

# Médecins pour demain



Besançon, le lundi 6 Mars 2023

## LETRE AUX DÉPUTÉS ET SÉNATEURS

Madame, Monsieur,

Veillez trouver dans cette lettre une synthèse de notre réflexion à propos du système de santé en France, assorties de quelques suggestions/ propositions.

Premier point : **l'hémorragie des médecins, ou comment redonner envie aux plus jeunes d'investir dans le métier ?** En redonnant des moyens, permettant un véritable « choc d'attractivité » qui serait un signal majeur donné par l'État à l'attention d'une profession jusque là abandonnée.

Pourquoi cela est – il nécessaire ? On parle souvent de temps médical, mais quel sens donner à ce terme ?

Dans une médecine qui se complexifie, avec une population qui vieillit, **un temps médical suffisant doit pouvoir être accordé à chacun !** Quelques chiffres sont à rappeler :

- La consommation de soins des personnes âgées ( part des dépenses hospitalières rapportée à la dépense totale pour la classe d'âge, DRESS, sept 2006 ) :
  - 37% entre 60 et 69 ans
  - 43% entre 70 et 79 ans
  - 50% après 80 ans
  - 70% des dépenses de soins infirmiers en médecine de ville concernent des personnes âgées de plus de 70 ans
  - 50% de la part des dépenses de kinésithérapie pour cette même classe d'âge
  - proximité de la mort : **dépenses multipliées par 4 dans les 12 derniers mois de vie.**

L'ensemble de ces chiffres montre bien que **ce sont les personnes âgées qui**

**sont les plus consommatrices de soins**, ces mêmes personnes âgées qui ont tant besoin de temps, que l'on n'a malheureusement plus !

Néanmoins, il n'y a pas de stricte corrélation entre la notion d'âge et d'augmentation des dépenses de santé. Ainsi, entre 1992 et 2000, l'augmentation des dépenses de santé a été de 50%, celle de la population de plus de 60 ans de 6% ( Dormont et al., « Health expenditure growth : reassessing the threat of aging », Health Economics 2006, 15, pp 947 – 963).

Pourquoi cette contradiction apparente ? En raison essentiellement des progrès technologiques qui, dans le domaine de la médecine, contribuent à surenchérir le coût des soins. Pourquoi ? En raison, notamment, des nouveaux médicaments venant remplacer un ancien traitement, ou tout simplement l'absence de traitement.

2 exemples : ( « Prix et accès aux médicaments innovants, conseil économique et social, janv . 2017 »)

- Le Sovaldi ®, utilisé pour soigner l'hépatite C, et qui coûtait au moment de sa sortie **13667 euros la boîte** ( pour un mois de traitement , le traitement durant 3 mois ) **pour un coût de fabrication situé entre 75 et 100 euros !**
- Thérapie contre le cancer : coût moyen de **50000 euros par an et par patient** ( 5 à 10 fois plus que les chimiothérapies classiques ).

Cette problématique essentielle des médicaments, pour laquelle le Sénat vient de lancer une enquête, **procède de manière significative à l'augmentation des coûts de la santé**, et constitue en soi un réel problème de moyen – long terme ( et la médecine de ville n'en est aucunement responsable, puisque l'augmentation du poste du médicament, de l'ordre de 2 à 3% par an jusqu'en 2017, concerne le seul hôpital, contre une quasi stagnation en ville ).

« Le gros du changement est dû, non à une augmentation de la propension à consulter, mais à une augmentation de la dépense associée à la consultation. Et ce surcoût n'est pas dû à une augmentation du volume d'actes délivrés par les médecins, mais à une hausse de la dépense des médicaments », Brigitte Dormont, conférence au Collège de France, thème « La mondialisation de la Recherche », sous la direction de Gérard Fussmann, 2011.

Un chiffre pour clore ce chapitre : le volume de soins moyens par habitant mesuré par le nombre d'actes ( de médecins généralistes ) a **diminué de 15% entre 2000 et 2013** ( Les tribunes de la Santé, Pierre Louis Bras, 2016, 1). Ce qui tendrait à constater un allongement de la durée des consultations (de 18 minutes en moyenne en 2011 contre 15 minutes en 2002 ).

