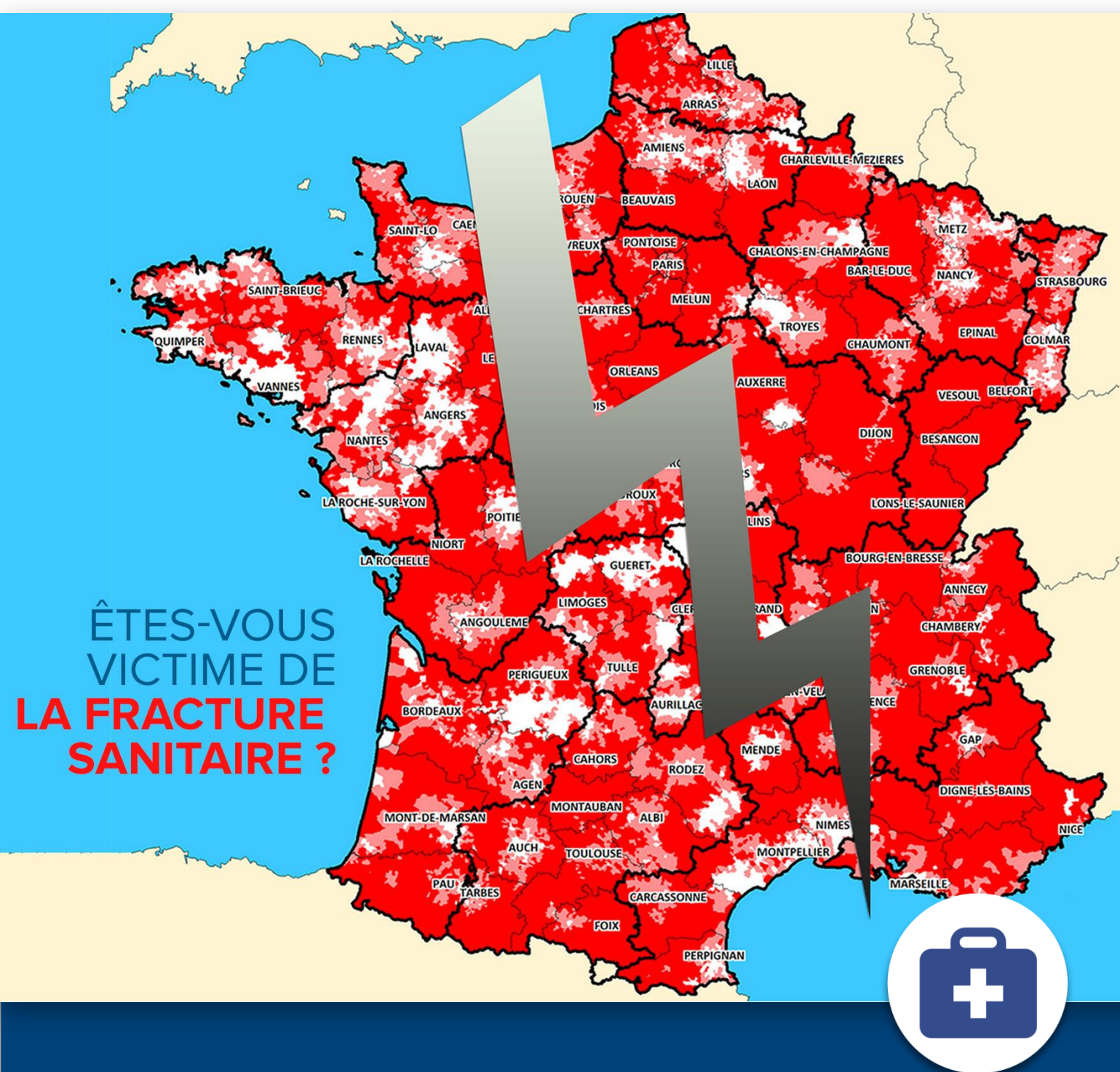




Résumé de l'étude

En 2012, l'UFC-Que Choisir avait publié un état des lieux inédit de l'accès aux soins en France, qui, en croisant ses dimensions géographiques et financières, mettait en lumière une inquiétante fracture sanitaire. Quatre ans plus tard, alors que la prochaine convention médicale est en cours de négociations entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins depuis le début de l'année, l'association rend publique sa nouvelle étude, notamment sous la forme d'une carte interactive librement accessible sur son site www.quechoisir.org.

