103 jours⁵.

De même, la réalité concernant la démographie des professionnels de santé est loin des idées reçues puisque le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé sur le territoire qu'au cours de ces dernières années. On comptait 216 145 médecins en activité au 1^{er} janvier 2011, la densité dans la population a également fortement augmenté, passant de 119 médecins/100 000 habitants en 1968 à 330/100 000 habitants en 2010 (source : IRDES). Les projections annoncent toutefois que le nombre de médecins va décroître de 10 % d'ici à 2020 avant de remonter à nouveau⁶.

Dans ce cadre, et malgré une répartition très inégale sur le territoire, l'accessibilité spatiale aux soins est globalement bonne puisque **95 % de la population a physiquement accès à des soins de proximité⁷ en moins de quinze minutes et à des soins hospitaliers en moins de quarante-cinq minutes** (les trois quarts de la population

⁵ *Ibid.*

⁶ Observatoire national de la démographie des professions de santé, *Rapport 2008-2009*, Tome 3 : « Le renouvellement des effectifs médicaux », 2009.

⁷ Soins de proximité : « soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes et les chirurgiens dentistes libéraux » (IRDES).

en moins de vingt-cinq minutes)⁸. Cependant, les difficultés d'accès aux soins sont variables en fonction des spécialités médicales : par exemple, 95 % de la population française se trouve à plus de 40 minutes d'un urologue, d'un pneumologue ou d'un rhumatologue⁹.

1.2. ZONES RURALES ET ZONES URBAINES SENSIBLES : LES GRANDES OUBLIÉES DE L'ACCÈS AUX SOINS

Une répartition inégale des médecins sur le territoire

Ce n'est pas le nombre de médecins qui est en cause mais bien leur répartition sur le territoire : en moyenne, la densité médicale en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2012 est de 306,7 médecins pour 100 000 habitants. Mais certaines régions sont très en deçà de cette moyenne, comme la Picardie (237 médecins pour 100 000 habitants), la région Centre (242 médecins) ou encore la Haute-Normandie (248 médecins). À l'inverse, les plus fortes densités

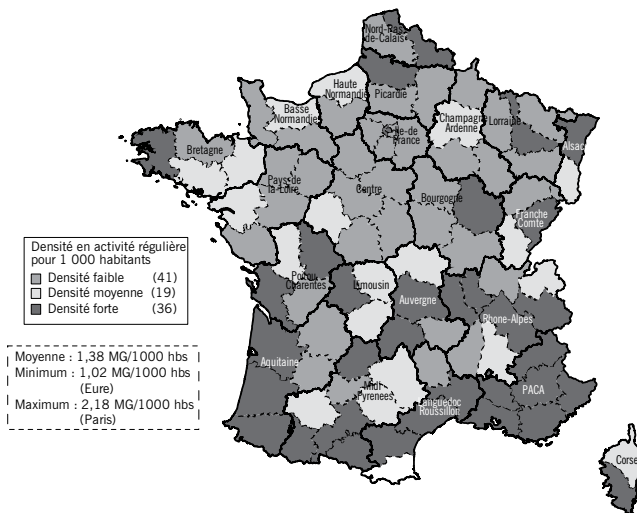
⁸ IRDES, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *Etudes et résultats*, n° 764, juin 2011. Une nouvelle mesure de l'accès aux soins a été développée par des chercheurs de l'IRDES et de la DRESS, « l'Accessibilité Potentielle Localisée » (APL) qui tient compte du niveau d'activité des médecins et du taux de recours différencié par âge des habitants. Il s'agit d'un indicateur local calculé au niveau de chaque commune. En 2010, l'APL est, en moyenne, de 71 équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes pour 100 000 habitants en France. Elle est inférieure à 31 ETP pour 100 000 habitants pour les 5 % d'habitants ayant l'accessibilité la plus faible et supérieure à 111 pour les 5 % ayant l'accessibilité la plus élevée. Voir *L'Accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux*, Muriel Barlet et Clémentine Collin (DREES) et Magali Coldefy et Véronique Lucas-Gabrielli (IRDES), mars 2012.

⁹ *Ibid.*

médicales se trouvent en Languedoc-Roussillon (336 médecins),
Île-de-France (362 médecins) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (267
médecins)¹⁰.

C'est à l'échelle locale, celle du bassin de vie, que doit être appréciée
la présence des professionnels de santé. En effet, au sein d'une même
région, des disparités de grande ampleur peuvent être enregistrées.

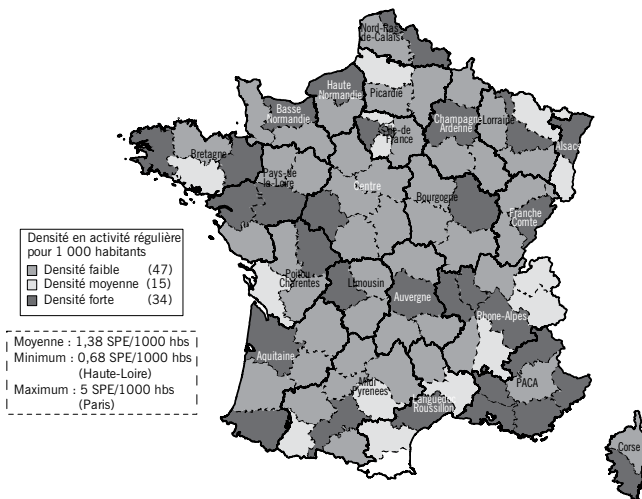
Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière



Source : CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2012*, Tome 1, octobre 2012.

¹⁰ Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2012*, 2012.

Densités départementales des médecins spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière



Source : CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2012*, Tome 1, octobre 2012.

De plus, le vieillissement des médecins est préoccupant. La moyenne d'âge des médecins libéraux est passée de 50 à 51,4 ans entre 2009 et 2010 et les plus de 55 ans représentent 42 % des généralistes et 40 % des spécialistes. Le temps médical disponible devrait baisser de 20 % dans les dix années à venir du fait du vieillissement, de la multiplication des tâches administratives, de la féminisation de la profession et de l'évolution des modes de vie des professionnels¹¹.

¹¹ JALMA-IFOP, *op. cit.*

Des zones rurales isolées

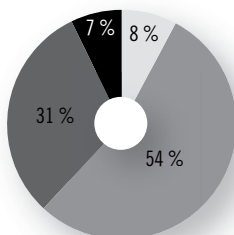
Il existe de grandes disparités dans l'accès aux soins entre les pôles urbains et les zones rurales isolées. Plus de 600 000 Français cumulent les désavantages de l'isolement géographique (zone rurale, zone de montagne) et connaissent de plus grandes difficultés pour accéder à des professionnels de santé.

Selon l'ONDPS (Observatoire national de la démographie des professions de santé), 85 % des médecins (94 % des spécialistes et 76 % des généralistes) sont installés dans un pôle urbain. La proportion de médecins exerçant dans une zone à dominante rurale devrait encore décroître pour atteindre 6 % en 2030.

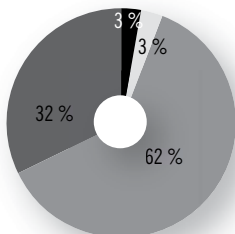
Les régions à faible densité médicale cumulent des « effets repoussoir » : les hôpitaux éloignés des métropoles régionales ont plus de postes vacants, et par conséquent la charge de travail des nouveaux arrivants est plus élevée, jusqu'à en être décourageante. De la même façon, l'installation des nouveaux médecins généralistes en secteur libéral dans les zones sous-densifiées est découragée par la charge liée à la permanence de soins¹².

¹² IGAS, IGAENR, *Le post-internat : constats et propositions*, juin 2010.

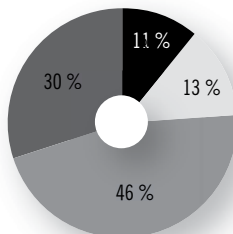
Répartition des médecins



Répartition des médecins spécialistes



Répartition des médecins généralistes



■ Pôle urbain pourvu d'un CHU

■ Pôle urbain sans CHU

■ Couronne périurbaine ou commune multipolarisée

■ Espace à dominante rurale

Source des graphiques : ONDPS, Rapport 2008-2009, Tome 3, « *Les médecins se concentreraient dans les pôles urbains dotés d'un CHU* ». Données pour la France métropolitaine hors Corse en 2006.

Dans les zones périurbaines, le manque de professionnels de santé s'ajoute aux difficultés sociales

Du côté des zones urbaines sensibles, la situation est également très problématique. Le rapport 2011 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS) précise que la désertification touche plusieurs professions médicales : « *En 2007, la densité des médecins généralistes en Zus était inférieure de 47 % à celle observée dans les agglomérations urbaines abritant des Zus et de 74 % concernant les spécialistes. Celle des infirmiers en Zus était inférieure de 63 % à celle observée dans les agglomérations urbaines abritant des Zus* ».

L'état de santé général perçu des habitants des zones urbaines sensibles (ZUS) est moins bon que celui du reste de la population française : les premiers déclarent à 65,1 % être en bonne ou en très bonne santé, contre 72,5 % pour les populations situées hors des ZUS¹³. Ce différentiel s'explique par l'absence de professionnels de santé dans ces zones, d'une part, et par des facteurs sociaux, éducatifs et culturels, d'autre part. L'état de santé perçu d'une personne est nettement corrélé à son milieu social, comme le montre le tableau ci-dessous.

¹³ Observatoire national des zones urbaines sensibles, *Rapport 2011*, 2011.

**Tableau 1 - État de santé général déclaré, par diplôme
et catégorie socioprofessionnelle (%)**

Significativité de la différence Zus / hors Zus	Très bonne santé		Bonne Santé		État moyen de santé		Mauvaise santé		Très mauvaise santé	
	ZUS	Hors ZUS	ZUS	Hors ZUS	ZUS	Hors ZUS	ZUS	Hors ZUS	ZUS	Hors ZUS
Diplôme										
Baccalauréat ou plus	17,5	25,6	62,6	58,3	16,2	14,1	3,1	1,7	0,6	0,3
Sans baccalauréat	16,0	13,2	43,1	49,0	30,7	31,0	8,0	5,5	2,2	1,3
Catégorie socioprofessionnelle										
Cadre ⁽¹⁾	19,8	21,1	57,7	58,2	20,8	17,8	0,0	2,5	1,7	0,4
Employé	12,7	14,0	43,0	53,9	34,6	27,4	8,5	3,9	1,2	0,8
Ouvrier	16,7	14,8	44,8	46,1	27,8	31,9	9,5	5,7	1,2	1,5
Autres	18,0	30,4	56,5	50,0	16,3	15,2	4,9	3,4	4,3	1,0

NS : différence non significative au seuil de 10 %.

* : différence significative au seuil de 5 %.

Champ : unités urbaines abritant au moins une ZUS.

Traitement : ONZUS.

Lecture : parmi les enquêtés ne possédant pas le baccalauréat et vivant dans une agglomération avec ZUS, 43,1 % de ceux habitant dans un quartier ZUS se déclarent en bonne santé. Dans les quartiers hors ZUS, cette part est supérieure de 5,9 points (soit 49,0 %).

(1) Dans la modalité « Cadre » de ce tableau, nous avons regroupé les cadres, les professions intermédiaires et les professions supérieures.

Source : ONZUS, *Rapport 2011*, novembre 2011.

Les urgences hospitalières

Plus d'un Français sur quatre déclare s'être déjà rendu aux urgences car il n'a pas réussi à obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé dans des conditions raisonnables de délai et de coût¹⁴. Ce phénomène est accentué dans les zones urbaines sensibles où l'accès à un généraliste est souvent complexe et où certaines populations ne comprennent pas le système de santé et recourent directement à l'hôpital. Ce manque d'information et d'orientation initial entraîne un retard dans le diagnostic de la pathologie et son traitement ; des pathologies qui pourraient être traitées de façon efficace en ville sont trop souvent diagnostiquées tardivement dans un service d'urgences hospitalières.

L'hôpital public, parfois qualifié de « généraliste du pauvre », est en effet, aux yeux d'une vaste majorité de la population, le lieu par excellence où obtenir des soins de qualité quasi-gratuits, à toute heure du jour et de la nuit, sans prendre de rendez-vous et dans un délai *a priori* acceptable. L'engorgement des services d'urgence est une réalité dont les causes sont multiples. Faute d'éducation thérapeutique et de connaissance des moyens à disposition en dehors de l'hôpital, les urgences restent la solution privilégiée.