Le second facteur de l'accroissement des dépenses de santé est celui de la diffusion du progrès technologique. Une prothèse de genou, une intervention pour la cataracte peuvent se pratiquer de manière beaucoup large en terme d'indications et

d'âge, d'où une multiplication de ce type d'actes facteur de coûts supplémentaires au bénéfice indéniable pour la population.

Alors, que peut – on faire pour réduire ces dépenses ? Un seul mot : la prévention ! Mot souvent employé, presque jamais appliqué, au vu du budget cité plus haut.

Un exemple : la polymédication des personnes âgées. Avec les progrès de la médecine, il n'est pas rare que les personnes de plus de 65, 70 ans se retrouvent avec 10, parfois plus de 15 médicaments. Or, le risque d'interaction médicamenteuse est de 13% avec 2 médicaments, 38% avec 4, 82% avec 7 ou plus, le risque d'effets indésirables augmentant de 8,6% à chaque médicament additionnel ! ( Revue Médicale Suisse, Claudia Mazzocato et al. )

Pourquoi cette polymédication ? En raison de la multiplication des guideline internationales qui, pour chaque pathologie, sort à chaque fois une liste de plusieurs médicaments destinés à améliorer l'espérance de vie. Conséquence : les médecins généralistes se retrouvent être confrontés à, en moyenne, **4 problèmes par patient de plus de 65 ans** ( Beasley J Hankey, T. Erickson et al, awards of Family Medicine, 2004 ).

Quel est l'enjeu ? Un surcoût de l'ordre de 3500 euros par patient ( risque de chutes/ fractures avec retour à l'hôpital, risque de non prise de médicaments essentiels, « à cause des effets secondaires supposés », etc... Soit, en comptant 56000 médecins généralistes et pour un seul patient par médecin : un potentiel d'économies de 196 millions d'euros ! La prévention a donc un effet économique majeur, mais le temps qu'on doit lui consacrer est indispensable !

Dernier chiffre dans ce domaine : le vieillissement de la population entraînera entre + 0,3 à + 1,1 point de PIB de dépenses ( à l'horizon 2060 ) en fonction de l'état de santé lié à ce vieillissement ( France Stratégie, 06/2017 ). **0,8 point qui font une somme de 35,71 milliards d'euros** ( OCDE, perspective d'évolution du PIB à l'horizon 2060, évalué pour la France à 4737 ,778 milliards de dollars.

Passons au temps de travail des médecins, source de tension à l'heure actuelle. Le temps de travail de la population générale a diminué de 350 heures ( -17%) entre 1975 et 2018 pour atteindre **1609 heures pour les salariés** ( source : INSEE, France, portrait social, éd. 2019 ). Concernant **les cadres, on atteint 1850h**. Et pour **les médecins : 2457h**, en prenant compte de 54h de travail hebdomadaire, et de 6 semaines et demi de congé par an ( DRESS, 2019 ).

**Les médecins libéraux travaillent donc 607 heures de plus que les cadres**, et on nous demanderait de faire encore plus d'heures ( sans compter les gardes!). Nous rappelons ici que la législation européenne parle d'un maximum de 48h

hebdomadaires maximum, et qu'une étude anglaise faite chez des médecins anglais qu'au delà de 45h, et particulièrement au – delà de 50 heures, le risque d'erreur médicale s'accroît, comme si le médecin avait bu du vin ! L'heure n'est donc peut être pas à la multiplication des consultations ( que la CPAM aimerait à porter à une durée de... 10 minutes!), ni aux téléconsultations, l'HAS rappelant dans un communiqué ( flash, déc 2022 ) **les risques majeurs de retards de diagnostic !**

Concernant le temps de travail, il est bon de rappeler quelques exemples, en prenant ici la **part des médecins allant au – delà de 45h hebdomadaires** : ( enquête internationale sur les politiques de santé, IHP, 2019 )

