

24 mai 2007

**Avis sur les conditions d'exercice et de revenu
des médecins libéraux, adopté par le
Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**

Le médecin fait partie de notre environnement quotidien et occupe une place privilégiée dans notre vie. Il est celui qui nous accompagne tout au long de notre existence, le témoin de nos troubles et de nos douleurs, le confident de nos angoisses les plus intimes. La population est très attachée à son médecin de ville, son médecin de famille. C'est une évidence et une constante sociologique jamais démentie. Et ces praticiens si proches de nous sont essentiellement des praticiens libéraux. Le médecin, quel que soit son statut (libéral, salarié) participe à une mission d'intérêt général. La médecine libérale apparaît ainsi, à côté de l'hôpital, comme l'un des piliers de notre système de santé.

La politique à conduire en matière de médecine sous statut libéral consiste à équilibrer les attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence : les malades, les médecins et les régulateurs. Comment se recomposent les exigences de ces trois acteurs ? Sont-elles cohérentes ? Comment s'arbitrent les éventuelles contradictions ?

a) ce que les malades sont en droit d'attendre

- être assuré de trouver un médecin sans trop de difficulté,
- exercer leur droit de libre choix et recourir librement à leur médecin. C'est un élément substantiel d'une relation confiante. A défaut de libre choix, l'assuré veut avoir l'assurance, si on l'assigne à un professionnel, qu'il ne sera pas discriminé en fonction de ses caractéristiques personnelles et qu'il trouvera un professionnel attentif et compétent,
- être assuré de l'indépendance et de la compétence du professionnel auquel il a recours,
- être informé de son état et des soins qu'on lui apporte et des conditions tarifaires qui lui seront appliquées¹
- ne pas être exposé à des frais trop élevés.

b) ce que les régulateurs (l'Etat, les ordres professionnels, les assureurs – de base et complémentaires – les organisations professionnelles de médecins...) sont en devoir d'assurer

¹ c'est déjà une obligation pour les établissements de santé depuis la loi de mars 2002.

- la disponibilité et la qualité de l'offre (avec les incidences que ce souci peut avoir sur la liberté d'installation et le choix des spécialités ou le règlement du problème des permanences...)
- la déontologie des professionnels (proscrire le refus de soins aux plus démunis ; vérifier que les honoraires respectent *le tact et la mesure* ou que les actes sont correctement cotés...)
- la qualité de la pratique médicale (en mettant en place les procédures qui y contribuent : élaboration des références, relance de la Formation Médicale Continue...)
- l'économie des prestations pour ne solliciter les fonds publics qu'à bon escient et plus généralement la régulation, c'est-à-dire les conditions d'adéquation entre offre et demande au juste prix, prenant en compte les caractéristiques du secteur (missions d'intérêt général, asymétries d'information...).

c) ce que les professionnels sont en droit d'attendre

- la capacité d'assurer de justes soins : le médecin n'a pas à accepter de rationnement sur critère économique (si le rationnement doit intervenir, ce ne doit pas être de sa responsabilité).
- des conditions de travail et de rémunération cohérentes ; problème d'autant plus délicat que la dépense est socialisée.

*

* *

C'est dans cette problématique que la note annexée à ce document de synthèse étudie successivement :

- l'accès à une l'offre de soins, et ce à des conditions financières cohérentes avec l'équité,
- les actions conduites pour améliorer la qualité de la pratique médicale,
- les revenus des médecins libéraux.

I L'accès à l'offre de soins

A) l'équilibre entre l'offre et la demande

1) La médecine libérale a jusqu'alors assuré cet équilibre.

Dans les années passées, la médecine libérale a fait preuve de sa capacité d'adaptation à la demande très dynamique de recours aux médecins. Les médecins libéraux dont les effectifs ont crû rapidement en 25 ans (+51% entre 1980 et 2005) ont absorbé la forte progression du nombre de recours par personne (5,4 en 1980 ; plus de 9 en 2006²) et 13% à la progression de la population. On ne constate pas de file d'attente marquée ni de contraintes de déplacement abusives caractérisées.

2) Une répartition sur le territoire très disparate.

C'est une constante regrettable de notre système de santé. Si le nombre total de médecins et la densité médicale moyenne sont satisfaisants, les disparités de répartition entre régions et au sein même des régions entre les départements, les communes, voire les quartiers, sont parfois criantes. Ce phénomène n'est pas nouveau et on observe aujourd'hui exactement la même disparité de densité médicale que celle qui prévalait au début des années 1970³, ce qui témoigne de l'absence d'une politique active en matière d'installation [écart de 1 à 3,1 entre le Pas-de-Calais (densité médicale de 52,3 médecins pour 100 000 habitants en 1971) et les Alpes-Maritimes (162,9) ; écart de 1 à 3,1 entre l'Eure (118 médecins pour 100 000 habitants aujourd'hui) et Paris (367,3)⁴].

Or si ces disparités ont peu posé de problème dans l'accès aux soins en période de croissance générale (à part l'éloignement de certaines spécialités), de la démographie médicale avec un quasi doublement du nombre de médecins libéraux depuis 30 ans (60 000 en 1975 ; 115 000 en 2005), il n'en sera pas de même en période de baisse de la densité médicale, au moins dans certaines zones du territoire aujourd'hui mal équipées (zones rurales ou quartier périurbains par exemple).

Il s'agit d'un problème crucial auquel nous serons confrontés dans les prochaines années et les actions sur l'accroissement du *numerus clausus* national à l'entrée du second cycle des études médicales, qui n'ont d'effet que sur le nombre total de médecins à terme, ne jouent aucunement sur la répartition des médecins sur le territoire. La Conférence nationale de santé, consciente des risques d'inégalité d'accès aux soins, propose dans son avis du 22 mars 2007

² Ces données portent sur des actes qui peuvent être faits au cours d'une même séance et il ne s'agit donc pas exactement d'un nombre de recours.

³ Pour les autres professions de santé, l'offre sanitaire apparaît avec une dispersion encore plus marquée même si les évolutions au cours du temps sont plus contrastées (écarts de densité des infirmiers libéraux : de 1 à 5 en 1984 ; de 1 à 7,5 aujourd'hui. Ecarts de densité des kinésithérapeutes libéraux : de 1 à 7,1 en 1980 ; de 1 à 3 aujourd'hui).

⁴ Ces données sont brutes et n'ont pas été corrigées pour tenir compte des différences de structure par âge entre les départements. Pour affiner l'analyse, il conviendrait, comme pour la définition des zones déficitaires, de mettre en regard les besoins sanitaires de la population (âge et profil sanitaire).

de « *moduler plus fortement le numerus clausus des professions de santé d'un point de vue géographique, au niveau régional mais aussi infra régional* »

3) Quels éléments doivent être pris en compte pour assurer un équilibre offre/demande satisfaisant ?