Pourtant, la grande majorité des cas traités aux urgences ne sont pas d'une importance vitale ou grave : moins de 3 % des interventions pratiquées dans ces services représentent une urgence au sens médical du terme et 80 % des patients repartent chez eux après une simple consultation ou des examens complémentaires. Ceci engendre une insatisfaction partagée par le personnel

¹⁴ IFOP pour Jalma, *op. cit.*

surchargé et les patients confrontés à des temps d'attente excessifs. La Cour des Comptes écrit ainsi que « *les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées* »¹⁵.

Les habitants des ZUS ont moins recours aux soins, en particulier aux médecins spécialistes, tandis qu'ils consultent davantage les services d'urgences. Le renoncement aux soins pour des raisons financières y est également plus fréquent, en raison notamment d'une couverture santé défaillante : un quart des jeunes de ZUS ne bénéficie ni d'une complémentaire privée ni de la CMUC¹⁶. Là encore, les difficultés financières de cette population ne peuvent à elles seules expliquer ces disparités : il faut prendre en compte le déficit de démographie médicale dans ces zones ainsi que le différentiel social et culturel des populations des ZUS, peu au fait de l'organisation du système de santé et peu informées sur les questions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Des médecins souvent issus de milieux urbains et de classes sociales favorisées, peu enclins à exercer dans les zones sous dotées

Si les zones rurales et péri-urbaines sont généralement jugées peu attractives, le profil sociologique des médecins (issus généralement de milieux urbains et favorisés) est un élément supplémentaire à

¹⁵ Cour des Comptes, *Les urgences médicales : constats et évolutions récentes*, 2007.

¹⁶ Voir annexe : l'accès financier aux soins.

prendre en considération. Plusieurs rapports internationaux¹⁷ se sont intéressés au sujet de la désertification médicale et ont évalué positivement les politiques ciblant les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires, notamment ceux qui en sont originaires.

Les jeunes médecins sont peu enclins à s'installer dans les zones urbaines sensibles. La méconnaissance des réalités de ces espaces joue un rôle central dans ce phénomène de « fuite » ; en effet, 45 % des médecins en activité sont issus de classes socioprofessionnelles supérieures, et seulement 8 % d'une famille d'ouvriers. En moyenne, sur la période 1990-2002, 45 % des médecins avaient un père qui est ou était cadre supérieur, contre 29 % de l'ensemble des cadres supérieurs¹⁸.

Catégorie socioprofessionnelle du père des médecins

Catégorie socioprofessionnelle du père	% de médecins en activité concernés
Agriculteurs, exploitants	4 %
Artisans, commerçants	15 %
Cadres supérieurs	45 %
Professions intermédiaires	17 %
Employés	11 %
Ouvriers	8 %
TOTAL	100 %

Source : DRESS. Pourcentage moyen sur la période 1992-2002 (compilation des enquêtes emploi de l'INSEE).

¹⁷ Pour plus d'informations, se reporter à : *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation – Recommandations pour une politique mondiale*, OMS, 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242564013_fre.pdf et l'exemple du Canada et de l'Australie : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599107_fre.pdf

¹⁸ DREES, « L'origine sociale des professionnels de santé », *Études et résultats*, juin 2006.

De plus, contrairement aux idées reçues, les études de médecine coûtent cher. Si les études en elles-mêmes sont très largement prises en charge par l'État (l'inscription à la faculté coûte environ 150 euros annuels, auxquels s'ajoutent les frais de Sécurité sociale), encore faut-il pouvoir « s'offrir » des études longues, qui reportent l'autonomie financière à la septième année d'études, et les coûts annexes à la charge de l'étudiant (logement, nourriture, transport, livres et fournitures). Enfin, le concours qui clôt la première année d'études médicales opère une sélection drastique qui pousse les étudiants à s'inscrire dans des classes préparatoires aux études. Certaines facultés de médecine proposent des tutorats à un coût inférieur à une centaine d'euros. Cependant, depuis l'apparition du *numerus clausus* en 1971 (cf. annexe) et d'un taux d'échec au concours de première année supérieur à 80 %, les « prépas privées » de médecine se sont multipliées, jouant sur la peur de l'échec et facturant au prix fort leurs prestations. Le coût de ces « prépas privées » oscille entre 1 000 et 3 000 euros annuels en moyenne pour les « primants » (les étudiants qui se présentent au concours de PCEM1 pour la première fois)¹⁹. L'ANEMF (association nationale des étudiants en médecine de France) estime que 75 % des étudiants de PCEM1 auraient recours à une prépa privée pour se préparer au concours de première année²⁰. Ce taux montre à quel point l'origine sociale de l'étudiant conditionne sa capacité à suivre des études médicales.

Au-delà de la reproduction sociale entraînée par ce phénomène et du manque de diversité notable parmi les médecins, la faible ouver-

¹⁹ *Le Monde*, voir notamment à ce sujet : blog « Il y a une vie après le bac », « Études de santé : faut-il absolument faire une prépa ? », 27 avril 2011 ; *L'Étudiant*, « Faut-il faire une prépa pour réussir ses études de santé ? », 2010.

²⁰ *L'étudiant.fr*, « Médecine : pourquoi passer (ou ne pas passer) par une prépa privée ? », 2012.

ture des études de médecine aux étudiants issus de milieux populaires pourrait avoir de fortes conséquences en termes de répartition géographique des médecins. **C'est ce qu'a montré l'OMS qui considère que le fait de sélectionner des étudiants issus de zones rurales ou de zones urbaines « mal desservies » augmente la probabilité qu'une fois formés ils restent dans leur zone de formation ou soient enclins à s'installer dans des zones sous-dotées.**

1.3. LE MANQUE D'INFORMATION EST LA PRINCIPALE SOURCE D'INÉGALITÉ D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

L'accès à la santé ne passe pas uniquement par un accès physique à des professionnels de santé ou à des établissements de soins. La santé recouvre un champ bien plus large que le soin et dépend à la fois de l'éducation, des comportements alimentaires, de l'activité physique, du logement, etc. L'OMS estime aujourd'hui que de 80 % à 90 % des accidents cardiovasculaires, ainsi qu'une proportion importante des principaux cancers, pourraient être évités en modifiant de façon significative nos habitudes de vie (exercice, alimentation et tabagisme). La France accuse un véritable retard en matière de prévention et de diffusion de l'information relative à la santé par rapport à d'autres pays de l'OCDE.

De plus, malgré les efforts récents de la Haute autorité de santé (HAS), l'accès à l'information sur la qualité des soins reste embryonnaire. Les usagers n'ont pas la possibilité de s'informer sur la qualité des soins prodigués par tel établissement, tel praticien pour telle pathologie. Le manque d'information sur la qualité et les protocoles de soins est un problème trop méconnu en France. Dans une note

récente sur ce sujet²¹, l'Institut Montaigne a déjà souligné cette lacune : mauvaise information des patients sur les indicateurs de qualité du traitement qu'ils suivent (connaissance et compréhension des résultats de leurs examens, des valeurs-cibles des indicateurs utilisés, etc.). Ce phénomène crée de véritables distorsions quant à la capacité de chacun de s'orienter dans le système de soins. Le patient a souvent le sentiment d'être perdu au milieu d'un véritable labyrinthe médical dans lequel il souhaite pouvoir être guidé afin de choisir le bon spécialiste ou faire le tri entre une multitude de spécialités médicales. S'orienter vers le bon établissement, choisir le professionnel de santé le plus à même de traiter telle pathologie est d'autant plus aisé que l'utilisateur dispose, dans son environnement proche, des bons relais pour avoir accès à l'information. **Les réseaux de relations et de connaissances deviennent alors des facteurs déterminants et les inégalités jouent à plein. Ce manque de données fiables et publiques sur la qualité des soins fait obstacle aux politiques visant à améliorer la coordination des soins**, la prévention, la rémunération à la performance et l'évaluation de l'efficacité clinique²². L'objectif n'est évidemment pas de pointer du doigt les lacunes des professionnels de santé, mais bien d'améliorer le système de santé dans son ensemble en corrigeant ses défauts constatés.

²¹ Institut Montaigne, *Mesurer la qualité des soins*, février 2009.

²² OCDE, *Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité*, Forum sur la qualité des soins, octobre 2010.

Le NICE britannique, une plateforme d'information sur la qualité des soins

Un exemple particulièrement riche en ce domaine se trouve au Royaume-Uni : il s'agit du *National Institute for Health and Clinical Excellence*, plus connu sous l'acronyme de « NICE ». Cet institut qui dépend du NHS le *National Health Service*, le système de santé public du Royaume-Uni gère le service « Evidence »²³, un portail web qui permet d'accéder à un vaste choix d'informations. On y trouve notamment une base de données sur un très grand nombre de pathologies, assortie d'informations à destination des professionnels de santé (état de la recherche, médicaments adaptés, etc.) et du grand public. La plate-forme sert également de support aux différents acteurs du système médico-social britannique en les renseignant sur les bonnes pratiques cliniques et non-cliniques. Ainsi, NICE met à disposition de tous les usagers du système de santé britannique trois types d'indicateurs de qualité, développés en collaboration avec le NHS et des professionnels de santé : efficacité clinique, sûreté et expérience du patient.

Une demande forte d'information de la part des citoyens

La demande est pourtant forte et les Français ont de plus en plus recours à Internet pour trouver des informations relatives à la santé ; or cette information est rarement de bonne qualité. En témoigne, dans le domaine de la santé, le foisonnement de sites de vulgarisation

²³ www.evidence.nhs.uk

médicale. En 2007 déjà, un patient sur cinq environ consultait des sites Internet pour obtenir des informations sur la santé (HAS). Or les risques liés à la réplification de diagnostics connus par l'entourage et à l'automédication sont nombreux. La HAS a ainsi lancé un vaste programme de certification des sites à vocation médicale, en partenariat avec l'organisme « Health on the net » (HON)²⁴. Cette certification reste toutefois peu visible.

Dans l'avis rendu par la conférence de citoyens organisée par l'Institut Montaigne, les 25 citoyens sont arrivés au constat qu'il existe une grande opacité et une certaine forme de **confiscation de l'information sur le système de santé**. Ils souhaitent « sortir de l'opacité pour mieux comprendre comment fonctionne le système de santé et quelles sont ses performances ». Loin de considérer que les sujets complexes doivent être laissés aux experts et aux techniciens, ils souhaitent s'investir davantage et participer à la prise de décision en matière de santé.

Ainsi, la logique de l'**open data sur les données concernant les coûts et le fonctionnement ainsi que les résultats de notre système de santé** a été plébiscitée par les 25 citoyens, alors même qu'elle fait largement débat du côté de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) ou encore de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). De même, les citoyens demandent à ce que le **dossier médical partagé (DMP) soit mis en place « le plus rapidement possible » et qu'il contienne l'ensemble des données sur le patient**. Il doit être accessible dans sa totalité pour le patient et ses médecins. Seul le médecin du travail ne doit pas avoir accès à l'ensemble des données contenues dans le dossier.

²⁴ Haute autorité de santé, *Internet et santé, la certification : un moyen d'améliorer la qualité des sites dédiés à la santé*, 27 novembre 2007.

Leur souci d'information et de transparence est par ailleurs rappelé dans différentes parties de l'avis. **Il doit s'appliquer à la fois au financement et aux coûts, individuels et collectifs, au DMP, au système de santé en général, à la performance des établissements de santé et des médecins, ainsi qu'aux complémentaires santé.** Cette demande d'information, d'évaluation et de transparence montre une forte curiosité et un désir de mieux appréhender un sujet qui les touche tous dans leur quotidien²⁵.

²⁵ L'avis de la conférence de citoyens est disponible sur le site <http://www.conferencede-citoyens.fr>

UN SYSTÈME DE SANTÉ COÛTEUX DONT L'ORGANISATION EST ARCHAÏQUE ET CLOISONNÉE

La part des dépenses de santé dans le PIB français est proche de 12 %, ce qui fait de la France un des pays les plus coûteux au monde après les États-Unis (17 % du PIB)²⁶. En 2011, le montant du déficit de l'Assurance maladie s'élevait à 8,6 milliards d'euros. La soutenabilité financière du système actuel pose question.