Ces quatre années sont l'occasion de dresser deux bilans. D'une part, celui de l'action de la ministre de la Santé Marisol Touraine, qui avait fait des questions de dépassements d'honoraires et de désertification médicale des enjeux forts de son ministère. D'autre part, celui de l'Assurance Maladie, qui, dans sa dernière convention médicale conclue en 2011 (avec un avenant important en 2012), affichait elle aussi de hautes ambitions en la matière.

L'aggravation de la fracture sanitaire est manifeste. Jusqu'au tiers des Français a aujourd'hui des difficultés d'accès géographique aux spécialités étudiées (pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes), et un quart aux médecins généralistes. Et dès lors que l'on souhaiterait se soigner au tarif de la sécurité sociale, ce sont plus de 8 Français sur 10 qui manquent de gynécologues et d'ophtalmologistes sans dépassements d'honoraires à moins de 45 minutes de leur domicile. Pire, l'offre au tarif opposable pour les trois spécialités étudiées s'est réduite depuis 2012 pour plus d'un Français sur deux.

La première cause de ces mouvements est géographique. Malgré la multiplication des mesures de « saupoudrage incitatif » à destination des médecins, la répartition géographique des professionnels de santé s'est dégradée. En quatre ans, 27 % des Français ont vu leur accès géographique aux généralistes reculer, et jusqu'à 59 % pour les gynécologues.

La deuxième cause, cumulative, est tarifaire : les dépassements d'honoraires ont continué à croître depuis 2012. Alors que l'inflation sur la période n'a pas été supérieure à 1 %, le tarif moyen d'une consultation a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % pour les gynécologues, et même de 8 % pour les pédiatres ! Le Contrat d'accès aux soins, mis en œuvre en 2013 et qui devait réguler les dépassements d'honoraires, signe ici son échec. Echec dispendieux, car pour 59 millions d'euros de dépassements évités par son action en 2014, il a coûté 470 millions d'euros en contreparties accordées aux médecins, soit 8 fois plus.

C'est pourquoi l'UFC-Que Choisir appelle aujourd'hui le gouvernement et l'Assurance maladie à enfin tirer les leçons des échecs passés et répétés. Pour mieux répartir les médecins sur le territoire, un conventionnement sélectif doit être mis en place, qui ne permette plus aux médecins de s'installer en zones sur-dotées autrement qu'en secteur 1, pour injecter dans ces territoires l'offre à tarif opposable qui y fait paradoxalement défaut aujourd'hui. Par ailleurs, pour inverser enfin la courbe des dépassements d'honoraires, l'accès au secteur 2 doit être fermé, le choix étant laissé entre le secteur 1, sur lequel les aides publiques aux médecins seraient recentrées, et le Contrat d'accès aux soins.

Contenu de l'étude

L'inexorable aggravation de la fracture sanitaire	4
1. Méthodologie de l'étude	4
a) Une permanence des méthodes entre 2012 et 2016	4
b) Une méthodologie basée sur une estimation fine de l'offre comme de la demande de soins.....	4
c) Classification des communes selon leur situation d'accès aux soins.....	6
2. Auscultation de la fracture sanitaire en 2016	7
a) Accès géographique aux soins : jusqu'à 20 millions de Français ont un accès restreint aux soins.....	7
b) Accès aux soins sans dépassement d'honoraires : une gageure pour les spécialistes.....	10
3. L'accès aux soins s'est dégradé en quatre ans pour plus de 30 millions de Français .	16
a) Evolution de l'accès géographique aux soins.....	17
b) Evolution de l'accès géographique et financier aux soins.....	17
Première explication : la répartition géographique des médecins se dégrade.....	19
1. Cartographie d'un recul de l'offre de soins	19
a) Réduction de l'offre de médecins généralistes : aucune région épargnée.....	19
b) Médecins spécialistes : inquiétudes sur l'accès aux gynécologues	20
2. L'impasse des logiques strictement incitatives	22
a) L'échec de la politique de « saupoudrage incitatif »	22
b) Le nécessaire encadrement de la liberté d'installation	22
Deuxième explication : la dérive sans fin des dépassements d'honoraires	24
1. Toujours plus de médecins facturent des dépassements d'honoraires en progression	24
2. Le dispendieux échec du Contrat d'accès aux soins	26
a) Un dispositif mal conçu.....	27
b) Une satisfaction officielle à nuancer.....	28
c) Un effet d'aubaine attendu	28
d) Un coût exorbitant pour des résultats médiocres	30
Tirer les leçons de l'échec	33
1. La fermeture de l'accès au secteur 2.....	33
2. La mise en place d'un conventionnement sélectif des médecins, qui ne doivent plus pouvoir s'installer en zone sur-dotée qu'en secteur 1	33