Tout d'abord, la croissance du recours aux médicaux libéraux. Il est difficile d'en prévoir l'ampleur. Le vieillissement y contribue. L'évolution du comportement des assurés et notamment leur propension à s'adresser à un médecin est plus difficile à prévoir ; mais la tendance passée et l'environnement culturel dans lequel se situe l'appel au médecin poussent à retenir l'hypothèse d'une croissance. Quelles que soient les hypothèses retenues [vieillissement de la population et taux de recours par âge inchangés (hypothèse faible) ; prolongement de la tendance des dix dernières années (hypothèse forte)], la demande de recours par tête devrait continuer de croître dans le futur : le nombre de recours par personne en 2025 pourrait augmenter de 10 à 20%. Nous disposons par ailleurs d'informations et d'analyses sur la demande induite et l'effet de la couverture maladie, mais elles ne permettent pas de conclure définitivement et de manière univoque sur la légitimité de la croissance de la demande.

La baisse de l'offre médicale, ensuite. La densité médicale libérale a culminé en France à la fin de l'année 1996 avec 196,5 médecins pour 100 000 habitants et elle baisse depuis. La densité médicale à moyen terme dépend de l'importance des cessations d'activité et des flux d'installation. Le scénario central des projections de la DREES pour les années 2025 conclut à une baisse du nombre total de médecins en activité entre 2006 et 2025 (186 mille médecins (libéraux ou non) en 2025 contre 205 aujourd'hui) et à une baisse de la densité médicale (283 médecins pour 100 000 habitants en 2025 contre 336 aujourd'hui). Selon ce scénario on retrouverait en 2025 la densité médicale du milieu des années 1980.

Encore faut-il souligner que la densité médicale est un indicateur très frustré pour apprécier l'offre médicale. Par exemple, que se passera-t-il en termes de charge de travail médical dans les années à venir ? On est passé de 2074 consultations par médecin en 1980 à 3120 aujourd'hui, ce qui signifie, toutes choses égales par ailleurs, un accroissement de l'intensité du travail. La croissance potentielle de la demande de recours est-elle compatible avec les nouvelles modalités de l'organisation du travail médical (féminisation de la profession, aspiration des médecins à une diminution de la durée du travail...) ?

Croissance de la demande et baisse de l'offre effective pourraient déboucher sur une situation difficile. Aujourd'hui, pour assurer 10 000 recours, la France dispose de 4,33 médecins ; en 2025 elle pourrait n'en disposer que de 3,3.

Cette approche n'est en rien une prévision tant les incertitudes statistiques et économiques sont fortes. Au demeurant les travaux de comparaisons internationales ne permettent pas de déterminer un niveau optimal de densité médicale.

Par ailleurs, l'ajustement du potentiel d'offre aux besoins de la population a une certaine plasticité, notamment en fonction de l'organisation des soins ; en témoigne d'ailleurs le fait que des pays développés déploient moins de médecins que nous pour des résultats de santé comparables. A cet égard, la réflexion sur l'organisation des soins primaires est cruciale de même qu'une réflexion simultanée sur l'évolution démographique de l'ensemble des professionnels de santé.

Mais les pouvoirs publics ne peuvent exclure un contexte global tendu, dans lequel se glissent des déséquilibres sectoriels, avec le délaissement de certaines spécialités et de certains territoires.

a) la désaffectation des médecins pour la médecine générale. Cette désaffectation est « objectivable » depuis la dernière réforme des études médicales de 2004 qui a instauré un internat unique et un examen classant national pour tous les étudiants en médecine. Deux constats : la médecine générale est avec la médecine du travail la discipline choisie en dernier par les étudiants ; 40% des postes offerts en médecine générale ne sont pas pourvus en 2005.

La médecine générale est perçue comme une profession dont l'exercice est très contraignant : bien que de réelles améliorations aient été apportées par l'organisation de la permanence des soins, les gardes et astreintes, les visites, même en diminution (environ 14% du nombre total des actes des généralistes) et les horaires de travail (80% de l'ensemble des généralistes libéraux actifs travaillent le samedi matin et près de 30% le dimanche) sont vécus comme de fortes contraintes. Selon le jugement dominant, le métier de généraliste s'est dévalorisé au cours du temps. L'arrivée des spécialités a retiré de la pratique du généraliste les actes à forte valeur ajoutée intellectuelle et, phénomène surtout sensible dans les grandes villes, le généraliste qui devrait être le médecin de premier recours est en fait bien souvent un médecin de dernier recours qui intervient quand les spécialistes ne sont pas disponibles. Le type de formation initiale ne pousse pas vers la médecine générale même si les stages de médecine générale de 2^{ème} cycle mis en place cette année pour l'ensemble d'une promotion devraient contribuer à faire mieux connaître la médecine générale avant le choix de l'examen classant national. Enfin les niveaux attendus de rémunération pèsent sur les préférences des étudiants.

b) l'existence de zones en difficulté⁵. L'étude menée par l'assurance maladie en 2005 a conduit à définir environ 119 zones en difficulté (couvrant 400 000 personnes) et 524 zones fragiles (couvrant 2 millions de personnes). Au sein de ces zones, les médecins compensent par une forte activité la faiblesse de leur densité (2,6 et 3,1 contre 4,9 généralistes libéraux en moyenne pour 100 000 habitants). Le nombre d'actes moyen est de 8900 dans les zones en difficulté et de 8500 dans les zones fragiles contre une moyenne nationale d'environ 5000 actes par médecin généraliste libéral. Près de 9 médecins sur 10 en zones en difficulté et près de 7 sur 10 en zones fragiles font plus de 7500 actes par an contre moins de 1,5 sur 10 pour l'ensemble du territoire.

4) La nécessité d'agir davantage sur les questions de répartition de l'offre médicale.

Le redressement du *numerus clausus* ne permet pas en lui-même de régler les déséquilibres évoqués.

La réflexion dominante, face aux questions de répartition, est qu'il n'est pas opportun d'adopter des mesures « contraignantes » qu'il s'agisse de la spécialité ou du lieu d'exercice choisis par les médecins lors de leur installation.

Cette réticence plonge ses racines dans l'histoire de la médecine libérale.

La grande majorité des intervenants sur ce sujet estiment qu'il n'est pas facilement envisageable de changer la règle du jeu « en cours d'études » : les étudiants sont entrés dans leur cursus d'études convaincus qu'on respecterait la liberté du lieu d'établissement et qu'on ouvrirait un nombre de postes lors des épreuves classantes tel qu'il laisse une grande liberté

⁵ Une zone est dite en difficulté lorsqu'elle conjugue une faible densité médicale, une forte activité des médecins généralistes en activité et un recours aux soins peu important.

de choix et ne contraigne pas trop les derniers classés. Les étudiants en cours d'études auraient ainsi un droit « moral » sinon juridique au respect de ces règles.

Dans une telle approche, il n'y aurait alors d'autre choix que de mener une politique associant

- des actions de fond revalorisant l'exercice dans les spécialités délaissées (en matière de formation initiale par exemple)
- des incitations positives (essentiellement financières) pour modifier les préférences spontanées actuelles.