D'autres pays comme l'Allemagne arrivent à maintenir leurs dépenses de santé à un niveau acceptable, alors même que l'état de santé de la population y est comparable à celui de la France. Selon l'Institut Thomas More, « si la France ramenait sa dépense publique de santé par habitant au niveau allemand, cela représenterait une économie de 7,2 milliards d'euros par an. (...) Les dépenses publiques pour chaque Français sont de 112 euros de plus que son voisin d'outre-Rhin en 2009 (2 721 euros contre 2 609) »²⁷.

De plus, du fait du vieillissement de la population et des progrès médicaux, la demande de soins va inéluctablement augmenter. La population française devrait croître pour atteindre 73,6 millions d'habitants en 2060. Le nombre de personnes âgées va également augmenter et d'après les prévisions de l'INSEE, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060²⁸. **Ce vieillissement s'accompagne**

²⁶ OCDE StatExtracts ; état des données février 2013.

²⁷ Institut Thomas More, *Analyse comparative de la dépense publique en France et en Allemagne*, mars 2012.

²⁸ INSEE, « Projections de population à l'horizon 2060 ».

d'une véritable transition épidémiologique : alors qu'il y a cinquante ans, les soins se concentraient sur des personnes atteintes de maladies aiguës (dont on ne pouvait que guérir ou mourir rapidement), on compte aujourd'hui de plus en plus de maladies chroniques et de polyopathologies avec lesquelles on peut vivre très longtemps. Les dépenses de santé sont d'ailleurs très concentrées sur ces malades : un quart de la population française est à l'origine de 80 % de la dépense totale et 5 % en concentrent près de la moitié.

2.1. LE SYSTÈME DE SANTÉ NE RÉPOND PAS À LA DEMANDE DE TRANSVERSALITÉ DES USAGERS

Une transition épidémiologique qui appelle à des parcours de soins coordonnés

Les malades chroniques font le plus souvent appel à de nombreux professionnels : médecins de ville, établissements hospitaliers, soins à domicile, infirmiers, auxiliaires de vie, etc. Dès lors, il est nécessaire que les différents professionnels qui accompagnent le malade travaillent ensemble, autour de « parcours de soins ». C'est ce qu'a montré le récent avis du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)²⁹ : « la médecine de « parcours » demande un travail soignant plus collectif. Elle appelle la combinaison de soins de premier recours « populationnels », c'est-à-dire tournés vers la prise en charge globale des besoins de santé d'une population sur

²⁹ *Avenir de l'Assurance maladie : les options du HCAAM*, Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 22 mars 2012.

un territoire donné, et d'une médecine de spécialité et de plateau technique, plus « interventionnelle » aux moments qui l'exigent. Cela suppose d'abord de renforcer, à tous les niveaux, les dimensions pluriprofessionnelles du travail soignant, et de considérer que les fonctions de coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin ».

La faiblesse des liens ville-hôpital

Or ces nouveaux besoins se heurtent aux forts cloisonnements existants dans l'organisation actuelle du système de soins. Les liens entre médecine de ville et hôpital sont insuffisamment développés et les différents acteurs du système de soins travaillent de façon cloisonnée alors même que les patients font régulièrement appel à la fois à leurs médecins de ville et aux établissements de santé dans le cadre du suivi de leurs pathologies. Des réseaux se sont mis en place autour de certaines pathologies (cancer, VIH) mais ces liens demeurent encore très fragiles. Le développement de ces réseaux passera par une amélioration des échanges d'informations entre la ville et l'hôpital, au service d'un meilleur suivi des patients et d'une plus grande qualité des soins prodigués.

L'exemple des Vets

Aux États-Unis, l'organisme en charge de l'organisation des soins pour les anciens combattants (Vets), la *Veterans Health Association* (VHA), est un système de soins intégré à l'hôpital et à la ville et déployé dans les cinquante États. En grande difficulté dans les années 1990, la VHA a opéré une transformation radicale au début des années 2000 et obtient depuis des résultats qui impressionnent, tant en termes de qualité des soins que de satisfaction des patients et des professionnels, de maîtrise des coûts et d'avant-gardisme dans l'innovation technologique.

« Les Veterans ont innové dans l'organisation des métiers de la santé aux États-Unis en apportant à la consultation de ville une approche d'équipe multidisciplinaire sur place et en introduisant la notion d'accords contractuels. Ceci se rapproche du concept de maison médicale ou maison de santé en France. » (source : Institut Montaigne, *Comment ressusciter un système public de santé. L'exemple inattendu des Vets*, juin 2007).

Dans son rapport sur la médecine de proximité, l'ancienne ministre de la Santé Elisabeth Hubert rappelait la faiblesse de ces liens, notamment en matière d'échange d'informations : « est-il acceptable en 2009 de voir un hôpital local et une maison de santé nouvellement créée, situés sur le même site, disposer chacun d'un système d'informations récent, financé l'un et l'autre par des fonds publics, non interopérable, obligeant les médecins à une double saisie pour

un même malade selon qu'il le voit dans son cabinet médical ou lors de sa prise en charge à l'hôpital local ? »³⁰.

Des professions de santé trop cloisonnées

Le système de santé français est fortement hospitalo-centré et les constructions historiques des différentes professions de santé ont favorisé le développement de corporations indépendantes, fortement cloisonnées et fonctionnant « en silo ». Les études initiales créent dès le départ une séparation nette entre les différentes professions de santé et le cadre légal est très strict. L'exercice de la médecine est légalement reconnu comme propre aux médecins, tandis que les autres professions de santé se voient réglementer leur activité « en creux », par dérogation à ce principe.

Ancienne prérogative exclusive des médecins, le droit de prescription s'est dans une certaine mesure ouvert à d'autres professions de santé. Ainsi, les pédicures-podologues, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes sont autorisés à prescrire ; plus récemment, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers ont également obtenu ce droit. Le droit de prescription reste souvent très limité.

³⁰ *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport du Dr Elisabeth Hubert, 2010

Les *nurse practitioners* et la délégation des tâches médicales³¹

Aux États-Unis, face à la nécessité de réorganiser l'offre de soins, de nouveaux modèles de collaboration entre médecins et infirmières ont été développés au cours des dernières décennies. La profession d'infirmier y est distinguée entre *physician assistant* (PA), personnel non infirmier au degré d'autonomie assez faible, et *advanced practice nurse* (APN), personnel infirmier dont les spécialités se déclinent entre clinique, praticien, spécialiste et sage-femme. Cette forte sectorisation des tâches a eu le mérite d'assigner aux infirmiers des rôles de coordination et de gestion des parcours de soins qui faisaient jusque-là défaut dans le système de soins américain.

Ainsi, le statut d'infirmière praticienne (*nurse practitioner*, NP) certifie l'acquisition d'un diplôme supplémentaire qui permet d'exercer une expertise recouvrant à la fois le champ infirmier et certaines pratiques médicales. Les *nurse practitioners* exercent des activités médicales de diagnostic et de prescription d'actes médicaux liés aux activités infirmières, ainsi que des activités de prévention et d'éducation thérapeutique. Elles jouissent de ce fait d'une autonomie professionnelle importante et ont également une activité de coordination des intervenants paramédicaux et de suivi du parcours clinique du patient.

³¹ HAS, *La formation des professionnels de santé pour mieux coopérer et soigner*, Rapport présidé par le Pr Yvon Berland, 2008.

On peut s'étonner qu'en France, l'organisation du système d'enseignement supérieur adapté aux standards européens à travers la mise en place de la réforme « licence-master-doctorat » (LMD) ne concerne pas la formation des infirmières.

En effet, il serait possible, à travers un partenariat entre les écoles actuelles et les universités, d'organiser la formation des infirmières au niveau bac +3 dans le cadre d'une licence professionnelle en recourant exclusivement à l'apprentissage (mi-temps académique, mi-temps salarié dans un établissement de soins par exemple). Cette formation pourrait être prolongée ultérieurement *via* la formation continue pour permettre à certains d'entre eux (d'entre elles) d'acquérir un diplôme de master.

En France, les responsabilités restent très largement concentrées sur les médecins, gardiens de leurs prérogatives de diagnostic et de prescription, tandis que les autres professions de santé se sont construites chacune de façon spécifique, avec des études et des modes de rémunération qui leur sont propres. Un rapport récemment remis au ministre de la Santé écrit ainsi : « *La question se pose de l'évolution d'un tel système quand les défis de l'avenir réclament souplesse de métiers et adaptabilité des carrières* »³².

Dans le contexte de développement des polyopathologies et de diminution à venir du nombre de médecins par habitant, le mode d'exer-

³² Yvon Berland, Danielle Cadet, Laurent Hénart, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, janvier 2011.

cice de leur profession doit être repensé pour laisser une plus large place aux autres professions de santé. Les actes réalisés par les médecins ne requièrent pas tous des niveaux de formation à bac+9 ou bac+11 et certains actes simples peuvent parfaitement être réalisés par d'autres professionnels. Le débat relatif au transfert de certains actes vers d'autres professionnels de santé est ouvert depuis une dizaine d'années et des expérimentations ont été lancées, comme celle de l'association ASALEE (action de santé libérale en équipe) en 2004 qui met une infirmière salariée de l'association à disposition de cabinets de médecins, au sein desquels elle mène des actions de prévention et d'éducation thérapeutique (mise à jour des dossiers des patients, consultations). L'expérimentation a été un succès, aussi bien en termes d'efficacité dans le suivi des patients que de coût pour l'Assurance maladie et de satisfaction des professionnels engagés³³.

Certaines activités simples, comme prendre la tension artérielle ou délivrer un certificat d'aptitude au sport, ne sont déléguées qu'à la suite de difficiles négociations. En s'appuyant sur des comparaisons internationales, le rapport remis par le Dr Hubert³⁴ identifie les secteurs où les tâches pourraient facilement être déléguées :

- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, dont la délégation à des infirmières est déjà une pratique courante dans de nombreux pays et expérimentée en France ;
- des actes techniques : par exemple, en Allemagne et en Grande-Bretagne, le diagnostic des troubles de la réfraction, l'étude des champs visuels et la mesure de la tension oculaire sont confiés à des optométristes ;

³³ IRDES, « La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2 : principaux résultats de l'expérimentation ASALEE », *Questions d'économie de la santé*, n° 136, novembre 2008.

³⁴ *Mission de concertation...*, *op. cit.*

- des activités de diagnostic : dans le cadre de protocoles précis et souvent au sein de cabinets pluridisciplinaires de soins de premier recours, les infirmières britanniques assument des consultations de soins primaires.

Selon le professeur Guy Vallancien, « près de 90 % des actes médicaux sont normalisés. Ils peuvent être confiés sans danger à des infirmières bien formées. Le vrai savoir du médecin est dans sa capacité à transgresser les règles en cas de situation d'urgence »³⁵.

2.2. L'EXERCICE PROFESSIONNEL « CLASSIQUE » CONSTITUE UN FREIN À L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le principe de liberté d'installation des médecins de plus en plus remis en cause

Le principe de libre installation des médecins est consacré par l'article L. 162-2 du Code de la Sécurité sociale : « le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation des médecins. » Les médecins sont historiquement très attachés à ces

³⁵ « Pourquoi la France est malade de ses hôpitaux », in *Les Echos*, 27 février 2012.

principes, comme en témoigne l'échec des projets visant à réguler leur installation³⁶.

Ces droits inhérents à la profession médicale sont en grande partie hérités de l'histoire du système de santé français. L'indépendance économique et sociale du secteur libéral est affirmée dès 1928, lors de la création de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et l'adoption de la Charte de la médecine libérale. Celle-ci énonce les principes fondateurs de la médecine libérale, qui seront limités par la création de la Sécurité sociale, en particulier les tarifs des honoraires, qui sont finalement uniformisés à l'échelle nationale par la convention de 1971.

Pourtant, toutes les professions de santé ne bénéficient pas de cette pleine liberté d'installation. Par exemple, un dispositif conventionnel régule l'installation des infirmiers libéraux depuis avril 2009. Les infirmiers libéraux ont ainsi accepté en échange d'une revalorisation tarifaire de se soumettre à certaines modalités d'installation. Dans les zones sous-médicalisées, l'État offre une aide forfaitaire à l'installation ainsi qu'une partielle exonération de charges. Dans les zones surdotées, le conventionnement d'un nouvel infirmier n'est possible que si un infirmier déjà conventionné quitte la zone³⁷.

