

Médecins pour demain



RÉFLEXIONS À PROPOS DES DÉPENSES DE SANTÉ

1) PERSPECTIVES

En 2070, la population française comptera 76,5 millions d'habitants, contre 68,6 millions au 1er Janvier 2025. L'augmentation de 8 millions se fera quasi exclusivement sur les plus de 65 ans. Actuellement, elles sont au nombre de 14,9 millions, cela représente donc une augmentation de 53,7%, la part des plus de 75 ans étant celle qui augmentera le plus (à 17,9% contre 10,4% en 2024, ce qui correspondra à 5,7 millions de personnes).

Est-ce un problème pour les dépenses de santé ? En soi, non, contrairement à ce que l'on pourrait penser. Entre 2005 et 2050, les dépenses de santé passeront de 7,7% à 12,8% du PIB (estimation moyenne), soit une augmentation de 5,1% en 45 ans. Sur ces 5,1%, **seul 0,7% est attribuable au vieillissement de la population**, les 4,4% restants étant liés à d'autres facteurs.

En effet, les principaux moteurs des dépenses sont l'innovation médicale et le changement de comportement des patients (qui consultent plus facilement), et des médecins (qui sont tenus de prescrire des examens pour arriver au diagnostic sous peine de poursuite pour perte de chance, lesdites poursuites augmentant considérablement ces dernières années, notamment en montant d'indemnisation).

Quelques chiffres : on observe en effet un **décalage vers le haut des dépenses par âge, et ce quelque soit l'âge** ; on a donc une augmentation des dépenses de santé globale, même si la dépense dans les derniers mois de vie reste prépondérante, mais stable en proportion des dépenses (entre 26 et 30% de la dépense totale). Comme le rappelle Brigitte

Dormont, cette valeur très élevée des soins en fin de vie correspond aux « préférences collectives » de la société française.

L'autre facteur déterminant des dépenses en dehors de la fin de vie est celui de la morbidity : l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le progrès médical faisant reculer l'incapacité sévère, donc faisant croître la vie sans handicap sérieux, mais cela a pour corollaire l'augmentation des coûts globaux liés à ces maladies chroniques.

Tout le paradoxe est que **la dépense par pathologie va en diminuant, mais que le nombre de pathologies traitées, ainsi que le temps où ces pathologies sont traitées, va en augmentant**. On a ainsi une augmentation de la dépense quelque soit la classe d'âge, liée à l'évolution des pratiques, avec **2 facteurs principaux** : la **hausse des dépenses de médicaments innovants, et la diffusion des innovations** (plus de chirurgie pour prothèse de hanche, plus de chirurgie de la cataracte, plus d'angioplastie du cœur, etc...).

Les projections en terme de dépenses de santé font état d'une fourchette comprise entre 1,5 et 3% du PIB d'ici 2050, soit une somme comprise entre 36,6 et 73,2 milliards par an pour un PIB estimé à 2750 milliards de dollars. Cette somme, pour importante qu'elle soit, n'a rien de rédhibitoire pourtant.

Point important, le secteur de la santé n'est pas « isolé », **il compte pour 26% dans la diffusion aux autres secteurs de l'économie** (les secteurs intermédiaires, avec au premier rang l'industrie chimique de la pharmacie, ainsi que le secteur de la recherche et du développement). Cela signifie que le secteur de la santé a un impact non négligeable sur l'économie de manière générale : **une baisse de 10% des dépenses de santé entraînerait une baisse estimée à 1,5% du PIB**, et une hausse de 10% provoquerait l'exact inverse. Ceci explique d'une certaine manière **le rôle « d'amortisseur » du domaine de la santé en cas de crise**.

D'autres études chiffrent à 2% la perte annuelle de PIB dans des pays pauvres dénués de système de santé performants (1,5 million de décès par an pourrait être évité dans les pays en voie de développement).

2) LES CHIFFRES GLOBAUX DE LA DÉPENSE

Les dernières présentations des chiffres montrent de grands blocs qui ne permettent pas une analyse de fond des évolutions sous-jacentes des coûts et de leur évolution. Ainsi, le bloc « soins hospitaliers », qui apparaît à 122,5 milliards d'euros en 2023, « occulte » ce que l'on appelle les PHEV, ou Prescriptions Hospitalières Exécutées en Ville, qui concernent des malades lourds et en général en ALD, et qui **pèse pour 21,5 milliards d'euros**, entre médicaments (souvent innovants) et transport sanitaire.

Les soins de ville représentent quant à eux une part de 26% des dépenses (chiffres 2020), soit la même part... qu'en 1950 ! Sur la même période, les dépenses hospitalières sont passées de 44 à 49%, sans inclure les PHEV.