L'inexorable aggravation de la fracture sanitaire

En 2012, l'UFC-Que Choisir avait publié une étude analysant de manière inédite l'accès aux soins en France, en mêlant ses dimensions géographique et financière¹. Quatre ans après, l'association a renouvelé son travail, à partir d'une méthodologie identique basée sur les données de l'Assurance maladie, pour mesurer l'évolution de la fracture sanitaire dans notre pays. Les résultats, sous forme d'une carte interactive commune par commune, sont accessibles gratuitement sur notre site www.quechoisir.org.

1. Méthodologie de l'étude

a) Une permanence des méthodes entre 2012 et 2016

Afin de permettre une comparaison de la situation entre 2012 et 2016, nous avons travaillé à méthodologie inchangée par rapport à 2012. L'étude a à nouveau été réalisée à partir des données de l'Assurance maladie sur la localisation et les tarifs des médecins, disponibles sur son site « annuaire santé »². En février 2016³, nous avons aspiré les données du site pour l'ensemble des médecins de quatre spécialités :

- Médecins généralistes ;
- Ophtalmologistes ;
- Gynécologues ;
- Pédiatres.

Outre les généralistes, nous avons retenu pour notre analyse trois spécialités d'accès direct, c'est à dire non conditionné au passage préalable chez le médecin traitant.

A travers l'étude exhaustive de la localisation des médecins et des tarifs pratiqués pour ces quatre spécialités, l'UFC-Que Choisir a mis au point une cartographie de l'offre médicale sur le territoire, commune par commune, en tenant compte de la capacité financière des usagers à se soigner.

b) Une méthodologie basée sur une estimation fine de l'offre comme de la demande de soins

Pour réaliser son étude, l'UFC-Que Choisir a déterminé une méthodologie d'analyse géographique de l'accès aux médecins libéraux. Notre méthode a cherché à affiner à la fois la définition de l'offre disponible et celle de la demande potentielle.

Définition de l'offre disponible

Notre analyse a pour matière première les données disponibles sur l'annuaire santé de l'Assurance maladie, qui renseigne sur la localisation et le prix des médecins libéraux (généralistes et spécialistes).

¹ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-acces-aux-soins-l-ufc-que-choisir-presente-la-carte-de-l-intolérable-fracture-sanitaire-n11941/>

² <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

³ Pour les médecins généralistes, un complément d'acquisition, mineur, a été effectué en mai 2016

Nous avons ainsi constitué une base exhaustive des praticiens exerçant en libéral⁴ dans les quatre spécialités étudiées. Pour chacun, nous avons relevé le prix le plus fréquemment demandé pour une consultation simple. Quand seulement une fourchette de tarifs était indiquée, nous avons retenu la moyenne entre la borne basse et la borne haute indiquées. Lorsqu'aucune information tarifaire n'était pas disponible pour un médecin, nous avons considéré comme tarif la moyenne pratiquée dans son département d'exercice par les médecins de même spécialité et de même secteur (secteur 1, secteur 2⁵, Contrat d'accès aux soins).

Nous avons par ailleurs voulu tenir compte du temps de présence du médecin sur le cabinet étudié (un médecin pouvant exercer dans différents lieux). C'est pourquoi, lorsqu'un médecin compte plusieurs lieux d'exercice, nous avons réparti son temps de présence, de manière égale, entre ses différentes localisations.