³⁶ Pour ne citer qu'un exemple, la loi « Fourcade » du 10 août 2011 a abrogé certaines dispositions de la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST) visant à réguler l'installation des médecins libéraux pour répondre aux besoins territoriaux, en particulier les pénalités financières pour les généralistes s'installant dans des zones surdotées et refusant le contrat solidarité santé.

³⁷ Les résultats sont assez concluants et le 5 avril 2012, l'Assurance maladie a annoncé que les effectifs infirmiers avaient augmenté de 33,5 % dans les zones très sous dotées. Une projection montre qu'à la fin de 2015 la densité en infirmiers dans ces zones passerait à 115 infirmiers pour 100 000 habitants contre 85 pour 100 000 habitants aujourd'hui.

De la même façon, la profession de masseur-kinésithérapeute s'est engagée sur la voie de la négociation conventionnelle dans l'objectif de réguler sa répartition géographique en s'inspirant largement de l'exemple infirmier.

Enfin, les pharmaciens sont également soumis à une régulation dans leur installation : l'implantation d'une officine de pharmacie dans une commune dépend du nombre d'habitants et est soumise au contrôle des ARS. Ainsi, sauf exception, aucune ouverture de pharmacie n'est autorisée dans les communes de moins de 2 500 habitants (3 500 en Guyane, Moselle et Alsace).

Le débat public est trop souvent restreint à une opposition entre mesures incitatives, très souvent d'ordre financier, et mesures coercitives visant à contraindre les médecins à s'installer dans les zones sous-médicalisées. Pour sortir de ce débat, il importe de considérer les demandes des médecins et d'envisager les différents acteurs du système de santé comme un tout au sein duquel il faut multiplier les complémentarités.

Regard historique sur la liberté d'installation des médecins : le combat contre les officiers de santé

Il a déjà existé en France une profession de santé extrêmement régulée, celle des « officiers de santé ». Créée en 1803, cette profession se voulait distincte des docteurs issus des facultés de médecine : il s'agissait d'adapter le service médical à la société issue de la Révolution, afin de faciliter la médicalisation des campagnes, pauvres en docteurs. La littérature a d'ailleurs popularisé cette profession, à travers le personnage de Charles

Bovary, officier de santé installé à la campagne au milieu du XIX^e siècle.

On devenait officier de santé en étant attaché comme élève à un docteur, en suivant la pratique des hôpitaux civils et militaires pendant cinq ans ou en étudiant trois ans dans une école de médecine. La formation de l'officier de santé était validée par un jury médical départemental à la suite de trois épreuves pratiques. Les officiers n'avaient le droit d'exercer que dans le département dans lequel ils avaient passé leur examen et d'entreprendre de « grandes opérations chirurgicales » que sous la surveillance d'un docteur.

Parfois appelés « médecins du pauvre », les officiers de santé constituaient 75 % du corps médical français au début du XX^e siècle. Les médecins ont réclamé l'abolition des officiers de santé tout au long du XIX^e siècle, « autant par corporatisme que par mépris social ou non-reconnaissance de leur compétence »³⁸. Ils disparaissent finalement sous l'effet de la loi du 30 novembre 1892 qui établit le monopole légal des docteurs en médecine sur la pratique médicale en France.

Des médecins peu attirés par l'exercice libéral solitaire et soucieux d'un meilleur équilibre de vie

La profession médicale connaît d'importantes mutations liées aux évolutions sociologiques et démographiques de la France. D'une

³⁸ Marie Jaisson, « L'honneur perdu du généraliste », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3/2002 n° 143, p. 31-35.

part, le vieillissement des médecins laisse prévoir « *un départ en retraite massif* »³⁹ dans les quatre prochaines années ainsi qu'une hausse de la fermeture des cabinets médicaux de ville. D'autre part, la profession médicale se féminise : les femmes représentent 42 % des médecins en activité régulière et 55 % des nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2012. Les attentes particulières des femmes, en particulier leurs attentes personnelles et familiales, soulignent une forte exigence d'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle. Enfin, l'activité libérale est de moins en moins attractive pour les jeunes médecins. Les modes d'exercice choisis par les nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre au 1^{er} janvier 2012 sont éloquentes comme le montre le tableau ci-dessous.

Choix du mode d'exercice par les nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins

Mode d'exercice	Pourcentage
Libéral	9,5 %
Mixte	1,2 %
Salarié	68,8 %
Remplaçant	20,5 %

Source : CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2012*, Tome 1, octobre 2012.

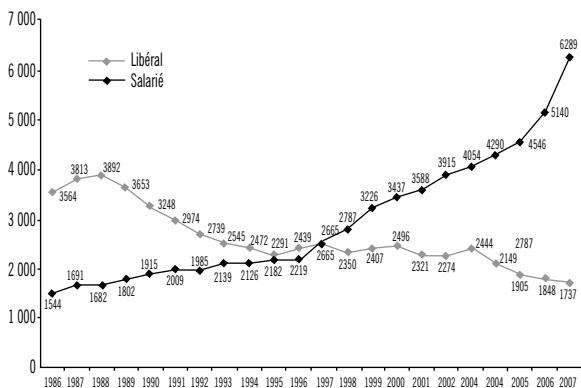
La désaffection des médecins pour l'exercice libéral se traduit à la fois par l'augmentation du nombre de médecins remplaçants⁴⁰ et par la préférence pour l'exercice salarié. D'une part, les effectifs de médecins remplaçants lors de la première inscription ont crû de 600 % entre

³⁹ *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale*, Mission confiée au Dr Michel Legmann, avril 2010.

⁴⁰ Un médecin remplaçant est soit un docteur en médecine, inscrit au tableau de l'Ordre, soit un étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement.

1980 et 2010. Le rapport du Dr Hubert⁴¹ donne trois grandes explications à ce phénomène : le refus de s'engager définitivement à rester sur le lieu de son investissement, la nécessité de trouver un emploi pour le conjoint et enfin la complexité administrative pour obtenir des aides à l'installation dans les zones sous-médicalisées. D'autre part, les jeunes médecins préfèrent très largement l'exercice salarié à l'exercice libéral (69 % contre 9,5 % chez les nouveaux inscrits en 2012). Depuis 1997, la pratique salariée est majoritaire. Plus d'une femme sur deux choisit l'exercice salarié (contre un homme sur trois), tandis que cette tendance est inversée pour l'exercice libéral (un homme sur deux et une femme sur trois).

Évolutions respectives des activités libérale et salariée de 1986 à 2007



Source : Rapport Legmann, *Définition d'un nouveau modèle de médecine libérale*, avril 2010.

⁴¹ *Mission de concertation...*, Op. cit.

Une étude menée par l'IRDES⁴² a mesuré le poids relatif du travail « administratif » pour les médecins généralistes : les activités administratives représenteraient en moyenne entre 4,5 et 6,5 heures hebdomadaires ; si on ajoute à cela la tenue de l'agenda (près de la moitié des médecins étudiés ne disposent pas de secrétariat) qui prend environ 1,5 heure hebdomadaire, ces tâches occupent entre 11 et 15 % des 54,6 heures moyennes de temps de travail hebdomadaire des généralistes. Le Dr Legmann peut ainsi parler de « bureaucratisation »⁴³ du métier de la médecine libérale. « *De l'avis assez général, c'est un volet inintéressant, voire un travail qui ne devrait pas incomber au médecin ou qui est inutile en partie* »⁴⁴ : l'optimisation du temps médical est donc un enjeu fort des évolutions de la médecine de ville. Si le regroupement des professionnels de santé est un moyen de mutualiser ces tâches et leur gestion, le transfert des tâches peut également s'avérer être un puissant levier d'amélioration.

Les outils mis en place pour répondre aux évolutions sont restés sans succès

Le constat selon lequel ce n'est pas le nombre de médecins mais leur répartition qui est en cause est largement partagé. Les outils de régulation des flux médicaux (*numerus clausus*, épreuves clas-

⁴² IRDES, « Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles », *Questions d'économie de la santé*, n° 144, juillet 2009.

⁴³ *Définition d'un nouveau modèle...*, *op. cit.*

⁴⁴ *L'emploi du temps des médecins libéraux...*, *op. cit.*

santes nationales⁴⁵) ne sont pas adaptés pour y remédier, étant donné que les médecins jouissent d'une liberté d'installation sur le territoire qui leur laisse le libre choix du lieu où exercer leur art.

Les mesures adoptées en France pour améliorer la répartition des professionnels de santé portent principalement sur les médecins et correspondent d'une part à la saturation de l'offre par l'augmentation globale du nombre de médecins (*numerus clausus*) et d'autre part au développement de stratégies incitatives exclusivement financières portant sur la formation initiale, l'installation ou le maintien des professionnels. Ainsi, les médecins peuvent bénéficier de dispositifs d'exonérations fiscales et sociales lorsqu'ils s'installent dans des zones franches urbaines (ZFU), dans des zones de revitalisation rurale (ZRR), dans une zone déficitaire en offre de soins lorsqu'ils assurent une permanence des soins ou dans une commune de moins de 2 000 habitants. La Sécurité sociale quant à elle finance une majoration de 20 % de la rémunération des généralistes exerçant en libéral, en groupe et dans une zone déficitaire (à noter qu'en contrepartie, les généralistes installés dans une zone surdotée devaient voir la participation de l'Assurance maladie à leurs cotisations sociales réduite de 20 %, mesure restée inappliquée car perçue comme coercitive par les syndicats médicaux). Enfin, la loi HPST a créé le contrat d'engagement de service public (CESP), qui fournit une allocation aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans une zone déficitaire, mais qui – faute d'information – n'a pas connu le succès escompté.

⁴⁵ Les épreuves classantes nationales (ECN), qui concluent le deuxième cycle des études médicales (DCEM) et ouvrent sur le troisième cycle (TCEM, plus couramment appelé « internat »), ont été créées en 2004 en remplacement du concours de l'internat. L'article 43 de la loi HPST prévoit que les ECN comportent un dispositif de programmation pluriannuelle sur cinq ans du nombre de postes d'internes par spécialité médicale et par subdivision territoriale.

De même, les réformes des études médicales visant à multiplier les contacts entre les étudiants et les territoires ou entre les modes d'exercice considérés comme prioritaires n'ont été appliquées que très partiellement. Ainsi, le stage d'initiation à la médecine générale au cours du deuxième cycle des études médicales a été rendu obligatoire par trois arrêtés entre 1997 et 2009, sans succès comme le souligne le rapport du Dr Hubert : « *23 facultés ont répondu en 2010 aux obligations réglementaires et seuls 37 % des étudiants ont pu bénéficier de ce stage. Huit facultés ont organisé un stage plus court que celui imposé par les textes (quatre demi journées à cinq semaines) et trois facultés n'ont toujours pas organisé ces stages [...].* »⁴⁶

Le rapport remis par le député Philippe Vigier⁴⁷ souligne que non seulement la complexité et la multiplicité de ces dispositifs font obstacle à leur bonne diffusion mais que de plus « *ces dispositifs exclusivement centrés sur des aides financières ne répondent qu'imparfaitement aux critères déterminants du choix du lieu de l'installation des jeunes professionnels qui sont plus soucieux de la qualité de leur cadre d'exercice et de leur vie familiale que de maximiser leurs revenus personnels* »⁴⁸.

⁴⁶ *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, Rapport du Dr Elisabeth Hubert, 2010.

⁴⁷ *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, fait par M. Philippe Vigier, Assemblée nationale, janvier 2012.

⁴⁸ *Ibid.*

Que nous apprend la comparaison internationale ?

Tous les pays sont confrontés à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. Plusieurs ont mis en œuvre des politiques intéressantes et une revue de la littérature internationale menée par l'IRDES en 2006 permet de tirer de nombreux enseignements.

Les mesures concernant la sélection des profils des professionnels de santé : « des effets prometteurs »

Ces mesures sont assez développées dans les pays anglo-saxons (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni). La littérature internationale montre l'efficacité des mesures portant sur le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans des zones mal desservies, comme par exemple ceux qui en sont originaires (...)