Pourquoi attirer l'attention sur ces prescriptions hospitalières ? Parce qu'elles **augmentent à un rythme de près de 10% par an**, tirées par la hausse du prix sans cesse croissant des médicaments innovants, ainsi que par l'inflation du poste des transports sanitaires (le regroupement des centres de cancérologie ayant produit logiquement une inflation de ce volume en augmentant les distances de transport, avec parallèlement une augmentation du nombre de cancers, et le manque de VSL entraîne une sollicitation accrue de taxis conventionnés, aux tarifs plus élevés).

Proposition poste « Transport » : Le coût moyen par trajet d'un VSL est de 35 euros, celui d'un taxi conventionné est de 61 euros, il conviendrait de favoriser l'augmentation des entreprises de transport sanitaire (en taille et en volume) afin de mieux couvrir les territoires et les besoins à venir.

3) LES SOINS AMBULATOIRES

Ils sont restés stables dans le temps avec une part de la CSBM de 26% en 1950, et de... 26% en 2020 !

3.1) LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Honoraires : ils sont passés en 10 ans **de 8,693 milliards d'euros en 2013 à 8,341 milliards d'euros en 2023**, soit une **baisse de 352 millions**

d'euros. Les forfaits ont permis de compenser cette baisse, passant de 221 millions à 1,935 milliards, soit une somme globale passant de 8,914 milliards à 10,276 milliards (**soit en-dessous de l'inflation sur la période**, qui aurait porté ce montant à 11 milliards d'euros).

Les dépassements d'honoraires ne cessent de diminuer, à 2,1% contre 4,2% en 2010.

La part des dépenses reste stable, à 4,3% en 2023 contre 4,46% en 2010. **4,3% pour une profession qui règle 90% des problèmes dans 90% des cas**, cet investissement est on ne peut plus efficient, et ce d'autant que l'on a constaté une **baisse des effectifs, passés de 63100 libéraux exclusifs en 2013 à 56700 en 2023**. On note à ce propos une stabilisation de l'exercice salarié sur cette période (15600 en 2023 contre 15300 en 2013), et une augmentation de l'exercice mixte, passé de 5600 à 8600 médecins.

Sur la dernière décennie, on constate une **fuite des jeunes par rapport à l'exercice libéral**, en raison essentiellement de conditions de travail qui se dégradent, entre charge administrative en perpétuelle hausse, estimée à 20%, et pression qui ne cesse d'augmenter de la part d'une population devenue consumériste en soins, les soins étant très peu chers en France à l'échelle individuelle. Ainsi, sur un **temps moyen de travail de 50 heures, ce sont 10 heures de perdues avec l'administratif**, réduisant le temps disponible pour recevoir les patients à 40 heures par semaine.

Comment s'étonner que sur 45000 médecins formés, on n'en retrouve que 5000 qui se sont installés à temps plein !? Il devient urgent d'attirer une partie des 40000 en redonnant à la médecine de ville des moyens pour affronter les enjeux à venir : prise en charge d'une population vieillissante, arrivée de l'IA dans les cabinets, évolution très rapide des progrès médicaux. L'investissement tant en moyens humains qu'en moyens techniques (appareils connectés à l'IA tels qu'appareils d'échographie, dermatoscopes, etc..) nécessite un investissement dans la médecine de proximité, ce que confirment année après année les messages de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Nous rappelons ici nos propositions :

Consultation portée à 50 euros : avec suppression des forfaits, consisterait en un engagement de l'Etat à hauteur de 2 milliards d'euros par an (environ 215 millions de consultations par an sont faites par les médecins généralistes en France). Cela enverrait un signal fort à destination des plus jeunes, de nature à remettre dans le circuit une partie des 40000 médecins

formés qui ne se sont pas installés.

Rémunération à l'heure : à l'instar de ce qui existe dans un pays comme la Suisse, serait de nature à encourager la médecine de prévention, le temps passé supplémentaire pouvant être rémunéré, ainsi que le suivi des personnes lourdes et complexes en terme de pathologies, le vieillissement de la population amenant un nombre croissant de ce type de personnes à l'avenir.

La structure des dépenses d'honoraires des médecins généralistes se décompose entre la CPAM (qui couvre 79% des dépenses), les complémentaires (15,2%) et les ménages (5,5%, seuil le plus bas du monde, et qui a diminué fortement ces 10 dernières années).

