



Le faux débat des dépassements d'honoraires médicaux

Frédéric Bizard

L'auteur*, maître de conférences à Sciences Po Paris, estime que le déficit de l'Assurance-maladie demeure la priorité à régler.

La dernière initiative du gouvernement Fillon en matière de santé a été la création d'un secteur optionnel pour contenir les dépassements d'honoraires médicaux ; la première du gouvernement Ayrault concerne également ce sujet. Ce thème mérite-t-il autant d'égards de la part de nos gouvernants ? La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, vient en effet d'annoncer le lancement d'une négociation le 25 juillet entre syndicats de médecins, Assurance-maladie et complémentaires santé pour mettre fin aux dépassements abusifs des honoraires médicaux. Cette négociation devra aboutir d'ici au mois d'octobre, sans quoi le gouvernement pourrait légiférer.

Pour comprendre l'émergence de ces dépassements d'honoraires, il faut remonter à 1980, où Raymond Barre créa le secteur 2, dit à honoraires libres, pour relâcher la pression des médecins sur leurs honoraires. Face au développement excessif de ce secteur, l'accès a été restreint en 1990 et l'usage interdit en 1999 aux patients détenteurs de la CMU-C.

Si le secteur 1 (tarif de base de remboursement par la Sécurité sociale) concerne actuellement 90 % des médecins généralistes, le secteur 2 touche, pour sa part, principalement les spécialistes, pour environ 40 % d'entre eux. Soit une minorité de médecins. Quant aux dépassements abusifs, on parle de quelques centaines d'entre eux.

On va donc lancer une grande négociation, qui risque d'être agitée comme toutes les discussions qui touchent à la rémunération d'agents économiques, pour contenir la rémunération d'une minorité de professionnels de santé et ne pas aborder les sujets urgents en santé.

Le montant de ces dépassements - 2,5 milliards d'euros - représente environ 1 % des dépenses totales de santé. Ces dépassements sont financés pour les

« **Il est faux de prétendre que les dépassements d'honoraires représentent un obstacle majeur à l'accès aux soins** »

deux tiers par les patients en direct et pour un tiers par les mutuelles. Ils n'alourdissent en rien le déficit de l'Assurance-maladie, qui représente depuis des années près de 50 % du déficit de la Sécurité sociale, ce dernier allant être supérieur à 20 milliards d'euros en 2012 (fonds de solidarité vieillesse inclus). On peut s'étonner que la question du déficit de l'Assurance-maladie ne soit pas considérée comme un sujet prioritaire.

En fait, les raisons invoquées pour justifier l'urgence de la situation des dépassements d'honoraires sont ceux

d'égalité d'accès aux soins et de justice sociale, deux causes importantes, donc. La situation serait responsable d'un important renoncement aux soins et grèverait le pouvoir d'achat de nos concitoyens. Une étude de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) d'avril dernier montre en effet que 17 % de nos concitoyens auraient renoncé à des soins récemment, mais seulement 3,5 % de ceux-là concernent des consultations médicales. Il est donc faux de prétendre que les dépassements d'honoraires représentent un obstacle majeur à l'accès aux soins. Les difficultés croissantes d'accès aux soins sont liées à d'autres facteurs dont le désengagement de l'Assurance-maladie de nombreux soins courants, la désertification médicale, la diminution du temps médical disponible, la démutualisation de nombreux citoyens. Quant à l'argument de justice sociale, il n'a pas lieu d'être puisque les plus défavorisés, couverts par la CMU-C, ne sont pas concernés par ces dépassements.

Mettre sur la table des négociations ce sujet sans aborder plus largement les modalités de rémunération de la médecine libérale et l'organisation de l'offre de soins condamne cette initiative à l'échec. Demander des efforts à un agent économique sans lui en présenter le bénéfice et le sens pour l'ensemble de la communauté est difficilement acceptable. Le trop faible niveau de rémunération des

médecins généralistes (30 % de moins que les médecins allemands), le paiement à l'acte, la non-organisation des parcours de soins pour les maladies chroniques, l'hospitalo-centrisme excessif sont des sujets majeurs à aborder par le gouvernement. C'est par une négociation globale avec tous les acteurs de santé (dont les associations de patients, curieusement absentes de la négociation de M^{me} Touraine) que le gouvernement donnera de la cohérence à son plan de réforme. On peut rappeler que les politiques au pouvoir ces trente dernières années ont autorisé ces dépassements d'honoraires. Quant au Conseil de l'ordre, n'ayant pas joué son rôle d'arbitre dans la limite des abus du secteur 2, il est mal placé pour donner des leçons sur le sujet.

Enfin, la lutte contre les dépassements d'honoraires était en effet une promesse électorale du candidat Hollande, comme l'étaient la généralisation du tiers payant en médecine de ville, le développement de la prévention, la lutte contre la désertification médicale dont nous n'avons pas encore entendu parler en ce début de quinquennat. Face à la gravité de la situation dans laquelle se trouve notre système de santé, il apparaît urgent de hiérarchiser les priorités d'actions et de mobiliser les forces vives du secteur sur les sujets prioritaires et sur la réflexion d'un plan de rénovation global de notre système de santé à bout de souffle.

*Auteur d'« Une ordonnance pour la France », Thierry Souccar Éditions.