- Suisse : 53,6%
- Canada : 54,5%
- USA : 64,2%
- Allemagne : 77,3%
- France : 72,9%
- Norvège : 70,5%
- Australie : 30%
- Suède : 31%
- Nouvelle Zélande : 28,3%

En somme, l'idéal serait de revenir au dessous de 48h, idéalement à 45h de travail hebdomadaire. Or nous sommes moins nombreux, et cet objectif apparaît irréaliste en l'état, sauf à avoir enfin un débat sur l'attractivité du métier, ainsi que sur le contenu d'une consultation. Doit – on voir les patients pour des arrêts de travail de moins de 3 jours ? Doit – on voir également les accidentés du travail, alors qu'il existe une filière de médecine du travail ? Doit – on faire des certificats pour tout, entre pétanque, gymnastique douce, yoga, et bientôt peut être le tarot ?

**Recentrer l'activité du médecin sur son cœur de métier, la médecine**, nous apparaît fondamental, à la fois pour attirer plus de jeunes médecins, garder ceux qui sont là, et encourager les plus anciens à pratiquer encore un peu, fut – ce à temps partiel. En un mot : **redonner une attractivité au métier !**

En effte, cette érosion continue pose un problème à l'échelle du pays, décourageant les plus jeunes à s'installer ( 35% seulement s'installent dans les 5 ans suivant leur diplôme, source CNOM ) et les plus vieux à continuer d'exercer à l'âge de leur retraite ( départ en retraite sans activité : 41,2% en 2010 ; 61,9% en 2020, source CNOM ). **Ce double effet ciseau**, qui n'est donc pas générationnel, interroge sur l'attractivité d'un métier devenu de plus en plus contraint ! Quant à ceux actuellement en exercice, nombreux sont ceux qui s'interrogent sur un changement d'orientation, entre départ à l'étranger, déconventionnement ou même changement total d'orientation professionnelle ( la proportion de burn-out chez les médecins étant

de plus de 49%, et le taux de suicide du secteur médical et médico-social le plus élevé de toutes les catégories socio- professionnelles ( 34,3/100000 ! ) ( Dumesnil H et al, Santé Publique, 1er oct 2009, ; vol 21(4) 355-64 )

Au final, le nombre de médecins généralistes est passé de 94261 en 2010 à 86364 en 2020 ( - 9% ! ). Une véritable hémorragie pour une profession pourtant essentielle dans une médecine de proximité qui tend à devenir de plus en plus complexe, au rythme des progrès continus des sciences biologiques. Le médecin généraliste reste la porte d'entrée principale dans le système de soins ( **80% des plus de 80 ans**, par exemple, **consultent en premier lieu leur médecin traitant**, sachant que la dépense moyenne d'un individu de cette classe d'âge est de 2,7 fois le montant engagé par cette même personne dans la cinquantaine ). Un médecin généraliste qui ne reste plus seul dans son cabinet, mais travaille souvent en groupe, et doit envisager son cabinet également comme une entreprise à faire tourner. Mais comment embaucher si l'on n'en a pas les moyens ? La source d'emplois non délocalisables que constitue les cabinets médicaux est pourtant là, sous nos yeux, mais embaucher un assistant médical, métier qui nécessite peu de qualification, n'est pas possible quand les aides sont données pour 3 ans, sans lisibilité au – delà ! Quel chef d'entreprise au monde embaucherait avec aussi peu de visibilité à long terme ? Peut – être faudrait – il envisager un recours à des numéros tarifés afin de redonner un peu d'air aux cabinets médicaux ?

Enfin, quelques mots pour finir concernant la part de travail administratif. Il est de plus en plus prenant, que ce soit en ville ( estimé selon les études à près de 25% ) ou à l'hôpital ( où il est déjà de 30% ). Ainsi, selon l'institut Thomas More, et pour les données hospitalières, la France dépense plus que son voisin allemand ( **1229 euros par habitant en France, contre 819 en Allemagne** ), tout en sachant que l'hôpital français dépense moitié moins sur les équipements et que les salaires ( avant Ségur ) étaient de 38,5% moins élevés qu'outre – Rhin. Ainsi, l'Institut estime à **26 milliards** les réserves d'économie sur ce seul poste administratif !