Une solution alternative pourrait être ici proposée : un ticket modérateur qui pourrait consister en une réouverture du secteur 2, avec tarif opposable pour tous les français disposant de peu de moyens. Ce dispositif existe déjà expérimentalement en zone de désert médical, avec l'accord tacite de la CPAM (consultation amenée à 50 euros en l'occurrence...). Ceci permettrait aux cabinets d'investir, offrant un meilleur service à la population, en échange d'un reste à charge plus élevé, porté par ceux qui le peuvent financièrement.

3.2) LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Honoraires : ils apparaissent en hausse de 23% par rapport à 2010, à 14,9 milliards d'euros (+ 3,292 milliards en 10 an, tirés par les actes techniques essentiellement, qui représentent 45% de la dépense).

Parmi les spécialités qui sont en plus forte augmentation, on relève les cardiologues en premier (+9,7% à 1,490 milliards d'euros), puis viennent les chirurgiens orthopédiques (466 millions d'euros contre 388 millions en 2021), les radiologues (à 3,365 milliards d'euros contre 3,033 milliards en 2021) et les ophtalmologues (2,135 milliards contre 1,871 en 2021).

On note une différence nette entre spécialités à plateau technique et spécialités purement clinique. Les actes techniques correspondent en effet à 45% de la dépense.

Concernant les dépassements d'honoraires, ils apparaissent à 17,1% en 2023 contre 15,5% de moyenne entre 2011 et 2020, et concernent en premier lieu les cardiologues (+ 23% d'augmentation des dépassements)

et l'imagerie médicale (+21,8%). Il faut noter néanmoins que le nombre de cardiologues est passé de 5860 en 2021 à 6370 en 2023, ce qui explique en partie cette augmentation (à l'inverse des dermatologues, qui sont passés de 3130 à 3050 sur la même période).

Les dépassements d'honoraires les plus élevés en valeur ont concerné 3 spécialités : la chirurgie maxillo faciale, la gynécologie et la chirurgie orthopédique. Et comme par hasard, on retrouve un taux de plaintes plus élevé à l'encontre des chirurgiens orthopédiques, des chirurgiens en maxillo facial (ainsi que des généralistes, qui complètent le trio de tête). Les gynécologues, moins nombreux, apparaissent comme étant, après les chirurgiens mais devant les généralistes, les plus touchés en matière de montants d'indemnisations. Ce dernier phénomène, observé dans le dernier rapport de la MACSF, qui relève également un nombre de déclaration de sinistres corporels plus élevé (de + 4,71%), explique probablement l'augmentation des primes de 8% constaté entre 2022 et 2023.

Par ailleurs, concernant les spécialités chirurgicales, on relève une augmentation sensible du coût de la location des blocs opératoires (auprès de cliniques de plus en plus souvent détenues par des groupes financiers). 35% des cliniques facturent une redevance aux chirurgiens sur l'ensemble de leurs honoraires (donc secteur 2 inclus), et 65% sur le seul montant des honoraires de secteur 1. Cette façon d'opérer est pratiquée d'après une étude par 96% des cliniques, seuls 4% des établissements facturant des montants sur une base réelle des coûts, et avec justification.

Nos propositions :

Lutte contre la financiarisation : on constate une financiarisation accrue notamment dans les domaines de la biologie, de la radiologie, avec par ailleurs des centres d'ophtalmologie et des centres de téléconsultation dont le seul but est une maximisation des profits.

Mieux contrôler, lutter contre les abus apparaît comme une nécessité. **En Biologie :** dérembourser tout ce qui est inutile (comme les prescriptions d'hormones thyroïdiennes type T3 et T4, sauf exception ; dérembourser les dosages de vitamine D, limiter à 3 par an le nombre d'hémoglobine glycosylée prescrites, etc...)

En radiologie : plafonner, comme le propose la CNAM, le niveau de rentabilité des centres (cela peut être valable également pour la biologie, les audioprothésistes, etc...)

Pour les cliniques privées : inciter à une forfaitisation pour la location des blocs opératoires, au lieu d'un pourcentage de l'activité. Cela serait de nature à limiter les dépassements d'honoraires des chirurgiens.

Pour les assurances : limiter les indemnisations dont les montants ne cessent d'augmenter, à un plafond limité, calqué sur le plafond des assurances, à renégocier régulièrement.