Définition de la demande de soins

Tous les Français n'ont pas les mêmes besoins de soins, selon leur âge et leur sexe. C'est pourquoi nous avons, pour chaque spécialité, pondéré différemment les différentes catégories de population (selon l'âge et, quand cela était possible, le sexe) en fonction des besoins moyens de cette catégorie, par rapport à la moyenne de la population entière. Par exemple, pour les médecins généralistes, un homme de 15 à 29 ans compte dans notre analyse pour 0,64, tandis qu'entre 60 et 74 ans, il compte pour 1,56.

Pour ce retraitement, nous avons utilisé différentes sources, pour connaître les variations de recours aux soins selon la catégorie : la DREES, l'INSEE, l'IRDES, le HCAAM et le CNGOF.

Ainsi, pour chacune des 36 000 communes françaises, ont été établies quatre populations cibles, qui représentent au mieux la demande de soins réelle pour les généralistes, les gynécologues, les pédiatres et les ophtalmologistes.

Détermination du territoire géographique pertinent

Pour parvenir à une représentation la plus fidèle possible de l'offre de médecins disponible sur un territoire, nous avons tenu compte, pour chaque commune, des praticiens installés jusqu'à 30 minutes de route pour les généralistes, et jusqu'à 45 minutes pour les spécialistes. En outre, puisqu'un médecin installé à proximité représente une offre potentielle supérieure à celle d'un médecin exerçant loin, nous avons affecté à chaque médecin, en regard de chaque commune, un coefficient qui, égal à 1 pour un médecin au sein ou très proche de la commune étudiée, décroît progressivement avec l'augmentation du temps de trajet.

Pour cette pondération, il a été tenu compte des différences de comportement selon les zones, puisque des temps de trajet longs pour consulter un médecin sont plus courants dans des zones rurales que dans les zones denses. Les barèmes ont ainsi été adaptés selon que la commune appartient à une unité urbaine (telle que définie par l'INSEE) de plus de 50 000 habitants, à une unité urbaine de moins de 50 000 habitants, ou que la commune n'appartient pas à une unité urbaine. Par ailleurs, un barème spécifique a été établi pour chaque spécialité traitée.

⁴ Les médecins salariés par un établissement de santé ne sont pas recensés par l'annuaire santé de l'Assurance maladie, et ne sont par conséquent pas pris en compte dans notre étude

⁵ Incluant les médecins de secteur 1 avec droit permanent à dépassement. Cette convention s'applique à toutes les mentions du secteur 2 dans nos résultats.

Un calcul des indicateurs d'accès aux soins en deux temps

Une fois collectés les différents éléments concernant l'offre de soins, la demande de soins et la pondération liée au temps de trajet, nous avons calculé, par commune, douze indicateurs d'accès aux soins. La méthode de calcul est dérivée de la méthode APL (accessibilité potentielle localisée) mise au point par l'IRDES⁶ à partir de travaux anglo-saxons.

Etape 1 : indicateur de disponibilité des médecins

Pour chaque commune :

1. Les médecins présents sur la commune ont été sommés, en tenant compte de leur éventuelle présence dans différents lieux d'exercice.
2. Les populations qui peuvent avoir recours au médecin, c'est-à-dire la population (pondérée pour chaque spécialité en fonction des critères d'âge et de sexe) des communes comprises dans la zone de proximité, ont été cumulées. La population des communes a été pondérée en fonction de l'éloignement.
3. Le rapport des deux valeurs a été calculé.

Etape 2 : indicateur d'offre de soins

Pour chaque commune, les indicateurs de disponibilité des médecins, pour les communes appartenant à la zone isochrone de proximité de la commune étudiée, ont été additionnés. Les indicateurs de disponibilité ont été pondérés en fonction de l'éloignement en temps de trajet par la route.

Ces calculs ont permis de définir une densité de médecins disponibles pour 100 000 habitants « cibles » (par exemple, les enfants de moins de six ans pour les pédiatres).