Les outils réglementaires de la régulation de l'installation : « une efficacité discutable »

Les politiques de coercition administrative menées en Allemagne, au Royaume-Uni ou encore en Autriche et consistant à limiter le nombre de nouveaux professionnels pouvant s'installer dans des zones considérées comme sur-dotées « n'ont pas permis de mettre fin aux inégalités de répartition géographique. Elles ont éventuellement eu pour conséquence de limiter le nombre de médecins en formation, ces derniers anticipant le fait de ne pouvoir s'installer dans la zone de leur choix, mais n'ont pas permis de rendre les zones mal desservies plus attractives ».

Les incitations financières : « une influence modérée pour des coûts élevés »

Les majorations de la rémunération dans le cas d'exercice dans des zones sous-dotées (menées au Québec, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie) ont eu une « influence modérée à court terme et très faible à long terme, alors que les coûts associés sont élevés. Elles ne permettent pas de rendre les zones plus attractives et conduisent parfois à des effets pervers en termes de productivité dans le cas du paiement à la capitation. Cela a en effet conduit les généralistes au Royaume Uni à diminuer la taille de leur liste de patients inscrits ».

Le rapport souligne enfin que « les politiques ne s'inscrivent que rarement dans une logique d'aménagement du territoire favorisant la rétention des professionnels de santé » et insiste sur la nécessaire coordination des politiques au niveau local et national et sur l'approche mixte à mener (restrictions à l'installation, incitations financières et en nature, mesures sur la formation et la sélection sur profil des professionnels de santé, aménagement des rémunérations etc.).

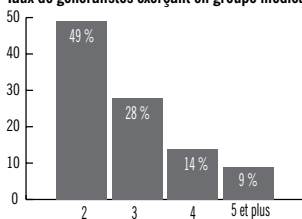
Source : IRDES, *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et les mesures adoptées en France*, juin 2006.

Les maisons de santé pluridisciplinaires : « solution miracle » pour attirer les professionnels de santé ?

La majorité des médecins généralistes libéraux travaillent aujourd'hui en groupe : ils sont 54 % à le déclarer en 2009. Cette proportion est particulièrement élevée chez les « jeunes » médecins : l'exercice en groupe concerne huit médecins de moins de 40 ans sur dix⁴⁹. Les groupes sont principalement monodisciplinaires et de petite taille (90 % d'entre eux comportent quatre médecins ou moins).

L'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est présenté de façon répétée comme une voie d'avenir de l'exercice médical ambulatoire. Il faut reconnaître que ce modèle permet de favoriser la coordination et la coopération informelles des professionnels de santé, de rendre l'exercice plus attractif pour les professionnels de santé (mise en commun de ressources, mutualisation des frais, flexibilité des horaires, etc.) et de garantir aux patients amplitude horaire et accès à des soins de premier recours.

Taux de généralistes exerçant en groupe médical



Nombre de médecins dans le groupe

Répartition des médecins généralistes libéraux de secteur 1 exerçant en groupe médical selon la taille du groupe en 2009.

Source : « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, *Questions d'économie de la santé*, n° 157, septembre 2010.

⁴⁹ IRDES, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la santé*, n° 157, septembre 2010.

Toutefois, les informations concernant le regroupement sont encore très parcellaires : les inscriptions au Conseil de l'Ordre restent individuelles et les bases de données de l'Assurance maladie ne permettent pas d'identifier les regroupements de praticiens.

De plus en plus présentées comme une (voire « la ») solution aux problèmes de répartition des professionnels sur le territoire, les maisons de santé font depuis peu l'objet d'un regain d'intérêt des pouvoirs publics et le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire a annoncé le 11 mai 2010 la création d'ici fin 2013 de 250 maisons de santé pluriprofessionnelles sur trois ans, pour un total de 25 millions d'euros⁵⁰. La pratique de la médecine en groupe est également soutenue par des incitations financières établies par le plan de démographie médicale de 2007, et par différents dispositifs : statut de collaborateur libéral, expérimentation de nouveaux modes de rémunérations dans les maisons, pôles et centres de santé, etc⁵¹.

Les regroupements en médecine ambulatoire existent depuis longtemps. Les premiers centres de santé ont fait leur apparition dès 1895, les cabinets de groupe dans les années 1970, les réseaux de santé dans les années 1990. Ils sont toutefois toujours restés en marge, notamment du fait du mode de rémunération des médecins, qui repose essentiellement sur le paiement à l'acte. L'évolution des modes de rémunération est souhaitée par de plus en plus de médecins, comme en témoigne la préférence des nouveaux professionnels pour l'activité salariée plutôt que libérale. De plus, **le paiement à l'acte constitue un réel frein aux tendances de regroupement.**

⁵⁰ <http://territoires.gouv.fr/maisons-de-sante>

⁵¹ INPES, *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, « Exercice en groupe et pratiques de prévention en médecine générale », juin 2011.

Le paiement à l'acte a longtemps été l'un des socles de la médecine libérale. Il permet d'assurer une relation durable entre le praticien et le patient, mais la tarification à l'acte atteint ses limites du fait des effets pervers qu'elle induit : le médecin a tout intérêt à multiplier les rendez-vous avec ses patients afin de maximiser ses revenus. Les économistes de la santé s'accordent à dire qu'il faut faire évoluer cet état de fait pour proposer un mode de rémunération mixte qui, restant flexible, permettrait de rémunérer les praticiens à la fois sur la base de l'acte, d'un forfait et d'une rémunération par capitation⁵².

Les pouvoirs publics ont entrepris d'expérimenter ces possibilités, par le biais du CAPI, du P4P et des expérimentations des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé (ENMR), créées par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008. Les ENMR sont mises en place dans certains pôles de santé et maisons de santé qui ont développé un projet de santé. De nombreux enseignements sont attendus, en particulier sur la répartition optimale de l'enveloppe entre les professionnels de santé, la forme juridique, l'allocation des ressources, etc.

Rémunération à la performance ? CAPI et ROSP

Le CAPI, ou contrat d'amélioration des pratiques individuelles, est une forme de rémunération sur objectif mise en place en 2009. En complément au programme d'évaluation des pratiques professionnelles, le CAPI a pour objectif d'améliorer la qualité

⁵² Rémunération à l'acte : paiement en fonction du nombre de consultations du médecin.
Rémunération par capitation : paiement d'une somme forfaitaire par patient inscrit au cabinet du médecin, indépendamment du volume de soins ou du nombre de consultations prodigués à ce patient. Au Royaume-Uni, le forfait intègre les médicaments et les soins prescrits lors des consultations.

des soins en proposant aux médecins qui le souhaitent de bénéficier d'un suivi d'indicateurs de qualité relatifs à leurs pratiques, en particulier dans les domaines de la prévention et du suivi des maladies chroniques, mais aussi dans l'optimisation de la prescription. En échange de l'amélioration de la qualité de leurs pratiques, les médecins participant au programme CAPI touchent une rémunération annuelle complémentaire, qui est fonction de leur évolution par rapport aux indicateurs du contrat. Signé par 16 000 médecins généralistes, soit 38 % des médecins qui y étaient éligibles, le CAPI a été un succès. La prime moyenne annuelle versée au médecin s'est élevée à 3 000 euros, et les signataires ont progressé sur tous les indicateurs, sauf le dépistage du cancer du sein.

Le développement de la rémunération en fonction d'objectifs de santé publique (ROSP) a été entériné en juillet 2011 lors de la signature d'une convention entre l'Assurance maladie et les principaux syndicats de médecins généralistes. Le nouveau contrat concerne l'ensemble des praticiens en étant intégré à la convention médicale. Il est entré en vigueur au début de l'année 2012. Au terme de la première année de ROSP, un peu plus de 75 000 médecins rémunérés à ce titre ont touché en moyenne 3 750 euros (5 000 euros pour les généralistes).

2.3. UNE INSUFFISANTE PRISE EN COMPTE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Le DMP : une occasion manquée ?

Inscrit dans la loi du 13 août 2004, le dossier médical personnel aurait dû voir le jour en 2007. Alors présenté comme un formidable outil de maîtrise des dépenses de santé (Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, annonçait des gains de l'ordre de 3,5 milliards d'euros), sa première version a échoué, suscitant méfiance et incompréhension des professionnels de santé comme des patients. Le projet a été relancé en 2009, plus discrètement, sous le contrôle de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé).

Selon la Cour des comptes, en juillet 2012 seuls 158 000 dossiers ont été ouverts pour un coût de 210 millions d'euros entre 2005 et 2011 (près d'un demi-milliard d'euros en ajoutant le coût des dossiers dans les hôpitaux)⁵³. Le constat de la Cour est sévère : coûteux, peu efficace, mal piloté et non évalué, le projet a manqué d'une réelle impulsion politique et fait l'objet de nombreuses critiques.

L'enjeu du DMP est pourtant crucial pour l'organisation du système de soins : il s'agit de mettre à disposition de l'ensemble des assurés sociaux un dossier médical informatisé accessible en tout point du territoire et à tout moment. Tous les professionnels de santé autorisés par le patient pourront s'y connecter. Le dossier médical informatisé

⁵³ Cour des comptes, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, février 2013.

devrait permettre d'améliorer la qualité des soins, d'assurer leur continuité entre les professionnels de santé, de faciliter le partage d'informations ou encore d'éviter les actes redondants.

Depuis 2004, les attentes ont évolué et de nombreux dossiers médicaux informatisés issus d'expérimentations locales innovantes ont vu le jour, alors que les pouvoirs publics retardaient sans cesse le lancement national. L'enjeu est donc de mettre en place un outil communicant, élaboré en concertation avec les professionnels de santé. Les Suédois l'ont bien compris et leur stratégie nationale en matière d'e-santé a été élaborée en concertation avec l'ensemble des professionnels de santé. Le dossier médical électronique suédois est déjà opérationnel et les différents systèmes existants peuvent se connecter aisément au dossier médical national. Les patients doivent être placés au cœur de la stratégie de déploiement du DMP qui ne saurait être un simple carnet de santé informatisé se contentant de stocker des données peu lisibles sans offrir une interface intelligible pour les patients.

La demande de mise en place d'un DMP est forte chez les usagers, comme l'a montré la conférence de citoyens organisée par l'Institut Montaigne sur la santé : dans leur avis, les 25 citoyens soulignent que la création pour chacun d'un dossier médical partagé leur semble un outil primordial pour permettre les parcours de soins. Le DMP devra, selon eux, contenir la totalité des informations disponibles sur le patient. La question du masquage de certaines données par les usagers n'a pas été retenue par les citoyens qui ont jugé que l'outil ne pourrait être performant et utile que dans la mesure où l'ensemble des données y serait visible par l'ensemble des médecins, sauf le médecin du travail.

La télésanté, véritable enjeu pour l'organisation des soins

La télésanté est définie comme « l'ensemble des actes et services de santé assurés à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication »⁵⁴. La télémédecine, sous-ensemble de la télésanté, est entrée dans la législation française avec la loi HPST (article 78) qui dispose ainsi : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* » La loi HPST ouvre donc ainsi la voie à la téléconsultation : l'accès aux soins ne requiert pas nécessairement de contact physique entre le médecin et le patient. Mais, alors que les expérimentations de téléconsultation de spécialistes se développent en milieu hospitalier, la consultation à distance d'un médecin de ville soulève encore beaucoup d'interrogations.

La télésanté permet de multiplier les échanges et de favoriser la transversalité qui manque au système français. Il s'agit non seulement de dématérialiser certains aspects de l'offre de soins, mais aussi de développer de nouvelles organisations et de nouveaux services pour mieux organiser l'offre de soins et faciliter le parcours de santé du patient. Par exemple, la télésurveillance médicale permet de suivre les malades chroniques à distance, de demander l'avis d'un médecin spécialiste en évitant au patient le déplacement physique et le délai

⁵⁴ Centre d'analyse stratégique, *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? La télésanté*, Note d'analyse, n° 255, décembre 2011.

d'attente, mais aussi de prolonger le maintien au domicile des personnes dépendantes.