Ce n'est qu'en cas d'échec qu'on pourrait adopter des mesures de régulation plus directives.

Cette approche traditionnelle ne peut être admise en l'état.

Compte tenu de la durée des études médicales, choisir de n'intervenir le cas échéant que sur le flux des entrants à venir et accepter pendant encore une dizaine d'années les pratiques actuelles qui s'éloignent de l'optimum, n'est pas pertinent.

Par ailleurs les « incitations positives » déployées sont coûteuses, même si – et il faut se féliciter que ce soit plutôt le cas actuellement – elles n'abritent pas trop d'effet d'aubaine pour les médecins installés dans les spécialités/territoires concernés.

Il y a donc lieu de poursuivre le débat et de procéder rapidement à une évaluation des résultats de la politique actuelle « de moindre contrainte ». Si elle était décevante, il conviendrait de reprendre au fond le dossier et d'étudier des mécanismes plus directifs d'installation (notamment en mettant en place des mécanismes de désincitation à l'installation en zones de sur-densité).

D'ores et déjà, le Haut Conseil estime souhaitable de diminuer l'écart entre les postes ouverts et le nombre des étudiants présents aux épreuves classantes dans l'objectif de répartir les étudiants en fonction des besoins identifiés par spécialité.

5) La nécessité de mobiliser les marges de flexibilité du système de santé.

Les réflexions précédentes sur la démographie médicale et les perspectives d'évolution dans les années à venir montrent que des tensions existent sur la pérennité d'une offre médicale adéquate. Il faudra alors mobiliser toutes les marges de flexibilité du système afin de mieux structurer l'offre de soins en médecine libérale et dans les autres professions de santé qui concourent aux soins primaires.

Le parcours de soins coordonnés mis en place par la réforme de 2004 relève de cette volonté d'améliorer l'organisation des soins. De même le Dossier Médical Personnel, lorsqu'il sera opérationnel, contribuera lui aussi à une meilleure structuration des soins.

Mais il convient d'envisager très vite de nouveaux modes d'organisation afin de parvenir à l'équilibre de l'offre de soins. Le regroupement de professionnels libéraux et un exercice plus collectif permettraient par ailleurs de procéder à de nouveaux partages de compétences entre professionnels⁶ tout en rendant plus attractive ou plus facile la présence d'une offre de santé dans certaines zones.

⁶ Un décret très récent (n° 2007-551 du 13 avril 2007) élargit le champ de compétence des infirmiers en leur permettant de prescrire, dans certaines conditions, des dispositifs médicaux. Quelques expérimentations de

Deux actions mériteraient par ailleurs d'être étudiées :

- les conditions d'un accroissement de la durée d'exercice des médecins. Les enjeux sont importants, qu'il s'agisse d'améliorer les conditions d'exercice et de vie des femmes médecins pour hausser leur niveau actuel de participation ou d'enrayer la baisse d'activité précoce des médecins à partir de 55 ans
- l'amélioration du ratio entre le temps passé auprès des patients et le temps de travail total⁷.

B) L'accès des assurés aux médecins dans des conditions financières cohérentes.

1) Notre système de prise en charge repose sur deux principes liés :

- le reste à charge des ménages est modéré dès lors que les patients qui ont le plus de dépenses de soins sont largement exonérés du ticket modérateur,
- l'essentiel des actes est facturé en tarifs opposables.

Le développement des dépenses soumet ce système à de fortes tensions réglées en augmentant les recettes plutôt qu'en diminuant les taux de prise en charge. En fait, le taux de prise en charge des dépenses de soins de ville est resté quasiment stable. Les ajustements faits ici ou là sont restés modestes et n'ont que compensé l'augmentation tendancielle des taux de prise en charge liée au développement des ALD.

La question centrale – mais elle dépasse le champ de la présente note – est celle de la soutenabilité à long terme de ce taux de prise en charge par les régimes de base (actuellement 78 % pour les actes réalisés en tarifs opposables) si la maîtrise des dépenses n'est pas suffisante.

Le Haut Conseil – dont l'une des missions réglementaires est de veiller à la solidité d'un système viable et solidaire – traitera de ce problème dans son rapport annuel de juillet 2007.

2) Dans le cadre actuel et dans le champ spécifique du recours aux médecins, on est confronté au problème⁸ des dépassements.

Les dépassements ont fortement crû depuis 1980 et représentent aujourd'hui 2Md€, très inégalement répartis entre les assurés (en moyenne une trentaine d'euros par an et par personne protégée et 230 euros pour les 10 % de la population qui supportent les plus forts dépassements). L'offre en tarifs opposables reste globalement dominante. Dans la plupart des cas, le montant du dépassement n'excède pas quelques euros ou quelques dizaines d'euros. Si le taux de dépassement a quasiment doublé entre 1990 et 2004, le nombre des médecins autorisés à dépasser a légèrement diminué.

Mais dans certaines spécialités (en particulier la chirurgie et l'ophtalmologie), sur certains territoires, l'offre en tarifs opposables est limitée. Pour des épisodes de soins coûteux (par exemple ceux étudiés dans le récent rapport de l'IGAS), la probabilité de supporter des

délégation entre médecins et infirmiers sont menées dans le champ hospitalier mais pratiquement rien pour les soins ambulatoires.

⁷ Le programme de simplifications administratives pour les médecins libéraux présenté conjointement par les trois grands régimes d'assurance maladie et la Direction de la Sécurité Sociale le 12 janvier 2006 et le regroupement des professionnels rendant possible l'existence de secrétariats devraient y contribuer.

⁸ On n'aborde ici ce problème que sous l'angle de l'incidence des dépassements sur le taux d'effort des ménages sans traiter ici les autres aspects du problème des dépassements (en particulier les disparités de revenu entre médecins selon leur secteur d'appartenance).

dépassements est forte et le dépassement peut atteindre des montants tels que les ménages de revenu modeste (et sans couverture complémentaire qui les prennent en charge pour tout ou partie) supportent une charge très significative au regard de leurs ressources.

Enfin la revendication de certains médecins d'ouvrir plus largement le secteur à liberté tarifaire et la baisse « fatale » de l'offre à tarifs opposables pour certaines spécialités (compte tenu du taux d'installation des médecins en secteur 2) avivent le débat.

La poussée des dépassements explique que ce problème soit très actuel.

Ces derniers mois ont à cet égard été riches en débats, prises de position (on pense à celles des fédérations hospitalières, FHF et FHP ou celle récente de la Conférence nationale de la Santé), amorces de décisions (c'est le cas du protocole d'août 2004) ou schémas de « sortie ». Les formules mises en débat (l'option de coordination, le secteur optionnel, les dispositions de la loi du 30 janvier 2007) traduisent la difficulté du problème.