Nous avons réalisé ces calculs dans douze configurations. En effet, pour chacune des quatre spécialités étudiées, nous avons calculé l'accès aux soins en tenant compte de l'ensemble des médecins, puis des seuls médecins dont le tarif est au maximum de 40 % supérieur au tarif de la sécurité sociale, et, enfin, uniquement des médecins exerçant sans dépassement d'honoraires.

c) Classification des communes selon leur situation d'accès aux soins

Une fois les trois indicateurs calculés pour chacune des quatre spécialités, nous avons classé les communes en cinq catégories, pour permettre l'identification des situations problématiques. Conformément à la méthode retenue par les pouvoirs publics pour identifier les déserts médicaux⁷, nous avons travaillé relativement à la densité nationale pour chacune des spécialités. Ainsi, nous avons établi la classification suivante :

⁶ <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

⁷ http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0078.pdf

Classification UFC – Que Choisir	Densité médicale
Désert médical	Au moins 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès difficile aux médecins	Entre 30 % et 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès satisfaisant aux médecins	Entre la moyenne nationale et 30 % en-dessous
Offre abondante de médecins	Entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus
Offre surabondante de médecins	Au moins 30 % au-dessus de la moyenne nationale

Pour notre classification, nous avons durci le critère de densité par rapport à la méthode retenue par les pouvoirs publics. Ainsi, alors que le Ministère de la santé considère qu'un territoire est un désert médical quand, au-delà d'une activité soutenue des médecins, leur densité par rapport à la population est de 30 % inférieure à la moyenne nationale, nous avons doublé ce seuil, en ne considérant comme désert médical que les territoires dont la densité est 60 % inférieure à la moyenne.

2. Auscultation de la fracture sanitaire en 2016

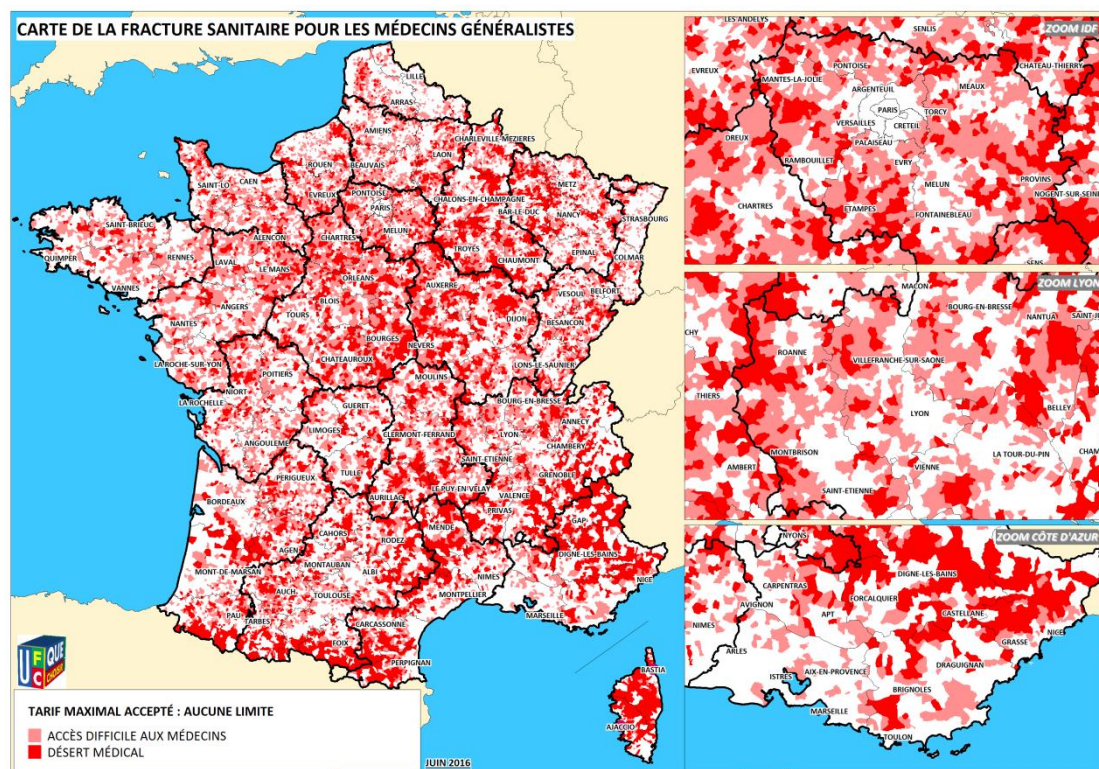
Notre étude exclusive permet de dresser un état des lieux d'une grande finesse de l'accès aux soins, commune par commune et tenant compte à la fois des spécificités de l'offre de soins de ville comme de celles de la demande de soins.

a) Accès géographique aux soins : jusqu'à 20 millions de Français ont un accès restreint aux soins

Dans un premier temps, notre analyse se concentre sur l'accès géographique aux soins, c'est-à-dire que tous les médecins disponibles sur un territoire sont pris en compte, quel que soit leur tarif. Sous cet angle géographique, jusqu'au tiers des Français, selon la spécialité, a un accès restreint aux soins, avec une situation plus dégradée pour les spécialistes que pour les médecins généralistes.