Si la télésanté est encore au stade expérimental en Europe, des innovations majeures apparaissent dans plusieurs pays. En mars 2011, une étude réalisée par la Fédération des industries électriques, électroniques et de communication (FIEEC) et l'ASIP Santé⁵⁵ a ainsi dressé le constat suivant : les projets mis en œuvre sont expérimentés sur des populations réduites (10 000 à 15 000 patients maximum), même si plusieurs d'entre eux sont en phase de régionalisation. L'adoption et la généralisation d'une technologie de santé prend entre huit et dix ans, sous réserve que l'écosystème soit constamment adapté et que le modèle économique, y compris les modes de rémunération, soit rendu suffisamment stable pour supporter le passage à grande échelle. L'étude souligne également l'importance de disposer d'une structure de pilotage et d'une organisation permettant la coopération des différents acteurs autour du projet.

Le boom de la télémédecine aux Pays-Bas : l'exemple de KSYOS

La télémédecine connaît un développement très important aux Pays-Bas depuis que les bases d'une infrastructure nationale de télésanté ont été mises en place en 2003. Le pays est ainsi doté d'un Institut national pour les technologies de santé, le NICTIZ, qui a pour premier objectif d'améliorer l'accès à l'information de santé et la qualité des soins. L'infrastructure nationale, AORTA, comporte d'ores et déjà un système d'authentification des patients,

⁵⁵ FIEEC et Asip Santé, *Étude sur la télésanté et télémédecine en Europe*, mars 2011.

des professionnels de santé et des assureurs, ainsi qu'un système de partage des données entre les différents acteurs. La création d'un dossier médical électronique pour chaque patient est en débat, notamment en raison des interrogations soulevées sur la confidentialité des données médicales.

Parmi les réalisations rendues possibles par la télémédecine, citons la plateforme KSYOS, qui permet des consultations à distance en dermatologie, ophtalmologie et cardiologie notamment. Les téléconsultations en dermatologie sont aujourd'hui utilisées par un tiers des dermatologues néerlandais. Le médecin généraliste envoie des photographies numérisées au dermatologue qui, par le biais d'un dossier électronique en ligne, établit un diagnostic et prescrit un traitement. Ainsi, 69 % des cas sont traités sans que le patient ait besoin de se déplacer chez le spécialiste pour un examen approfondi ; de plus, le temps de réponse du dermatologue est réduit à cinq heures au lieu de huit semaines dans le parcours de soins traditionnel. D'un point de vue économique également, KSYOS a fait ses preuves : en raison des effets d'apprentissage générés chez les médecins généralistes, les coûts ont diminué de 43 % à moyen terme et de 50 % à long terme.

Source : FIEEC et Asip Santé, Étude sur la télésanté et télémédecine en Europe, mars 2011.

Diminuer le recours aux urgences en assurant une prise en charge dématérialisée et précoce : les exemples du NHS Direct en Angleterre et de MedicalHome au Mexique

Au Royaume-Uni, NHS Direct est un service de premier recours dématérialisé, mis en place par le système de santé public. Le *NHS Direct* fournit à tout individu des conseils et des informations médicales, par le biais d'une plateforme téléphonique à numéro unique qui permet de joindre des médecins, des infirmières et des dentistes, des applications de conseil médical pour smartphones, ainsi qu'un site internet qui comprend des fiches pratiques sur les pathologies les plus répandues et accompagne l'autodiagnostic pour les cas les plus simples.

Au Mexique, la plateforme de « triage médical » *MedicalHome*, créée en 1998, permet à 5 millions de personnes de bénéficier d'une centrale d'appel médicale 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Ce service privé, qui coûte 5 dollars par mois (prélevés sur la facture téléphonique), offre une consultation médicale en ligne, effectuée par des médecins généralistes, des spécialistes et des infirmières. 62 % des appels sont traités en ligne, ce qui signifie que les patients n'ont pas eu besoin d'aller consulter un médecin après l'appel.

PROPOSITIONS

L'action sur l'offre de soins ne saurait être envisagée sans une optimisation de la demande de soins. Les profonds changements sociologiques et démographiques ont transformé l'attitude des usagers du système de soins. Acteurs de plus en plus actifs de leur santé, ces derniers ont aujourd'hui une responsabilité et un rôle à jouer pour faire évoluer le système de santé et en assurer la pérennité. La demande de soins doit être régulée afin d'éviter la surconsommation de soins et de médicaments et permettre une prise en charge très en amont des pathologies. Le rôle de la prévention, y compris primaire⁵⁶, est ici primordial. En effet, les comportements alimentaires et physiques sont les déterminants principaux de l'état de santé d'une population. On estime aujourd'hui que de 80 % à 90 % des accidents cardiovasculaires, ainsi qu'une proportion importante des principaux cancers, pourraient être évités en modifiant de façon significative nos habitudes de vie (exercice, alimentation et tabagisme).

La conférence de citoyens organisée par l'Institut Montaigne fin 2012 a montré que les usagers, une fois informés et sensibilisés aux grands enjeux de notre système de santé, sont prêts à jouer un rôle actif dans l'amélioration du système et de son équilibre financier et se sentent responsables de son devenir. Les 25 citoyens se sont ainsi largement interrogés sur leur propre utilisation du système de santé. Déplorant les gaspillages ainsi qu'une certaine forme de « surconsommation médicale », ils appellent à une **responsabilisa-**

⁵⁶ La prévention primaire passe par l'éducation et l'information. On parle également de prévention secondaire (visant à dépister la maladie pour éviter l'apparition des symptômes cliniques) et tertiaire (visant à réduire les invalidités et récidives dues à la maladie).

tion des usagers, tant sur leur consommation que sur certains comportements à risque. Si certains d'entre eux proposent de sanctionner les usagers ayant des comportements peu responsables, tous soulignent l'importance de **l'éducation à la santé et à la prévention.**

Les pistes de réorganisation du système de soins qu'ils appellent de leurs vœux (parcours de soins coordonnés, réseaux de santé) leur semblent **acceptables dans la mesure où elles s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité du système** et des soins dispensés (p. 8 de leur avis⁵⁷). Cette proposition audacieuse montre une forte prise de conscience de la nécessité pour chaque usager de changer son comportement et de faire des efforts dans un contexte économique tendu. Les citoyens se disent ainsi prêts à être soumis à une certaine forme de contrainte sur leur liberté de choix si l'objectif commun est de garantir une meilleure qualité des soins pour tous. Cet avis, pourtant partagé au sein du groupe, est loin de refléter celui de certains experts ainsi que de nombreuses corporations.

La prévention et l'éducation à la santé, notamment chez les jeunes, sont ainsi essentielles pour améliorer l'état de santé des populations et permettre un usage responsable du système de soins. L'école primaire et le collège doivent être les portes d'entrée vers l'éducation à la santé et promouvoir des comportements alimentaires sains, une activité physique régulière et informer des dangers du tabagisme. Par exemple, la promotion précoce de bonnes habitudes alimentaires permet de réduire la prévalence des troubles du comportement alimentaire et par conséquent l'obésité⁵⁸, cinquième facteur de risque

⁵⁷ Voir <http://www.conferencedecitoyens.fr>

⁵⁸ INSERM, *Obésité, Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*, 2006.

de décès au niveau mondial et facteur de risque majeur de maladies chroniques parmi les plus répandues en France : maladies cardiovasculaires, cancer ou encore diabète.

De plus, des informations de base sur l'organisation du système de santé (quand aller consulter un généraliste, quand aller aux urgences, etc.) permettraient d'aider les futurs patients à comprendre comment s'orienter. En effet, et cela a été également souligné dans l'avis des 25 citoyens, la mauvaise information tant sur la qualité des soins dispensés que sur l'organisation du système de santé entraîne des comportements qui impactent l'état de santé des patients. Comme écrit plus haut au sujet des ZUS, l'accès à ces informations est fortement corrélé à la situation sociale, éducative et culturelle des individus.

METTRE EN PLACE LE DMP, OUVRIR L'ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ, ÉVALUER LA QUALITÉ DES SOINS

Proposition 1 : Faire du DMP un outil au service de la coordination des soins et de l'information des patients et des professionnels de santé.

L'informatisation des données de santé est prometteuse : elle est l'une des conditions de la qualité et de la cohérence des soins par le partage d'information. La « saga » du dossier médical personnel, lancée en France en 2004, risque fort de déboucher sur un dossier médical peu utile car éloigné des exigences des professionnels de santé.

S'inspirer des expériences étrangères et faire du DMP un outil d'échange communiquant avec les logiciels déjà en place. Dans

le DMP actuellement envisagé par le ministère de la Santé, les patients peuvent masquer des données et masquer ce fait (c'est le « double masquage »). Il faut supprimer cette possibilité qui rend difficile la traçabilité des données pour les professionnels de santé et représente aujourd'hui un frein majeur à l'adoption du DMP par les professionnels de santé.

■ Proposition 2 : Ouvrir l'accès aux données de santé.

Les pouvoirs publics, et notamment l'Assurance maladie, détiennent de nombreuses informations relatives au système de soins : qualité des soins prodigués, tarifs des professionnels de santé et des établissements, des produits de santé, informations relatives à la consommation des soins, efficacité des médicaments, qualité de la prescription... Ces données, qui devraient pourtant être publiques, ne sont accessibles ni par les citoyens, ni par les journalistes, les chercheurs ou les entreprises qui souhaiteraient s'en servir. Le système de santé reste ainsi une forteresse opaque : personne ne peut dire le coût moyen d'une journée d'hospitalisation ou les critères permettant de déterminer le prix des médicaments par exemple⁵⁹.

Une logique d'*open data*, déjà pratiquée par de nombreux pays européens et plébiscitée par les 25 citoyens ayant participé à la conférence de citoyens de l'Institut Montaigne, permettrait à la fois d'améliorer la compréhension et la connaissance du système de santé, de mesurer la qualité des établissements et des professionnels, de restaurer une certaine forme de confiance dans le système de soin et d'améliorer la performance globale de ce système.

⁵⁹ Voir à ce sujet le site de l'initiative « Transparence Santé » : <http://www.opendatasante.com>

De plus, une politique d'*open data* ambitieuse crée les conditions d'une démultiplication de l'utilisation des données par un écosystème entrepreneurial offrant de nouveaux services. En permettant plus de transparence et la comparaison des données et des résultats entre eux, elle est un levier extraordinaire d'évaluation des politiques publiques, d'amélioration de la qualité des services publics et de confiance.

■ Proposition 3 : Évaluer la qualité des soins

L'accès à l'information est un facteur central des inégalités d'accès aux soins. Par défaut de prévention, d'éducation thérapeutique, de connaissance des protocoles de soin et des délais d'attente, de nombreux patients retardent les soins dont ils ont besoin, ou alors y renoncent. Des outils existent et des expérimentations ont été mises en place pour y remédier, à l'instar du CAPI et plus récemment de la ROSP, qui engagent les médecins dans une démarche qualité et évaluation. Cependant, des obstacles subsistent : d'une part, le manque de données et d'autre part, le manque de diffusion de ces données.

- Rendre obligatoire, pour chaque établissement et pour tout professionnel de santé, la déclaration publique annuelle de ses résultats sur la base de quelques indicateurs prioritaires définis par la HAS, comparés à ceux obtenus au niveau régional et national.
- Exploiter les données disponibles : par exemple, le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) des établissements hospitaliers fournit de précieux indicateurs qualité. Les données en seraient publiées sur des sites Internet adéquats.
- Publier des statistiques sur le taux de recours à certains actes dans les établissements de santé afin d'avoir des références

opposables sur la pertinence des actes (par exemple sur les taux de césariennes par établissement de santé).

- Développer sur ce même modèle des applications mobiles qui permettraient de connaître, par exemple, les délais d'attente des services d'urgence des établissements hospitaliers les plus proches, ou encore les espaces où obtenir des soins de premier recours à proximité.

FACILITER LE REGROUPEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET LA COORDINATION DES SOINS

Proposition 4 : Encourager le regroupement des professionnels de santé et une meilleure répartition des tâches

Les regroupements pluridisciplinaires permettent un mode d'exercice plus adapté aux demandes des professionnels, d'une part, et offrent aux patients une meilleure prise en charge, axée sur la transdisciplinarité, d'autre part. Si l'exercice en groupe est prisé par une majorité de médecins, les regroupements restent le plus souvent monodisciplinaires et de petite taille. De plus, l'accompagnement des médecins dans les aspects gestion de projet, logistiques et financiers du regroupement est perfectible. Enfin, les modes de rémunération proposés aux professionnels font obstacle, notamment car la rémunération à l'acte est inadaptée à l'exercice regroupé.