Par ailleurs, l'OCDE relève que 35,22% des emplois hospitaliers en France ne sont ni médicaux, ni para – médicaux ( versus 24,3% en Allemagne ). Sachant que 20% des personnels administratifs des hôpitaux français sont en fait des soignants détachés à temps plein sur des tâches administratives, **les coûts généraux administratifs de l'hôpital français représentent un peu plus de la moitié des services rendus** ! L'hôpital français souffre donc d'une **suradministration** qui devrait interpellé, source d'économies considérables ! ( The Conversation, 6 mai 2020, Serge Besanger ).

À titre de comparaison, une étude très sérieuse faite au Canada sur l'administration centrale et les hôpitaux retrouvait un chiffre bien moins élevé à... 16,5% ! ( David Himmelstein, Terry Campbell et Steffie Woolhandler, 2017 ).

En conclusion, et à ce jour, nous avons dépassé les limites de ce que l'on peut demander à des soignants, et le problème économique de fond n'a absolument pas changé : 2956,8 milliards de dette de l'État, et 39,7 milliards de déficit de la Sécurité Sociale, secondaire essentiellement à la crise du Covid, le déficit en 2019 étant de 1,7 milliards ( et la dette de l'État s'est, elle, accrue de 366,2 milliards d'euros sur les deux années de Covid ).

Des chiffres vertigineux, mais regardons de plus près le domaine de la Santé, qui nous intéresse ici. Le PIB de la France s'est élevé à 2500,9 milliards d'euros en 2021, pour des dépenses en « **Consommation de Soins et de Biens Médicaux** » ( CSBM ) de 226,7 Milliards, soit **9,06% du PIB**. (chiffres rapport DRESS 2022 )

**La dépense courante de santé au sens international (DCSI )** atteint, toujours pour 2021, 307,8 milliards d'euros, soit **12,3% du PIB**.

2 chiffres différents, traduisant deux réalités ! L'acronyme CSBM traduit la dépense de soins proprement dit : consultations, biologie, examens radiologiques, hospitalisations etc... L'acronyme DCSI rajoute 3 items :

- **les soins de longue durée ( 48,770 milliards**, dont 31,2 milliards pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes : EHPAD )
- La gouvernance, terme pour désigner le **côté administratif : 15,401 milliards** qui se décomposent comme suit : régime sécurité sociale 6,6 milliards ; organismes complémentaires 7,7 milliards ( mutuelles et assurances privées ) ; ministère et ARS 0,9 milliards, et « autres : HAS ANAP CNG ORIAM ATIH » pour le reste. Ces frais redondants entre sécurité sociale et mutuelles + assurances privées pourraient être considérablement réduits en évitant un double traitement administratif.
- **La partie prévention**, enfin, souvent parent pauvre des politiques de santé. De **5,5 milliards en 2018**, on est passé à **16,9 milliards en 2021 en raison du Covid** : 6,6 milliards pour les tests, 3,8 milliards pour la vaccination ( 58% : achat des vaccins, 36% pour la vaccination, 6% pour les centres de vaccination ).

À ce stade, nous aimerions revenir sur ce chiffre de 6% pour les centres de vaccination : 228 millions d'euros, chiffre sous estimé en raison de l'investissement des collectivités territoriales et plus particulièrement des communes : frais de mise à disposition de salles, de personnel de mairie, location de matériel comme les chaises, cloisons, etc... La Cour des Comptes n'a pas été capable de définir quelles sommes ont été investies par les communes, mais il est probable que cela se chiffre en dizaine voire centaine de millions d'euros. À titre d'exemples, une ville comme Laval a investi l'équivalent de 160 000 euros par mois, une ville comme Dreux, 70 000 à 80 000 euros par mois...