Médecine générale en ville : près de 15 millions de Français ont des difficultés pour consulter un médecin de famille

Ce sont 14,6 millions de Français, soit 23 % de la population métropolitaine, qui, en 2016, éprouvent des difficultés pour consulter un médecin généraliste à moins de 30 minutes de route de leur domicile. Parmi eux, 5 % (soit 3,2 millions d'usagers) vivent même dans un désert médical.



Les médecins généralistes demeurent encore largement répartis sur le territoire. Toutefois, les zones rurales, notamment montagneuses (Massif Central, Pyrénées, Alpes, Corse), connaissent de réelles difficultés d'accès, ainsi que plus généralement le centre du pays.

Médecins spécialistes : un Français sur trois confronté à une offre insuffisante en médecine libérale

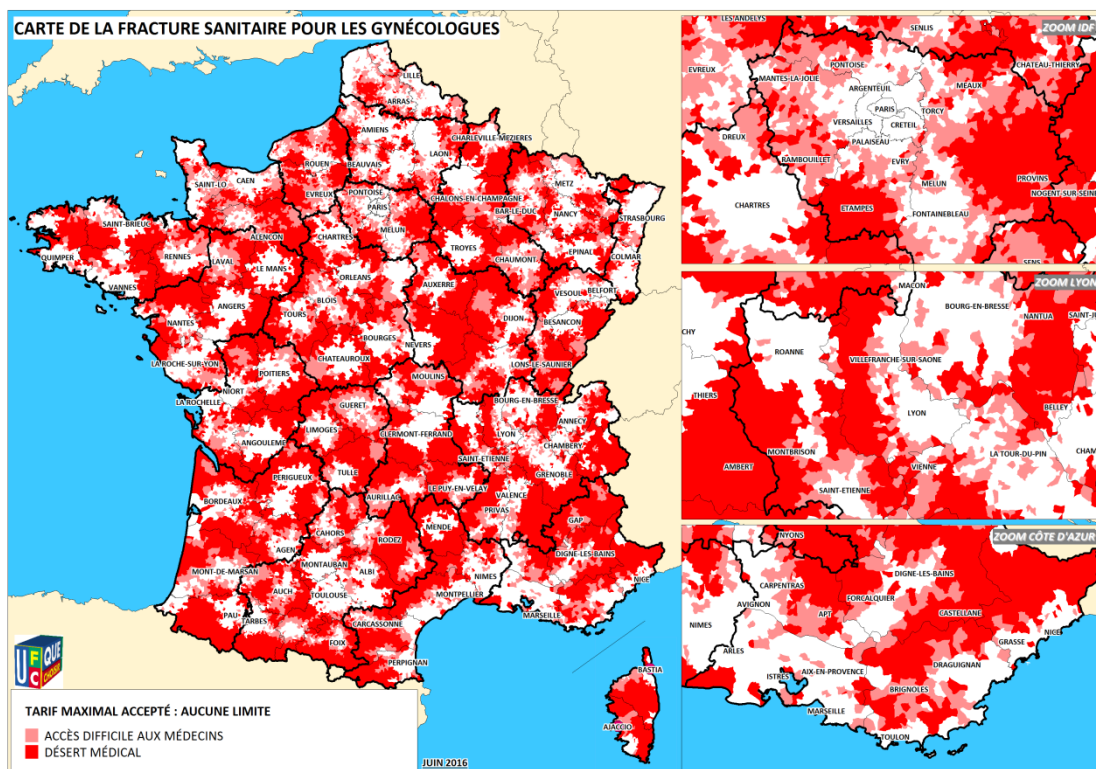
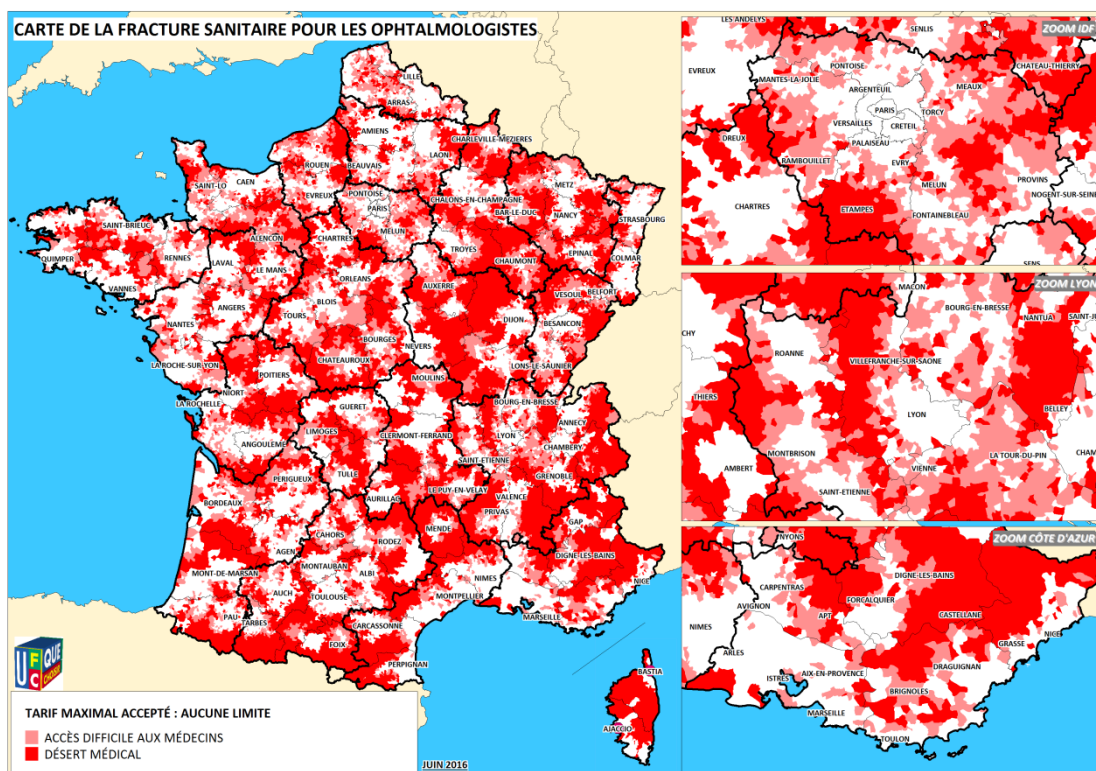
La situation est encore plus dégradée pour les spécialistes étudiés.