Le regroupement des professionnels de santé va de pair avec une meilleure articulation des tâches entre professionnels. Les disparités entre les formations, ne serait-ce que dans la durée des études

(jusqu'à 11 ans pour les médecins contre 3 ans pour la plupart des auxiliaires médicaux) rendent très difficiles la mobilité interprofessionnelle et l'évolution des parcours et sont à l'origine de forts cloisonnements. On peut s'étonner d'ailleurs que l'organisation de notre système d'enseignement supérieur par référence au LMD ne concerne pas la formation des infirmières. En effet, **il serait possible, à travers un partenariat entre les écoles actuelles et les universités, d'organiser la formation des infirmières au niveau bac + 3 dans le cadre d'une licence professionnelle** en recourant exclusivement à l'apprentissage (mi-temps académique, mi-temps salarié dans un établissement de soins par exemple). Cette formation pourrait être prolongée ultérieurement *via* la formation continue pour permettre à certains d'entre eux (d'entre elles) d'acquérir un diplôme de master.

Les modalités d'exercice des médecins sont très liées au mode de rémunération : le paiement à l'acte décourage la coopération et les regroupements. Seuls des modes de rémunérations mixtes, mêlant capitation, forfait et paiement à l'acte, pourront permettre le développement massif des regroupements. Le principe d'une tarification différenciée en fonction du lieu d'installation des médecins pourrait également être envisagée afin d'inciter à l'installation en zone déficitaire.

L'ensemble des initiatives concourant au regroupement de professionnels doit être encouragé, quel que soit le statut de la structure (privé, public, associatif). Les regroupements ne sont pas uniquement « physiques » : il existe également des groupements interprofessionnels et des pôles de santé dans lesquels les professionnels n'exercent pas sous le même toit.

- **Créer un guichet unique des aides à l'installation et au regroupement des professionnels de santé associant les différents interlocuteurs** (caisses d'Assurance maladie, collectivités locales, représentants des professionnels de santé, etc.). Ce guichet, dont une des missions serait de mener des campagnes d'information auprès des professionnels de santé installés, mais également auprès des étudiants en médecine, pourrait être abrité par les agences régionales de santé.
- **Proposer, au sein des études de médecine, des modules consacrés à la gestion et au montage de projets.**
- **Tirer les enseignements des expérimentations menées sur les nouveaux modes de rémunération pour généraliser les rémunérations mixtes entre paiement à l'acte, paiement forfaitaire et capitation.** Ces nouveaux modes de rémunérations doivent encourager l'exercice regroupé et les délégations de tâches.
- **À partir de données sur les besoins de coopération entre les différents professionnels de santé et des expérimentations mises en place, faire évoluer les formations des professionnels de santé pour distinguer différents niveaux de compétences.**
- **Développer des protocoles sous l'égide de la HAS pour généraliser les transferts de tâches médicales entre les professions en délimitant les responsabilités de chaque professionnel.**

DIVERSIFIER LE PROFIL DES MÉDECINS ET LEUR FAIRE CONNAÎTRE L'EXERCICE LIBÉRAL

Proposition 5 : Agir en amont pour diversifier les profils des médecins

Plusieurs rapports internationaux⁶⁰ se sont intéressés au sujet de la désertification médicale et ont évalué positivement les politiques ciblant les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires, notamment ceux qui en sont originaires. Diversifier le recrutement des jeunes médecins en permettant aux jeunes issus des classes populaires des zones rurales ou des zones urbaines sensibles permettrait d'augmenter la probabilité de voir de jeunes professionnels s'installer dans ces zones.

Mettre au point des procédés de recrutement ciblés pour les études médicales par le biais de conventions avec des lycées en zone rurale ou en zone urbaine sensible, afin de diversifier l'origine sociale et géographique des médecins. Ce processus de repérage, de suivi et de soutien des meilleurs éléments pourrait s'appuyer sur l'expérience des « conventions éducation prioritaire (CEP) » mises en place par Sciences Po.

Ce processus s'accompagnerait d'une majoration des bourses pour les élèves afin de leur permettre d'envisager sereinement des études longues.

⁶⁰ OMS, *Op. cit.*

L'exemple des conventions éducation prioritaire de Sciences Po

Les « conventions éducation prioritaire » lancées en 2001 sont une voie de recrutement sélective destinée aux élèves scolarisés dans des établissements situés en zones d'éducation prioritaire. Les élèves participant au programme dans les lycées conventionnés sont sélectionnés à l'entrée de la première année de Sciences Po selon une procédure spécifique, sélective et parallèle aux deux autres voies de recrutement (le concours d'entrée et la procédure de dispense d'examen pour les élèves ayant obtenu une mention « Très Bien » au bac).

Les CEP à Sciences Po en chiffres :

- 74 lycées partenaires en 2009 ;
- 603 élèves admis à Sciences Po en 9 ans ;
- Chaque année, entre 50 et 70 % des admis sont des enfants de chômeurs, d'ouvriers ou d'employés ;
- Les 3/4 des admis sont boursiers ;
- Les 2/3 des admis ont au moins un parent né hors de France.

Proposition 6 : Supprimer le *numerus clausus* dans les études de médecine.

Le nombre total de médecins en activité résulte essentiellement du *numerus clausus* (nombre de places ouvertes en deuxième année d'études de médecine). Créé en 1971 et fixé annuellement, le *numerus clausus* a été assez élevé jusqu'en 1983 (environ 8 600 places), puis a diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (3 500 places). Il a ensuite remonté progressivement pour se situer autour de 7 500 en 2012 (cf. annexe).

Dans les faits, cet outil s'est révélé incapable de réguler véritablement le nombre de professionnels sur le territoire. Trop souvent fixé dans une logique de court terme (alors qu'il détermine le nombre de médecins qui seront en activité à un horizon de 10 à 15 ans), il n'a pas permis de véritable planification. De plus, le *numerus clausus* est inefficace pour résoudre le problème de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire qui est le principal obstacle à l'égalité d'accès aux soins sur le territoire. Enfin, de nombreux étudiants français le contournent en partant étudier la médecine en Belgique ou en Roumanie⁶¹ avant de revenir exercer en France. Ce phénomène prend une telle ampleur que la Belgique a dû mettre en place un système de « quotas » pour les étudiants étrangers. Par ailleurs, 27 % des nouveaux médecins sont titulaires d'un diplôme hors de France. Près de la moitié d'entre eux viennent de Roumanie et d'Algérie⁶².

Si le nombre de médecins en activité n'a jamais été aussi important qu'aujourd'hui, le temps médical disponible devrait baisser de 20 % au cours des dix prochaines années du fait du vieillissement des médecins, de la multiplication des tâches administratives, de la féminisation de la profession et de l'évolution des modes de vie des professionnels⁶³. Le besoin en médecins et professionnels de santé ne va faire qu'augmenter dans les années à venir et la profession médicale représente un véritable gisement d'emplois hautement qualifiés.

⁶¹ *Le Figaro*, « Ces futurs médecins français qui se forment en Roumanie », 25 mars 2010 ; *Le Point*, « Médecine : la Belgique veut moins d'étudiants français », 27 juin 2012.

⁶² Atlas de l'Ordre, 2012, *Op. cit.*

⁶³ Jalma, *op.cit.*

Proposition 7 : Faire connaître l'exercice libéral et la médecine générale aux étudiants en médecine.

La désaffection à l'égard de la médecine générale lors des épreuves classantes nationales peut s'expliquer par la quasi-absence de stages en cabinet libéral et leur trop faible importance dans le cursus de formation. L'organisation du deuxième cycle reste, par exemple, trop centrée sur la connaissance des CHU.

Si le stage d'initiation à la médecine générale au cours du deuxième cycle est obligatoire, il reste très peu appliqué dans les faits⁶⁴.

Conditionner la validation du deuxième cycle des études médicales à la réalisation d'un stage en médecine générale afin de sensibiliser tous les étudiants à l'exercice de la médecine libérale. Le rôle des doyens des facultés s'avère déterminant dans la réussite de cette réforme. Encourager la réalisation de ces stages au sein de maisons de santé pluridisciplinaires ou de pôles de santé.

⁶⁴ *Mission de concertation sur la médecine de proximité, op.cit.*

AVOIR UNE APPROCHE DÉCENTRALISÉE DE L'ACCÈS AUX SOINS

■ Proposition 8 : Territorialiser l'accès aux soins.

Pour poursuivre l'effort de décentralisation de l'offre de soins, laisser une plus grande flexibilité aux acteurs du système de santé et répondre de façon adéquate à la demande de chaque territoire, il convient de sortir d'un certain « dogme de l'égalitarisme ». Les Français sont très attachés aux soins de proximité. Cette notion ne doit cependant pas être confondue avec le maintien de centres hospitaliers locaux aux ressources parfois sous-employées et dont la qualité des soins est loin d'être optimale. Tous les territoires n'ont pas les mêmes besoins en équipement et en services médicaux. Les différences démographiques, sociologiques, d'infrastructures, etc. doivent être prises en compte. Il faut penser la coordination nationale de l'accès aux soins en termes d'équité, et pour cela examiner au plus près les besoins des territoires. À ce titre, le bilan des agences régionales de santé créées par la loi HPST est mitigé. La logique verticale dans laquelle elles s'inscrivent est régulièrement critiquée.

Le rapport d'évaluation de la mise en application de la loi HPST rendu en mars 2011 a estimé qu'il fallait donner un pouvoir supplémentaire aux ARS par la mise en œuvre d'objectifs régionaux de dépenses d'Assurance maladie : les ORDAM⁶⁵. Ces budgets différenciés, établis en fonction des besoins de chaque territoire, permettraient d'optimiser les dépenses de soins au niveau national en donnant aux ARS une marge de manœuvre supplémentaire

⁶⁵ Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, dit « Rapport Fourcade », remis au Parlement par M. Jean-Pierre Fourcade, 2011.

pour améliorer la fongibilité des enveloppes entre hôpital et médecine ambulatoire, contribuant ainsi à décloisonner le système de soins et à améliorer les coopérations transversales.

Avoir une approche territoriale et décentralisée de l'accès aux soins :

- **établir des budgets différenciés entre les régions par la mise en œuvre d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, gérés par les ARS en fonction des besoins de chaque territoire ;**
- **assurer la fongibilité des enveloppes hospitalières et de ville afin de favoriser les liens entre ville et hôpital.**

L'ACCÈS FINANCIER AUX SOINS

Malgré les difficultés parfois perçues par les usagers du système de santé ou évoquées dans les discours politiques, la couverture santé en France est globalement d'excellente qualité. Sous l'effet des différents transferts de coûts vers les patients, dont les tickets modérateurs, franchises médicales et la diminution du taux de remboursement de certains médicaments sont des exemples, **l'Assurance maladie couvre aujourd'hui 75,5 % des dépenses de soins.** Cette part est restée très stable dans le temps : après avoir atteint un niveau record de 80 % en 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) se situe autour de 77 % depuis 1995.

Par contre, le montant des dépenses de soins et biens médicaux non remboursée par l'Assurance maladie, dite « reste à charge », a plus que doublé en trente ans⁶⁶. Il correspond à 24,5 % du montant des dépenses de soins, qui sont à la charge de complémentaires santé privées, lesquelles prennent en charge environ 14 % du montant total (13,8 % en 2009). **Les ménages bénéficiant d'une complémentaire santé doivent donc assurer le paiement d'un peu plus de 10 % de leurs dépenses de soins, soit environ 240 euros par personne et par an en 2009.** Ce reste à charge des ménages est l'un des plus faibles parmi les pays développés. Dans le même temps, **la dépense de soins et de biens médicaux a fortement**

⁶⁶ En prix relatifs, le reste à charge est passé de 217 à 547 euros entre 1980 et 2008. Source : IRDES, *La complémentaire santé en France en 2008*, op. cit.

augmenté, passant de 1 085 euros en 1980 à 2 234 euros par an en 2008⁶⁷.

Les pouvoirs publics ont mis en place plusieurs dispositifs pour universaliser la couverture maladie, à destination des personnes les plus modestes. Les plus célèbres de ces dispositifs sont la **couverture maladie universelle (CMU) et l'aide médicale d'État (AME)**. La loi du 27 juillet 1999 créant la CMU a offert un accès généralisé à l'Assurance maladie obligatoire à toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois et n'ayant pas de protection maladie (article L 380-1 *et sq.* du Code de la Sécurité sociale). Créée dans le même temps, l'AME est l'équivalent de la CMU pour les personnes ne remplissant pas ces conditions de résidence. Plus de 2,15 millions de personnes étaient bénéficiaires de la CMU au 31 juillet 2011⁶⁸.