Le Haut Conseil n'a pas voulu s'en emparer « à chaud » mais, conformément à ses missions définies par le décret du 7 octobre 2003 (il doit « *veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable* ») il se saisira de ce dossier dans son rapport annuel.

II Les politiques d'amélioration de la pratique médicale

Les lois récentes ont placé la sécurité et la qualité des soins comme des exigences supérieures aussi bien en médecine de ville qu'en secteur hospitalier.

Les conditions dans lesquelles la politique d'amélioration des pratiques des médecins libéraux doit se déployer sont originales.

- on se heurte à l'ambiguïté des objectifs de la démarche. On voit bien qu'elle doit associer la double exigence de la qualité et de l'efficacité économique. Bien que s'appuyant sur des référentiels (HAS, sociétés savantes), comme elle est portée par les « assureurs » et souvent accompagnée de procédures mal comprises ou admises, une partie des médecins soupçonne ses auteurs de n'avoir d'autre souci que la diminution de la dépense publique.
- les médecins libéraux, pour l'essentiel, ont une pratique d'exercice individuel, avec une carrière assez linéaire, deux caractéristiques qui ne favorisent pas l'enrichissement professionnel et les échanges d'expérience.
- les pratiques médicales se déploient dans un cadre juridique précis, celui de la liberté de prescription. On ne peut donc contraindre ; il faut convaincre et inciter. Il faut vraisemblablement s'en féliciter. Et ce n'est que de façon minoritaire qu'on peut mettre en place des outils opposables.
- pour améliorer la pratique médicale, on a fait le choix – dominant dans l'opinion de la plupart des intervenants – de la maîtrise médicalisée. Dans son acception actuelle cette option a trois conséquences :
 - + le conventionnement est « de droit ». L'assureur ne peut « lister » à son gré les professionnels auxquels ses assurés peuvent recourir. On ne subordonne pas, en règle générale, la prise en charge à des pratiques normées
 - + il n'y a pas d'enveloppes fermées « honoraires/prescriptions » qui exercerait une forte incitation à la modération des prescriptions (notamment pharmaceutiques)
 - + la régulation collective ne peut qu'être souple ; la capacité de définir des objectifs individuels opposables est limitée.

On comprend dans ces conditions que l'évolution ne puisse être que lente et contractuelle. On ne peut cependant pas en conclure que cette politique ne peut produire que des résultats limités.

On peut en effet s'appuyer sur quatre atouts

- l'acquisition de données permettant de décrire, comparer, mettre en discussion les pratiques des médecins libéraux. Elle a beaucoup progressé ces dernières années avec le codage et l'engagement plus résolu de moyens par la CNAMTS
- la pression des usagers qui pousse à la transparence, l'évaluation et l'accréditation/certification
- la croissance des contributions et prélèvements qui amène l'ensemble des intervenants à une approche plus responsable et globale du problème de la maîtrise de la dépense publique
- l'investissement croissant des médecins dans une réflexion collective sur leurs pratiques.

C'est dans ce contexte qu'on a engagé ces dernières années des investissements dont on peut espérer qu'ils hâteront une évolution des pratiques médicales. On peut les regrouper sur trois thématiques majeures :

- l'élaboration et la popularisation de référentiels et de protocoles de soins, appuyés à terme sur des outils d'aide à la décision
- la relance de la FMC et la démarche d'évaluation des pratiques
- l'organisation de la prise en charge, axée sur le regroupement des professionnels de santé, la continuité et la coordination des interventions. Le médecin traitant et le DMP sont illustratifs de cet effort.

Il n'y a donc pas lieu d'avoir un jugement pessimiste.

Mais on ne doit pas non plus se faire d'illusion sur le rythme possible du changement. Nous ne sommes en fait qu'au début de la démarche.

1) Il existe aujourd'hui des zones de « sous qualité » en médecine de ville.

De nombreuses études mettent en évidence des écarts sensibles entre les pratiques médicales observées et les recommandations de l'AFSSAPS, de l'ANAES ou de la HAS. Citons entre autres les travaux de la CNAMTS sur les pratiques d'instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France qui montrent que deux prescriptions initiales sur trois n'étaient pas conformes aux recommandations. De même l'évaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques du cancer de la prostate met en évidence pour un patient sur cinq un écart par rapport aux recommandations⁹.

Dans son avis sur le médicament de juin 2006, le Haut Conseil avait souligné le caractère excédentaire de la consommation de médicaments en France et rappelé que l'excès de prescription avéré renvoyait plus à une pratique d'ensemble qu'au comportement aberrant de quelques médecins gros prescripteurs. Il s'agit donc moins de ramener à la norme les praticiens « gros » ou « faibles » prescripteurs que de modifier le « modèle français de prescription ». On ne dispose pas, en termes de prescriptions médicamenteuses, d'éléments sur le contrôle du respect des indications de l'AMM, sur le suivi des recommandations incluses dans les avis de la transparence ou sur le suivi par l'AFSSAPS et la HAS de l'impact de leurs recommandations. L'utilisation du *web-médecin* (historique des remboursements de soins et biens médicaux) améliorerait la connaissance des recours aux soins et pourrait contribuer à la régulation des consommations dans un objectif de qualité des pratiques.

2) La Haute autorité de santé peut user de ses missions nouvelles pour améliorer la mise en œuvre des recommandations

La création par la loi du 13 août 2004 d'une Haute Autorité témoigne du rôle de régulateur que le législateur entend donner à l'évaluation dans le processus de décision publique. Il s'agit pour cette autorité publique indépendante à caractère scientifique non seulement d'élaborer référentiels et guides de bonne pratique mais aussi de conduire les professionnels à l'amélioration de leurs pratiques.

Cette approche intégrée de la qualité permet de mener à bien et de « chaîner » à la fois évaluation et action : évaluer les produits et les actes, élaborer avec les professionnels les recommandations de bonnes pratiques, tirer de ces recommandations des critères qui

⁹ Cf. CNAMTS, Pratiques et Organisation des Soins 2006 n°4, Pratiques et Organisation des Soins 2007 n°1

permettent d'agir pour changer les comportements [certification des établissements ; intégration des recommandations élaborées dans les pratiques des professionnels à travers l'évaluation des pratiques professionnelles ; actions en matière d'affections de longue durée (guides de bonne pratique) ; information des professionnels et des patients].

Il s'agit là d'une particularité de l'approche française puisque les agences allemande (IQWiG : Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) ou anglaise (NICE : National Institute for Clinical Excellence) ne disposent pas de la capacité de mettre en œuvre les recommandations qu'elles diffusent.

Mais la Haute autorité de santé n'est pas le seul acteur dans ce domaine. L'Afssaps pour les produits de santé, les conseils nationaux de la formation continue, les unions régionales de médecins libéraux et les régimes d'assurance maladie s'adressent également aux professionnels de santé sur les questions de pratique médicale, ce qui nécessite d'assurer la coordination et la cohérence de l'ensemble des actions.

3) Où en est-on de la mise en œuvre de cette stratégie ?