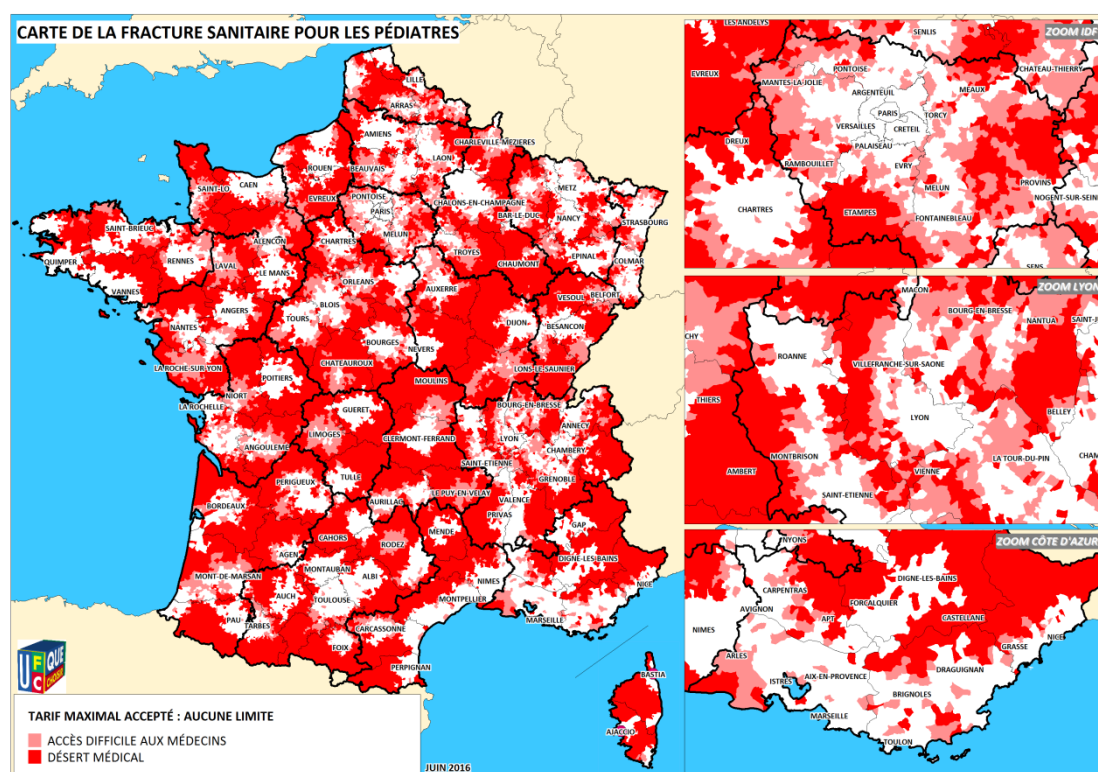
Population vivant dans une commune avec un accès géographique aux soins restreint