Il est bien dommage, et nous le regrettons tous, que **les acteurs de terrain ( médecins, infirmier(e)s, ) n'aient été mis à contribution que tardivement** : cela aurait été respectueux envers ces professions et source d'économies non négligeables ! Il faudrait donc **associer les médecins libéraux**, peut – être par l'intermédiaire des **dispositifs de crise ORSEC et ORSAN**, où aucun de nos représentants ne figure.

Revenons maintenant au cœur de notre sujet : la consommation de soins et de biens médicaux ( CSBM ). Il existe 2 postes principaux : les soins hospitaliers pour 109,395 milliards d'euros et les soins ambulatoires ( dits « de ville ») pour 117,331 milliards d'euros. À peu près égaux au premier abord, mais il faut savoir qu'il existe ce que l'on appelle les « **prescriptions hospitalières exécutées en ville** », acronyme **PHEV**, qui pesaient en **2019 pour 22% de l'enveloppe « de ville »**, et **39,6% pour les médicaments délivrés dans les pharmacies !**

Si l'on extrapole à 2021, cela donne un total de 25,813 milliards d'euros ! ( les chiffres de cette enveloppe précise ne sont pas connus à l'heure où ces lignes sont écrites ). La médecine « de ville » pèserait donc pour 91,518 milliards d'euros, et les soins hospitaliers pour 135,208 milliards. On n'est plus sur le même plan !

Concernant plus particulièrement les honoraires des médecins généralistes, dont on a tant parlé ces derniers temps, ils pèsent à hauteur de **10,526 milliards d'euros en 2021** ( contre **10,232 milliards d'euros en 2017**, soit une augmentation de 294 millions d'euros, + 2,79%, alors que l'inflation cumulée 2017-2021 est de 6,2%, soit une perte de 3,41%!). L'année 2022 ayant vu à elle seule une inflation de 5,2%, cette perte a encore été accentuée, et la caisse nationale d'assurance maladie parle d'une augmentation de 1,5 euros de la consultation pour... 2025 ! Comprenez que l'on se sente particulièrement méprisé, alors que 79 médecins généralistes sont morts du Covid ( chiffres CARMF), en essayant de soulager notre population alors en très grande détresse !

À ce titre, on peut parler d'un véritable désinvestissement de l'État dans la médecine de proximité. En 2021, le revenu moyen avant impôt d'un médecin était de 81228 euros ( chiffres CARMF ), contre 112250 euros ( à euros constants ) en 1975 ! ( source : CREDOC, janv. 1977 ) Ces 31000 euros d'écart font que les médecins n'ont plus de secrétaires, et n'ont pas les moyens d'embaucher de manière pérenne un assistant médical dont on parle tant !

Dernier point en annexe :

- 6 millions de français sans médecin traitant : pur effet d'annonce, les jeunes en bonne santé ne se sont jamais précipités vers un médecin et c'est bien normal. Par contre, que des campagnes soient organisés ( et médiatisées par le gouvernement ) autour de thèmes de santé publique irait dans le bon sens

( à l'instar de la semaine de l'endométriose par exemple ). On retrouve ici la notion de prévention, dont le budget est réduit à peau de chagrin...

- 650 000 français en affection longue durée sans médecin traitant : là aussi effet d'annonce ! Il y a en France actuellement 11 680 196 personnes en Affection Longue Durée ( ALD, chiffres INSEE rapport 2019, France, portrait social ). Un certain nombre d'entre eux n'ont plus de soins, et ne consultent plus que rarement. Il serait donc intéressant que ce chiffre soit étayé quant à son contenu exact, car les médecins sont bien évidemment pour une prise en charge de ces patients, mais n'ont aucun moyen de savoir qui sont ces 650 000 personnes ( la CPAM devrait faire un état des lieux géographique et proposer ces patients aux médecins de secteur : là encore, on est dans un effet d'annonce peu constructif !)

Avec nos salutations les plus respectueuses

Pour l'association Médecins pour Demain :  
Dr Benoît COULON