3.3) LES MÉDICAMENTS :

33,4 milliards de budget pour la ville en 2023, un chiffre qui **ne dit rien des réalités sous – jacentes**. En effet, ce chiffre est l'arbre qui cache une forêt qui s'avère bien plus complexe et masque certaines réalités :

- **La part hospitalière de ces dépenses atteint 14,1 milliards**, c'est ce que l'on appelle les Prescriptions Hospitalières Exécutées En Ville (PHEV). Ce poste est en **augmentation constante de près de 10% par an**, porté par les médicaments innovants (pour le traitement de la mucoviscidose, de la sclérose en plaques, de l'amylose cardiaque, des immunothérapies, etc...). Entre 2019 et 2023, c'est + 9,5% en moyenne, +11% en 2021, + 10,2% en 2022... Il est à noter par ailleurs que **la part totale des PHEV atteint 21 ,5 milliards d'euros, soit 21% de la dépense dite « des soins de ville »**, en réalité dépenses hospitalières qui ont été externalisées sur le poste de la ville.
- **Les honoraires de dispensation des pharmaciens atteint 4,248 milliards**. C'est **12,72% du budget total des médicaments**, un chiffre particulièrement élevé et probablement concentré sur les grosses pharmacies, souvent propriétaires de groupes financiers, seules à pouvoir dégager suffisamment de personnel pour cette tâche.
- **La TVA sur les médicaments : 2,1%**. Les dépenses de santé occasionnent **un retour à l'État d'une somme de 523 millions d'euros** : est-ce vraiment indispensable ?
- **Et le reste : 14,5 milliards, soit à peine 43% de la dépense du poste médicaments pour la médecine de ville, sont liés aux prescriptions des seuls... médecins de ville !**

La problématique des médicaments est donc bien plus complexe qu'il n'y paraît, et tout l'enjeu concerne principalement le poste des médicaments innovants. En augmentation constante, et à l'heure où les USA sont en négociation pour revoir à la baisse le prix des médicaments sur leur propre marché, les big pharma vont accentuer à la hausse les prix sur le marché européen (certains parlent d'un **doublément des prix d'ici 2028**).

Nos propositions :

Une politique de réindustrialisation forte, à commencer par **une politique d'investissement dans le R&D et les industries de la santé** (cf rapport Draghi, qui cible ce secteur parmi les secteurs stratégiques). En 2013, les molécules innovantes étaient produites à parts égales entre l'Europe et les USA. 10 ans plus tard, la part de l'Europe atteint 26%, contre 53% pour les États-Unis. Favoriser la production sur son propre sol est encore le meilleur moyen de diminuer les coûts pour le futur.

S'inspirer du projet Civica aux États-Unis, qui permet aux hôpitaux de **produire des médicaments à moindre coût**, permettant de disposer à la fois de médicaments souvent en tension, tout en diminuant les prix de façon sensible (baisse de 30% en moyenne).

Réserver l'accès sur le marché des médicaments innovants... aux seuls médicaments réellement innovants ! En effet, il faudrait privilégier les médicaments correspondant à l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) de niveau I (apport majeur) et II (apport important), pour délaissier les niveaux III (apport modéré) et IV (apport mineur), qui parfois suffisent à accorder l'arrivée de ces médicaments.

Supprimer la TVA sur les médicaments.

Limiter le montant des honoraires de dispensation des pharmaciens, actuellement trop élevés et probablement concentré sur les pharmacies propriété de groupes financiers.

3.4) Les INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (IJ)

Elles sont EN BAISSSE pour 2023 de 8,9% par rapport à 2022 (pour la part dépenses). En volume, elles augmentent de 1,4% pour les IJ de courte durée, et reculent de 0,4% pour les IJ de longue durée.

Néanmoins, ce poste pèse pour 10,2% de l'ensemble des dépenses de soins de ville, à 10,6 Md d'euros.

Pour rappel, le phénomène des IJ est lié à 2 facteurs principaux :

- **Le facteur psychologique.** On note, particulièrement depuis la pandémie de Covid, une aggravation des troubles psychologiques dans la population française, particulièrement chez les jeunes. Ainsi, les **arrêts de longue durée pour troubles psychologiques sont à 22,2%, en augmentation de 4 points** depuis 2019 ! Pire, la tranche des 15 à 34 ans a vu la part des syndrômes dépressifs augmenter de 80% en post-Covid.

- **La politique de management en France.** Dépassée, elle conduit à la perte d'attractivité de la valeur travail. Les salariés, particulièrement les plus jeunes, ne se réalisent plus dans leur activité professionnelle.

On pourrait également rajouter la problématique de l'âge de départ à la retraite. Le décalage de 60 à 62 ans avait entraîné à l'époque une augmentation des arrêts de travail de 1,7% en moyenne annuelle après l'âge de 60 ans, le tout pour une **augmentation du coût des IJ de 800 millions d'euros par an !** Et en plus de ce coût des IJ, il s'y rajoute le coût des soins induits par les pathologies générées, coût actuellement non évalué.