D'autre part, la **couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** offre une protection complémentaire pour un an, sous condition de ressources. La CMUC prend en charge le ticket modérateur en soins de ville sans dépassements d'honoraires, le ticket modérateur à l'hôpital, le forfait hospitalier et dans certains cas les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages. Selon le Fonds CMU, en 2009, le nombre de bénéficiaires de la CMUC est estimé à 4 223 788 en France entière. L'enquête santé protection sociale de 2006 soulignait que 700 000 à 1,2 million de personnes n'avaient pas fait valoir leurs droits à la CMUC. Enfin, **l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS)** est proposée depuis le 1^{er} janvier 2007 à toute personne dont les revenus

⁶⁷ « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Op. cit.*

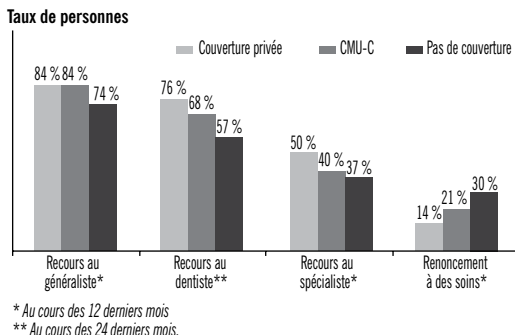
⁶⁸ Fonds CMU, *Annuaire statistique*, octobre 2011.

excèdent au maximum de 20 % le plafond de ressources de la CMUC. Cette aide prend la forme du « chèque santé » depuis janvier 2008 afin d'être appropriée plus facilement par ses bénéficiaires potentiels. Néanmoins, le dispositif n'a pas rencontré le succès escompté, du fait du manque d'information et de la complexité administrative de la demande d'ACS : selon le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, près d'une personne sur quatre pouvant bénéficier de l'ACS s'en abstient.

Le lien est depuis longtemps établi entre la possession d'une complémentaire santé, l'accès aux soins et l'état de santé des individus. L'acquisition d'une complémentaire santé est donc un enjeu fort pour le maintien de l'accès aux soins, en particulier pour les populations les plus précaires. En 2008, selon l'enquête santé protection sociale, 94 % des personnes étaient couvertes par un contrat de couverture complémentaire santé en France métropolitaine, notamment du fait de la diffusion de la CMUC et de l'ACS. Il reste donc néanmoins 6 % de la population (soit près de 4 millions de personnes) qui n'est couverte par aucune complémentaire santé. Parmi ces personnes, 46 % ne peuvent en bénéficier pour des raisons financières.

Malgré l'existence de la CMUC et de l'ACS, **la méconnaissance des droits sociaux par leurs bénéficiaires potentiels est forte.** Le système est en effet complexe, les droits que la CMUC autorise sont mal connus ; enfin, les tendances au renoncement sont de plus renforcées par les pratiques illégales de certains professionnels de santé (refus du tiers-payant, demande d'un dépassement). **Ces difficultés financières sont grandement renforcées quand elles se doublent de difficultés d'accès physique à l'offre de soins.** La mobilité des bénéficiaires de la CMUC est en effet plus réduite, de même que

leur possibilité d'aller consulter des spécialistes en secteur 2 pour lesquels le temps d'attente sera moins long que dans le secteur conventionnel⁶⁹.



Source : IRDES, *La complémentaire santé en 2008*, *op. cit.*

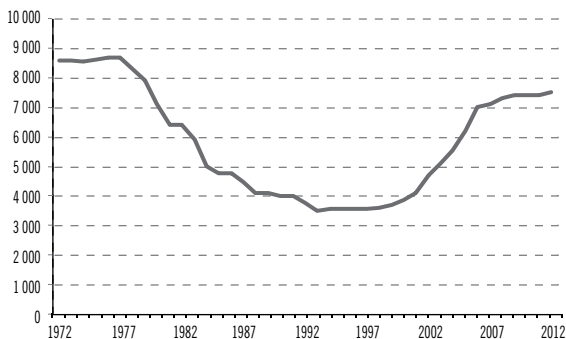
Les lacunes de l'information sur la qualité des soins passent aussi par la connaissance des tarifs pratiqués. Une étude récente a souligné que les médecins de l'hôpital public exerçant une activité libérale en secteur 2, soit près de 1 900 médecins, pratiquent parfois des tarifs supérieurs à 1 000 % du tarif de la Sécurité sociale. Dans le même temps, l'accès aux comptes rendus des commissions chargées de modérer ces pratiques est rendu très difficile⁷⁰.

⁶⁹ IRDES, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *op. cit.*

⁷⁰ Enquête de 60 millions de consommateurs et de Santéclair, février 2012.

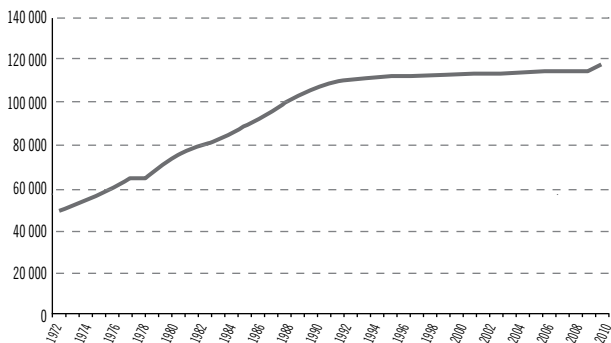
ÉVOLUTION DU *NUMERUS CLAUSUS* ET DU NOMBRE DE MÉDECINS EN FRANCE

Évolution du *numerus clausus* 1972 - 2012



Source : Eco-Santé France 2013 - mise à jour : février 2013.

Nombre de médecins en activité 1972 - 2010



Source : Eco-Santé France 2013 - mise à jour : février 2013.

REMERCIEMENTS

L'Institut Montaigne remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur contribution.

Membres du groupe de travail

- **Eliane Apert**, Directeur des relations institutionnelles, GE Healthcare – France
- **Hicham Belkassem**, Chef de Marché Santé, Cisco Systems France
- **Jean-Marc Coursier**, Directeur des Relations Médicales, Générale de Santé
- **Fabrice Heyriès**, DRH Groupe Groupama, ancien directeur général de la cohésion sociale, ministère des Affaires sociales
- **Dominique Manach**, Chef du département pilotage DEFIP, AP-HP
- **Filippo Monteleone**, Directeur général délégué, Générale de Santé
- **Lucie Piolot**, chargée d'études et rapporteur du groupe de travail
- **Caroline le Roux**, Direction des affaires publiques, Groupama SA
- **Pascal Sempé**, Responsable du Développement IBM Santé France
- **Denise Silber**, Experte e-santé, présidente de Basil Strategies

Les personnes auditionnées

Les opinions exprimées dans le présent rapport n'engagent ni les personnes citées, ni les institutions qu'elles représentent.

- **Pierre de Haas**, médecin généraliste, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé
- **Annick Hougbo-Lamouroux**, médecin généraliste, Clichy-sous-Bois
- **Elisabeth Hubert**, médecin, ancien ministre de la Santé, présidente d'HaD France
- **Julien Mousquès**, maître de recherche à l'IRDES
- **Patrick Romestaing**, Président de la section Santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- **Guy Vallancien**, professeur à l'Université Paris-Descartes, chirurgien urologue, chef de service à l'Institut Mutualiste Montsouris

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (février 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique
15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité
(novembre 2012)
- Réformer la mise en examen (octobre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance ? (octobre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ? (octobre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle
(mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties
(octobre 2011)

- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... »
Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon ?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)
- HLM, parc privé
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam...
Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)

- Vademecum 2007-2012
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus
Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale
(octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité
(juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique
(novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs
(juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition
septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :
www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



3i France
ACFCI
Adminext
Aegis Media France
Affaires Publiques Consultants
Air France - KLM
Allen&Overy
Allianz
Anthera Partners
Areva
Association Passerelle
AT Kearney
August & Debouzy Avocats
AXA
BearingPoint
BNI France et Belgique
BNP Paribas
Bolloré
Bouygues
BPCE
Caisse des Dépôts
Cap Gemini
Carbonnier Lamaze Rasle & Associés
Carrefour
Cisco
CNP Assurances
Compagnie financière Edmond de Rothschild
Cremonini
Davis Polk & Wardwell
Dedienne Aerospace
Development Institute International
EADS
EDF
Egon Zehnder International
Equistone Private Equity
Eurazeo
France Telecom
GDF SUEZ
Générale de Santé
Groupama
Hener
HSBC France
IBM
International SOS
ISRP
Jalma
Jeantet Associés
KPMG SA
Kurt Salmon
La Banque Postale
Lazard Frères
Linedata Services
LVMH

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



M6
MASCF
Mazars
McKinsey & Company
Média Participations
Mercer
Michel Tudel & Associés
Microsoft France
Middlebury Investment
Ngo Cohen Amir-Aslani & Associés
Ondra Partners
PAI Partners
Pierre & Vacances
PriceWaterhouseCoopers
Radiall
Raise
Rallye - Casino
RATP
RBS France
Redex
Ricol, Lasteyrie & Associés
Rothschild & Cie
RTE
Sanofi aventis
Santéclair
Schneider Electric Industries SA
Servier Monde
SFR
Sia Conseil
Siaci Saint Honoré
SNCF
Sodexo
Sorin Group
Stallergènes
SUEZ ENVIRONNEMENT
Tecnet Participations
The Boston Consulting Group
Tilder
Total
Vallourec
Veolia Environnement
Vinci
Vivendi
Voyageurs du monde
Wendel Investissement
WordAppeal

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

Imprimé en France
Dépôt légal : mai 2013
ISSN : 1771-6756
Achévé d'imprimer en mai 2013

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

Claude Bébéar Président

Henri Lachmann Vice-président et trésorier

Nicolas Baverez Économiste, avocat

Jacques Bentz Président, Tecnet Participations

Guy Carcassonne Professeur de droit public,
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Mireille Faugère Directrice, AP-HP

Christian Forestier Administrateur général, Cnam

Michel Godet Professeur, Cnam

Françoise Holder Présidente du Conseil de surveillance, Paul
et administrateur, Groupe Holder

Natalie Rastoin Directrice générale, Ogilvy France

Jean-Paul Tran Thiet Avocat associé, White & Case

Arnaud Vaissié PDG, International SOS

et président de la Chambre de commerce française de Grande-Bretagne

Philippe Wahl Président du directoire, La Banque Postale

Lionel Zinsou Président, PAI partners

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Bernard de La Rochefoucauld Fondateur, Institut La Boétie

CONSEIL D'ORIENTATION

PRÉSIDENT

Ezra Suleiman Professeur, Princeton University

Frank Bournois Co-Directeur du CFFOP

Pierre Cahuc Professeur d'économie, École Polytechnique

Loraine Donnedieu de Vabres Avocate, associée gérante, JeantetAssociés

Pierre Godé Vice-président, Groupe LVMH

Philippe Josse Conseiller d'État

Marianne Laigneau Directrice des ressources humaines, EDF

Sophie Pedder Correspondante à Paris, *The Economist*

Hélène Rey Professeur d'économie, London Business School

Laurent Bigorgne Directeur



Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale

Très onéreux, d'une grande complexité institutionnelle et administrative, le système de soins français pêche également par l'archaïsme de son organisation, caractérisé par de forts cloisonnements entre ville et hôpital comme entre professionnels de santé.

Au-delà des problèmes – évidents – de répartition sur le territoire des professionnels de santé, la question est sans doute plutôt celle du modèle d'organisation des soins en France, qui ne correspond plus aux exigences sociales, démographiques et technologiques de notre pays.

Face à ces défis et dans un contexte de finances publiques contraint, comment adapter notre système de santé ? C'est vers une organisation décloisonnée, régionalisée, construite autour des besoins des patients qu'il faut s'orienter. Le système de santé doit également s'adapter aux exigences des nouvelles générations de professionnels de santé et leur offrir les moyens d'exercer leur métier de façon regroupée, en bénéficiant de l'apport des nouvelles technologies.