La HAS estime qu'à la mi-2007, 76 % des admissions en ALD (hors cancer) seront couvertes par des guides médecins. Ces guides présentent au médecin le parcours de soins du patient en ALD permettant une prise en charge optimale. De plus, et en cohérence avec la réforme du PIREs (protocole inter-régimes d'examen spécial) qui permet notamment au patient en ALD de prendre connaissance des soins et des traitements exonérés dans le cadre de son affection, la HAS produit et diffuse des guides patients, parallèlement aux guides médecins.

Si le champ des pathologies n'a pas vocation à être un jour couvert dans sa totalité (du fait notamment de maladies rares), il faut s'assurer que le programme et les méthodes de l'HAS sont de nature à pallier les carences dénoncées par la Cour des comptes dans son rapport de 2005, notamment sur des demandes non réalisées ou des domaines non couverts (santé mentale, allergologie...)?

Les recommandations produites par la HAS semblent simplifier les conditions d'exercice pour les médecins qui les considèrent comme un rappel de leurs connaissances, voire une sécurisation de leur exercice et non comme une contrainte imposée. La difficulté tient plus à la manière dont chacun peut les utiliser. Les protocoles ALD notamment ont fait l'objet de critiques difficilement conciliables de la part des régimes de base et des usagers, les régimes de base s'interrogeant sur l'efficacité et l'efficience de certains des actes et des prestations inscrites alors que les assurés jugent les protocoles trop limités. L'équilibre est à trouver entre une exhaustivité suffisante pour que les usagers puissent y retrouver la réalité de leur situation et une limitation nécessaire pour l'assurance maladie ne fasse pas les frais d'un caractère trop inflationniste de ces protocoles.

4) L'information médicale.

L'enjeu principal est de trouver le bon niveau de l'information à diffuser.

Les guides de la HAS à l'attention des médecins (guides sur les ALD), élaborés à partir de fiches de bon usage et de recommandations, doivent être suffisamment simples pour être lus et appropriés mais dans le même temps suffisamment complets pour avoir un impact sur les pratiques médicales.

En ce qui concerne le médicament la HAS a élaboré en juillet 2006 une procédure de certification de la visite médicale en médecine de ville. Le Haut conseil souligne la difficulté d'estimer l'impact de la certification sur l'amélioration de la qualité de l'information médicale pour les professionnels, la charte ayant en son temps suscité « scepticisme chez les uns, louange chez les autres ». Le projet de la HAS d'un observatoire de la visite médicale afin de mieux connaître le comportement des médecins vis-à-vis de cette démarche de promotion et d'information paraît d'autant plus nécessaire à mettre en place.

Le Haut conseil a déjà souligné l'importance de la diffusion de fiches sur les médicaments nouveaux destinées à faire connaître les résultats de leur évaluation par la commission de la transparence. Editées lorsqu'il existe un risque de mésusage d'un produit de santé, elles doivent permettre d'anticiper les risques et de diffuser l'information avant que les mauvaises habitudes ne soient ancrées dans les pratiques. Trois fiches sur le Bon Usage du Médicament ont été publiées en 2006 par la HAS qui prévoit d'augmenter sa production à 10 fiches par an.

Enfin la HAS, à travers une procédure de certification, devrait garantir l'indépendance des logiciels d'aide à la prescription (LAP). Afin d'assurer cette neutralité de l'information, chaque logiciel doit reposer sur une base de données médicamenteuse de qualité. Le Haut Conseil souligne qu'il apportera une attention toute particulière à ce que des bases de données indépendantes soient mises à disposition afin d'éviter tout retard sur ce chantier. Il souligne que, par le passé, ces retards ont conduit à de nombreuses difficultés. Il déplore l'apparente insuffisance actuelle du système d'information public sur le médicament au vu de l'importance que revêt l'existence d'une telle base pour l'exercice de la médecine. Il rappelle que « pour être efficace, une base de données médicamenteuse devrait obligatoirement comprendre des éléments d'aide à la prescription tels que le SMR (service médical rendu), l'ASMR (amélioration du service médical rendu), les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et les équivalents génériques ». Il note que, au-delà de la seule prescription la HAS entend par la suite s'intéresser au développement des outils d'aide à la stratégie thérapeutique, pour favoriser la neutralité des aides fournies aux médecins dans ce domaine.

5) Les régimes de base tendent à renforcer leurs actions sur l'encadrement des pratiques notamment par une individualisation plus grande de leur action.

L'assurance maladie dispose d'outils opérationnels dont elle peut intensifier l'utilisation :

RIAP, relevé individuel d'activité et de prescriptions. Il s'agit d'une restitution au médecin d'informations sur sa propre pratique. Même si le RIAP ne permet qu'une approche quantitative de la pratique il donne au médecin la possibilité de se positionner par rapport à ses confrères sur des objectifs précis. C'est à partir de ce type de profils d'activité et de prescription individuels que la CNAMTS a bâti les nouveaux objectifs conventionnels.

Les contacts directs. Que ce soit les praticiens conseils ou les délégués de l'assurance maladie (DAM) il y a un ciblage des professionnels rencontrés. Par exemple, dans le cadre de la prévention du cancer du sein, les DAM vont rencontrer 14 000 médecins généralistes en 2 mois, « privilégiant » les médecins ayant, dans leur patientèle cible, un faible taux de participation aux campagnes de dépistage organisé.

Les exemples précédents montrent qu'on s'oriente de plus en plus vers une individualisation des approches. L'accord conventionnel conclu en mars 2007 (avenant n°23) prévoit d'ailleurs une définition individuelle des objectifs de prévention, notamment sur le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale, la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et certains objectifs de maîtrise médicalisée. Il pourrait être alors intéressant de profiter de cette nouvelle approche individuelle pour tester de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé différents de la tarification à l'acte.

6) Formation Médicale Continue et modification de la pratique médicale

Après les ordonnances de 1996 qui rendaient obligatoire la Formation Médicale Continue, il faut attendre le décret du 11 novembre 2003 pour qu'un dispositif opérationnel se mette en place... en 2007¹⁰.

La validation de cette formation continue se fait à partir d'un système de points (crédits) qui ne semble pas emporter un niveau trop exigeant de contraintes pour les médecins¹¹.

La question la plus problématique est sans doute celle du financement (niveau et indépendance). Un rapport récent du Sénat, prolongeant celui de l'IGAS, a souligné la forte dépendance de la FMC vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Au delà des critiques, peu de solutions émergent. Une mission de l'IGAS en 2006 propose par exemple de créer dans les écritures de la CNAMTS un fonds de promotion de la FMC alimenté à enveloppe constante par une fraction des taxes et produits des industries de santé, dont la gestion technique relèverait exclusivement de la CNAMTS et la gouvernance à l'UNCAM.