On le voit bien, la solution qui consiste à montrer du doigt les médecins dans la prescription des AT est une solution court-termiste et contre-productive, en raison d'un ras – le – bol qui va conduire certains médecins à jeter l'éponge et à quitter la médecine libérale, alors même que l'on manque déjà de médecins.

Nos propositions :

Conditionner les aides aux entreprises à des résultats en terme de management : moins d'arrêt de travail, taux de présentéisme bas, etc...

Redonner de la valeur au travail : cela implique probablement une augmentation des heures travaillées, sans augmenter les charges pesant sur ce surcroît de travail (ou faire en sorte que ce surcroît de travail se voie sur la feuille de paye, en net).

Interdire les arrêts de travail via les plateformes de téléconsultation. Source de dérives et d'abus, sans compter les faux arrêts sur internet, il y a là matière à amélioration.

Autoriser les arrêts de travail en auto-déclaration jusqu'à 3 jours. Cela désencombrerait les cabinets médicaux, avec des consultations à faible plus-value.

3.5) L'HÔPITAL :

L'hôpital souffre de deux maux : le poids excessif de l'administration, et un problème de gouvernance.

Quelques chiffres : dépenses par habitant en France 1229 euros (versus 819 euros en Allemagne, soit **410 euros de différence**)

Part du PIB dans les dépenses hospitalières : 3,6% en Allemagne, 4,6% en France, soit 1% d'écart pour une somme évaluée à environ 15 milliards.

Il est à noter par ailleurs que **près de 20% des postes de soignants dans les hôpitaux sont en fait des postes purement administratifs !**

Sur la période 1980-2017, les effectifs de la fonction publique hospitalière ont augmenté de 54%, quand la population française n'a augmenté que de 22%, alors même que les techniques ont évolué et les durées d'hospitalisation, raccourci ! Cela traduit un constat d'échec de la gouvernance des hôpitaux, telle qu'elle est conduite actuellement.

Pire, on vit également une véritable perte de sens de la part des soignants dans leur fonction. En effet, on a assisté à une augmentation du volume d'activité (+ 16% entre 2009 et 2016, avec un nombre d'établissement qui n'a pas bougé), avec une baisse du nombre de lit, et un taux de remplissage élevé (83%) ne permettant pas d'affronter la gestion des crises. À chaque période de tension (grippe hivernale, et périodes estivales), les équipes soignantes sont obligées d'annuler des vacances, et de prendre un

peu de repos, ce qui conduit à un épuisement des équipes soignantes. Ainsi, **l'absentéisme, de l'ordre de 10%, est le double de celui du reste de l'économie (autour de 5%)**. Les infirmières (10%) et les aide-soignantes (12%) sont les plus touchées, avec... les agents d'entretien (18%) !

La tarification à l'activité a conduit à multiplier les actes, encombrant les services d'urgences des hôpitaux, sans se poser la question essentielle de leur pertinence !

Nos propositions :

Il faut, d'urgence, redonner une vision médicale à la gestion des hôpitaux en redonnant le pouvoir de décision aux médecins, tout en gardant un directeur chargé de co-piloter le budget : en somme une direction bicéphale.

Revenir à une échelle locale de pilotage sur un territoire. Il existe des GHT (Groupements Hospitaliers Territoriaux), il faudrait un **pilotage de la médecine et de l'accès aux soins à l'échelle du territoire**. Évaluer les besoins de santé, **regarder les complémentarités**, non seulement entre les établissements hospitaliers, publics et privés, mais **également avec la médecine de ville**, devient essentiel. Un comité de pilotage resserré avec un directeur administratif, un médecin hospitalier co-directeur, issu ou non des CME (Comité Médical d'Etablissement), un médecin libéral et un représentant des collectivités locales serait idéal, et permettrait de redonner une vision globale et des solutions à deux mondes qui se parlent peu : la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Revoir le problème de la suradministration, en essayant de mutualiser les moyens, et de voir quels seraient les postes superflus.

Revoir le système des commandes hospitalières en terme de matériel. Souvent plus cher que ce que l'on peut trouver par ailleurs, la problématique des achats est totalement à revoir, afin d'éviter des surcoûts. On pourrait par ailleurs privilégier des circuits courts dans la mesure du possible, et réinvestir dans des cuisines centrales avec apport de produits locaux : cela permettrait une consommation carbone diminuée.

Dr Benoît COULON (vice-président de Médecins pour Demain)
tél 06 84 50 10 09/ Mail:cabinetmedicalchaprais@gmail.com