¹⁰ Trois conseils nationaux de la Formation continue pour les trois modes d'exercice (les médecins libéraux, les médecins salariés non hospitaliers et les praticiens hospitaliers). Installés en février 2004, ces Conseils ont pour mission centrale d'organiser l'obligation de FMC auxquels sont soumis tous les médecins (Article R4133-1 du Code de la Santé Publique).

¹¹ 250 crédits (50 par an) sont nécessaires pour valider l'obligation de formation quinquennale. Voici à titre d'exemple une combinaison validante possible proposée par le site de l'UNAFORMEC : 2 séminaires FPC (2 jours) représentent 32 crédits par an, soit 128 crédits en 5 ans ; l'abonnement à une revue (sous réserve d'agrément) peut valider 4 crédits par an, soit 20 crédits en 5 ans (dans la limite de 40 crédits par an) ; une soirée de FMC proposée par son association (4 crédits par soirée).

Le nouveau conseil national de la FMC devra trouver les conditions de la transparence de son fonctionnement et de son financement pour faire de la FMC un outil performant d'amélioration des pratiques.

Il convient de noter que l'assurance maladie consent un effort important en augmentant à la fois le champ et les financements consacrés à la formation conventionnelle continue des professionnels de santé, dont les médecins sont les premiers bénéficiaires. Ainsi, 124 M€ sont provisionnés pour 2007 dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée par l'Etat et la CNAMTS en 2006.

7) Les usagers exercent une pression plus forte sur l'exigence de qualité à travers la demande d'information et de transparence.

La place des usagers dans le système de soins n'a cessé de croître depuis 10 ans. Leur représentation s'est organisée et a gagné en crédibilité par leur activité (participation aux travaux de l'Anaes sur l'accréditation des établissements hospitaliers, rédaction du guide du représentant des usagers dans les établissements de santé) et par de nouvelles procédures réglementaires (agrément national¹² des associations).

La place des usagers s'est trouvée légitimée depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les droits reconnus aux usagers tels que le droit d'être informé sur son état de santé ou le droit de partager les décisions et les mécanismes mis en place pour permettre aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales d'obtenir la réparation intégrale des dommages qui en sont résultés, sont de nature à exercer une pression sur la qualité des soins y compris de ville.

Toutefois la connaissance de données sur la qualité ne peut avoir *ipso facto* un impact très important sur les comportements des patients¹³. Les informations ne sont pas toujours simples à appréhender pour le grand public, surtout si l'on veut apporter une information fiable et rigoureuse. De plus, les données diffusées ne répondent pas forcément à l'attente d'information du grand public. En outre, l'analyse de la qualité est multidimensionnelle. Il apparaît difficile de proposer de manière simple des données scientifiques résumant les différentes dimensions de la qualité des pratiques ou des structures de soins. Par ailleurs, les analyses scientifiques disponibles montrent que la publication de ces données ne modifie qu'à la marge les modes de recours au système de soins. Par exemple le choix de l'utilisateur peut s'avérer en pratique contraint par l'organisation des soins.

Malgré ces limites, la diffusion de données sur la qualité des soins constitue un mouvement de fond. Son développement tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire sera fonction de l'impact de « l'effet réputation » comme moteur de qualité pour les professionnels de santé, et de la pression des consommateurs.

¹² Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

¹³ Voir l'étude bibliographique sur ce thème commandée par la HAS à B.Fermon et P.Lévy, novembre 2005

III Les revenus des médecins libéraux

A) Les constats.

1) Les lacunes dans la connaissance des revenus.

Les données publiées aujourd'hui ne permettent pas de donner une image correcte de la réalité des revenus des médecins.

Si la connaissance des honoraires de pratique libérale est bonne, on ne connaît pas le revenu total des médecins libéraux faute d'informations suffisantes sur leurs revenus salariaux (à l'hôpital, en dispensaires et centres de soins)¹⁴. On estime à 23% la proportion des médecins libéraux qui percevraient, en plus de leurs honoraires libéraux, des revenus salariaux (10% des omnipraticiens et 38% des spécialistes). Dans une estimation basse, on estime que les salaires des médecins libéraux majorent leurs honoraires nets de plus de 6 %.

L'analyse est le plus souvent conduite sans segmentation par secteur conventionnel (secteur 1 à tarifs opposables, secteur 2 à honoraires différents). Or la segmentation sectorielle est nécessaire dès lors qu'on cherche à déterminer le revenu à partir des honoraires et des charges. Les données actuellement disponibles introduisent en effet un biais important résultant de l'application uniforme d'un taux de charge par spécialité sans tenir compte du secteur d'appartenance. Comme une partie des charges sociales des médecins du secteur 1 est financée par les régimes de base, le taux de charges – toutes choses égales par ailleurs – est pour eux inférieur de 15 à 20% de l'assiette à celui de leurs homologues de secteur 2. Ce biais est faible pour les généralistes qui sont massivement en secteur 1. Il est plus fort pour les spécialistes.

Enfin, la dimension longitudinale tout au long de la vie est rarement étudiée. Or le profil de carrière des médecins est très original : âge élevé à l'installation (plus de 33 ans) ; maximum d'honoraires sur une durée de 23 ans, de 35 à 58 ans environ ; décroissance des revenus – et de la durée du travail – jusqu'à 65 ans. Ce mouvement est identique pour les femmes et les hommes, le niveau d'activité des femmes étant moindre (30% de moins selon les études de la DREES).

Enfin les données sur les retraites sont lacunaires et rendent difficile une comparaison avec celles d'autres professionnels.

Compte tenu de l'importance de ces données pour le débat sur la régulation des dépenses de santé et la politique des revenus, il est nécessaire que les pouvoirs publics, les Caisses et les organisations professionnelles investissent dans la mise en place d'un outil de mesure complet, incontestable et régulier des revenus des médecins.

¹⁴ On prend mal en compte le fait que les honoraires moyens sont « tirés », toutes choses égales, vers le bas par la fréquence des médecins ayant des revenus salariaux. Ainsi la seule exclusion des médecins hospitaliers à temps plein qui perçoivent des honoraires libéraux au titre de leur « service privé » (honoraires complémentaires au titre de leur activité libérale) augmente la moyenne des honoraires des autres spécialistes de 6,8%.

2) Les résultats sont présentés le plus souvent à partir de moyennes d'une part, d'une séparation entre omnipraticiens et spécialistes d'autre part.

Cette approche doit être prolongée par l'analyse des fortes disparités entre médecins selon leur spécialité, leur secteur d'appartenance, l'importance de leurs revenus salariaux ou leur lieu d'implantation.

3) Sous ces réserves, au titre de leur activité libérale, le revenu net disponible avant impôt sur le revenu des médecins est en 2004 de l'ordre de 82,5K€ par an, ce qui situe les médecins dans le haut de l'échelle des revenus. Il convient de majorer ces chiffres au titre des salaires.

Le revenu courant des médecins ne peut être compris – et *a fortiori* comparé à celui d'autres professions – que si on prend en compte trois éléments majeurs indissociables du genre et du niveau de vie : la durée annuelle du travail ; le profil de carrière ; les revenus de remplacement, et notamment la retraite (pour 40 ans d'activité, un médecin perçoit une retraite durant 20 ans).

On peut toutefois fournir quelques éléments de comparaison des revenus. Selon les données fournies par l'AGIRC sur l'assiette salariale des 3,6 millions de cadres affiliés auprès d'elle, moins de 5 % d'entre eux ont une assiette nette égale ou supérieure aux revenus nets avant impôt tirés de l'activité libérale ainsi estimés des médecins libéraux (82 500€).

Pour affiner cette comparaison, en prenant en compte les différences dans les profils de carrière, on a reconstitué le revenu, sur données récentes, entre 25 et 65 ans, des médecins libéraux, des PH (praticiens hospitaliers) à temps plein et des cadres supérieurs (ceux dont le salaire les place au début du décile des cadres les plus aisés).

Profil de rémunération nette moyenne au cours de la carrière des médecins et des cadres			
	Médecin libéral	Médecin hospitalier PH temps plein	Cadre supérieur (1 ^{er} décile)
25-34 ans	31 700	31 700	43 850
35-65 ans	88 500	74 300	78 700
25-65 ans	74 600	63 700	70 200

Calculs Hcaam

Les premières analyses montrent que, rapportée à leur revenu sur toute leur carrière, la retraite des généralistes est en gros comparable à celles des cadres supérieurs et des médecins hospitaliers, PH à temps plein. Elle est sensiblement plus basse pour les spécialistes.

4) De fortes disparités des revenus libéraux au sein et entre spécialités.

Le revenu net moyen (y compris les salaires) des omnipraticiens est de 62 500€ en 2004 ; celui d'un spécialiste de 113 000€. Cet écart très important de revenus moyens entre généralistes et spécialistes est observé en 2004, avant la mise en œuvre des mesures de revalorisation des honoraires des omnipraticiens analysées *infra* au II.

Des écarts importants existent également entre spécialités ; mais ils sont plus difficiles à quantifier compte tenu des disparités de revenus salariaux. Toutes choses égales par ailleurs, les spécialités à forte densité d'actes techniques ont un niveau de revenu supérieur aux autres¹⁵.

Il existe également une forte disparité au sein de chaque spécialité. Pour les omnipraticiens par exemple les écarts sont de 1 à 4. Comme les honoraires sont pour l'essentiel directement proportionnels au nombre d'actes effectués, la dispersion des honoraires renvoie en grande partie à la forte dispersion des durées du travail.

5) De fortes disparités entre médecins spécialistes selon leur secteur d'appartenance.

Les honoraires en secteur 2 sont en moyenne supérieurs de 32% à ceux du secteur 1¹⁶. Ce résultat global résulte de la combinaison d'honoraires sans dépassements souvent inférieurs et des dépassements élevés.

Toutefois en résultat fiscal net, cet écart est moindre du fait que les spécialistes de secteur 2 paient l'intégralité de leurs charges sociales contrairement à leurs confrères du secteur 1. De même comme le taux des cotisations de retraite diminue avec les revenus, le niveau relatif de la retraite des spécialistes de secteur II est, toutes choses égales par ailleurs, inférieur à celui de leurs collègues de secteur I.

Les médecins de secteur 2 ont moins de patients (-23,5%) et leur nombre d'actes est inférieur à celui de leurs homologues de secteur 1. Mais cet écart est largement lié au fait qu'ils sont plus nombreux à percevoir des revenus salariés en plus de leurs honoraires libéraux et que le temps de leur activité libérale est de ce fait inférieur.

6) Le revenu par tête des médecins (en euros constants) a connu une progression très significative sur la période étudiée dans le rapport.

Elle diffère sensiblement selon les catégories de médecins : les honoraires par tête progressent entre 1980 et 2004 au rythme annuel de 1,14 % pour les omnipraticiens et 1,79% pour les spécialistes. Dans la période 1990/2004 les taux annuels de croissance des omnipraticiens et des spécialistes se rapprochent, même s'il subsiste un écart en faveur des spécialistes (1,76% contre 1,47%). Cette progression devrait s'être poursuivie à un rythme élevé sur la période 2005-2007 compte tenu des revalorisations d'honoraires accordées.

La progression est beaucoup plus prononcée pour les spécialistes de secteur 2.

7) Les comparaisons internationales sont difficiles.

Nous ne disposons pas de données qui permettent une réelle comparaison internationale des revenus des médecins. En particulier les séries collectées ne prennent pas en compte les mêmes types de rémunérations ni les mêmes catégories de médecins. De même les mesures

¹⁵ Encore faut il, pour apprécier les écarts entre spécialistes, tenir compte des différences dans le mode d'exercice (l'exercice mixte diffère sensiblement selon les spécialités) et dans la durée du travail (partiellement influencée par le taux de féminisation de la spécialité)

¹⁶ Hors radiologie.

faites portent sur le revenu annuel brut moyen qui inclut les cotisations sociales et impôts payables par le médecin.

Or la structure des prélèvements obligatoires est très différente d'un pays à l'autre notamment du fait de modes de financement de la protection sociale publique. Ainsi, la France est l'un des pays industrialisés où la part des cotisations sociales dans le PIB est la plus élevée tandis que la part des impôts sur le revenu et les bénéfices y est relativement faible. Au-delà de la structure des prélèvements obligatoires, le poids de ces prélèvements fausse également les comparaisons, dans la mesure où les écarts correspondent à un périmètre différent des services publics. Ainsi les revenus des ménages ne peuvent être comparés directement lorsque dans certains pays les ménages sont appelés à couvrir à leurs frais des charges (éducation, santé...) tandis que dans d'autres pays ces charges se font sur fonds publics (nourris par de forts prélèvements obligatoires). C'est donc plutôt la hiérarchie relative des revenus au sein d'un pays qui est la plus pertinente et il faut prendre avec grande précaution la comparaison directe des revenus d'une même profession entre différents pays.

Compte tenu de ces limites, ce n'est qu'avec une extrême prudence qu'on peut avancer quelques résultats.

- le revenu moyen des médecins en pourcentage du revenu national par tête varie beaucoup selon les pays. Il est plus élevé aux Etats-Unis, au Canada, en Allemagne et au Royaume Uni qu'en France.

- dans tous les pays (sauf l'Allemagne et le Portugal), le revenu des généralistes est inférieur à celui des spécialistes. L'analyse de cette comparaison reste difficile du fait de la grande disparité de revenu entre spécialistes.

- les spécialistes français se placent mieux que les généralistes dans la comparaison internationale.

B) La politique des honoraires

1) La préférence pour le paiement à l'acte.

a) la quasi exclusivité du paiement à l'acte

Sa proportionnalité au nombre des recours a parfois été critiquée pour son éventuel effet inflationniste. La recherche d'un meilleur revenu pousserait les médecins à multiplier les reconvoctions – dont certaines inutiles (et coûteuses non seulement par leur coût direct mais par les prescriptions sur lesquelles elles débouchent). De même, ce système aurait tendance à privilégier les soins au détriment de la prévention.

Les analyses figurant dans la note du Haut Conseil ne permettent pas de conclure à un effet systématique de cette nature – en tout cas pour les omnipraticiens et à une échelle significative (pour les spécialistes, la pression sur le nombre des recours qu'exercerait le médecin serait plus effective).

Elles ne justifient pas un total basculement du système vers des rémunérations forfaitaires – qui pourraient se révéler contre productives dans un contexte de déficit de l'offre de

médecins). Un basculement de ce type n'a d'ailleurs pas fait l'objet d'études sérieuses qui évaluent notamment les réformes organisationnelles profondes qu'il impliquerait.

b) la réflexion pourrait utilement porter sur l'introduction de rémunérations complémentaires liées, au niveau de chaque médecin, à la réalisation d'objectifs précis portant notamment sur des missions d'intérêt général. L'amélioration de l'information individualisée désormais plus disponible donne les premières bases d'un schéma réaliste. Il serait utile d'expertiser de manière approfondie dans les mois qui viennent les différents schémas envisageables en s'appuyant notamment sur l'évaluation des expérimentations qui ont été menées dans les autres pays.

2) L'intéressement collectif des médecins à la maîtrise des prescriptions.

Partant du constat que les dépenses de prescriptions

- ne sont optimales ni en termes de qualité ni en termes d'efficacité économique,
- sont plus élevées que les honoraires (pour un généraliste : le montant des prescriptions est quatre fois plus élevé que celui des honoraires),

les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ont cherché, avec constance sinon avec succès, à lier l'amélioration de la pratique médicale et l'augmentation des honoraires.

Cette option ne va pas de soi. Un schéma alternatif consisterait à poursuivre de façon autonome l'amélioration de la pratique (qui s'impose *per se* aux médecins) quitte à y associer des incitatifs financiers individuels et une politique des revenus qui serait fondée sur des critères objectifs liés aux conditions de travail et de carrière.

Pourtant la constance des actions menées ou entreprises depuis maintenant des décennies interdit qu'on se prive de ce levier. Encore faut-il que les dispositifs mettant en œuvre cette option soient soigneusement établis, que leur suivi soit attentif et que le partage des gains de productivité entre les médecins et les assurés soit équitable. Tel n'a pas toujours été le cas. L'amélioration de l'information liée au codage permet de mieux asseoir cette approche.

a) le rapport décrit les tentatives d'instituer des mécanismes qui lient formellement les volumes de prescriptions et les honoraires (par exemple, ceux prévus par les ordonnances Juppé ou les lettres clé flottantes).

Leur bilan n'incline pas à penser qu'ils soient crédibles sans une réorganisation profonde de la médecine libérale dont on ne connaît ni les contours ni la crédibilité.

b) c'est dans ce contexte que le Haut Conseil considère que dans la phase actuelle l'approche dite « de maîtrise médicalisée » peut se révéler positive.

c) dans ses formes actuelles, le « quasi-contrat » qui lie maîtrise des dépenses et évolution des honoraires¹⁷ est collectif.

C'est un parti raisonnable dès lors qu'aucune des conditions techniques et politiques ne permet d'envisager l'option inverse d'une individualisation ou d'une contractualisation au niveau de chaque médecin.

¹⁷ Quelle qu'en soit la forme (paiement à l'acte, forfait, prise en charge des cotisations sociales ...)

Mais ce constat est compatible avec la recherche plus limitée d'incitations individuelles ou contractuelles liées – pour des médecins ou groupes de médecins – à la réalisation d'objectifs de qualité.

3) L'option récente d'instituer des majorations d'honoraires au soutien des politiques d'installation (soit dans des territoires donnés, soit sur des formules de regroupement données) peut se révéler pertinente pour peu qu'on évite les effets d'aubaine.

4) La politique des honoraires doit intégrer l'objectif d'une résorption des écarts non justifiés de revenus entre les médecins et dans la promotion des spécialités « délaissées ».

a) la revalorisation des généralistes s'inscrit opportunément dans ce cadre.

L'avenant n°23 du 31 mars 2007 prévoit une augmentation du C de 1 euro au 1^{er} juillet 2007 et une nouvelle augmentation de 1 euro (la date envisagée est le 1^{er} juin 2008. La décision tiendra compte des marges rendues possibles par la LFSS pour 2008 et de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée).

Venant notamment à la suite de l'institution du forfait de 40€ par assuré ALD¹⁸ et de l'augmentation de 1 euro du C le 1^{er} août 2006, cette revalorisation traduit l'option des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels en faveur de la médecine générale. Il s'agit d'un effort considérable.

Ainsi entre le 1^{er} juillet 2002 et le 1^{er} juin 2008, la rémunération des généralistes aura augmenté de près de 29%, soit plus de 18% euros constants.

Le Conseil a pris acte que la nouvelle étape de revalorisation prévue pour 2008 devrait être mise en œuvre sous la forme d'une augmentation du C. D'autres formules avaient pourtant été évoquées (instituer des forfaits liés à des objectifs de pratique médicale et de prévention, entamer une première étape de la CCAM clinique). Il convient de mettre à profit la période qui s'ouvre pour réfléchir aux alternatives à l'augmentation du C de façon à disposer d'un dossier instruit lorsqu'interviendront après 2008 de nouvelles discussions sur les honoraires des généralistes.

b) la CCAM technique correspond à un premier effort tendant à mieux équilibrer les rémunérations des actes techniques des médecins. Elle n'a pas été mise en œuvre dans toute sa logique, notamment en raison des blocages s'agissant de la convergence à la baisse des actes techniques de certaines spécialités, ce qui n'a pas permis de gager la deuxième tranche de revalorisations des actes « gagnants » (mise en place au 1^{er} juillet 2007 et au 1^{er} janvier 2008), la première ayant été mise en œuvre grâce à un effort de l'assurance maladie (enveloppe de 180M€).

Mais la CCAM n'a pas pour vocation d'assurer un meilleur équilibre – pourtant souhaitable - entre les spécialités à forte densité d'actes cliniques et celles à forte composante d'actes techniques.

¹⁸ Ramenée à la valeur du C, elle équivaut à 0,93€

c) les disparités de revenu entre secteurs 1 et 2

Si on les analyse du point de vue des médecins, elles sont discutables dans leur fondement ; la rapide progression des dépassements – qui explique l'écart d'évolution des honoraires entre les secteurs – aggrave les distorsions entre spécialistes sans qu'on en trouve une justification pertinente.

On a vu plus haut que l'éclatement entre secteurs entraîne parfois des restes à charge élevés pour les ménages. Le souci de les cantonner ou de les résorber (qui est un objectif en soi) doit être recherché pour qu'il contribue à la diminution des disparités anormales de revenus entre médecins selon leur secteur d'appartenance.