Spécialités	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total
Ophtalmologistes	12 % (7,4 M de personnes)	16 % (10,3 M de personnes)	28 % (17,7 M de personnes)
Gynécologues	15 % (9,5 M de personnes)	15 % (9,6 M de personnes)	30 % (19,1 M de personnes)
Pédiatres	19 % (12,1 M de personnes)	14 % (9 M de personnes)	33 % (21,1 M de personnes)

Source : UFC – Que Choisir, à partir de données Assurance Maladie

Alors même que le trajet maximal retenu pour consulter un spécialiste est plus élevé (45 minutes par la route, contre 30 pour les généralistes), c'est jusqu'à 21,1 millions de personnes, soit un tiers de la population (pour les pédiatres), qui peinent à trouver un spécialiste. Dans le même temps, 19,1 millions de personnes ont un accès restreint aux gynécologues, et 17,7 millions aux ophtalmologistes. Pour les déserts médicaux au sens strict, entre 12 % et 19 % de la population (7 à 12 millions d'utilisateurs) est concernée.





Comme cela apparaît nettement sur les cartes, la situation d'accès géographique est plus critique pour les médecins spécialistes étudiés que pour les généralistes. Concernant les pédiatres, la concentration géographique est très nette, dans les grandes villes et les préfectures des départements moins peuplés. Des régions entières, notamment dans le centre et le sud-ouest de la France, sont en désert médical pour cette spécialité.

L'accès aux gynécologues suit la même tendance que pour les pédiatres, avec toutefois des déserts le plus souvent moins étendus. Enfin, les ophtalmologistes demeurent, des trois spécialités, celle qui est la mieux répartie (avec notamment une relative bonne couverture de l'ouest du pays), même si des territoires entiers en manquent (Pyrénées, sud du Massif Central, centre-est).

b) Accès aux soins sans dépassement d'honoraires : une gageure pour les spécialistes

Concernant l'accès aux médecins sans dépassement d'honoraires, la situation se détériore très nettement, en particulier pour les spécialistes.

**Population vivant dans une commune avec un accès aux soins
sans dépassement d'honoraires restreint**

Spécialités	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total	Ecart par rapport à l'accès géographique
Généralistes	6 % (4 M de personnes)	24 % (14,9 M de personnes)	30 % (18,9 M de personnes)	+ 7 points (+ 4,2 M de personnes)
Pédiatres	29 % (18,1 M de personnes)	16 % (10,4 M de personnes)	45 % (28,5 M de personnes)	+ 12 points (+ 7,4 M de personnes)
Gynécologues	55 % (34,7 M de personnes)	27 % (17,2 M de personnes)	82 % (51,9 M de personnes)	+ 52 points (+ 32,8 M de personnes)
Ophtalmologistes	49 % (30,9 M de personnes)	34 % (21,8 M de personnes)	83 % (52,7 M de personnes)	+ 55 points (+ 35 M de personnes)

Source : UFC – Que Choisir, à partir de données Assurance Maladie

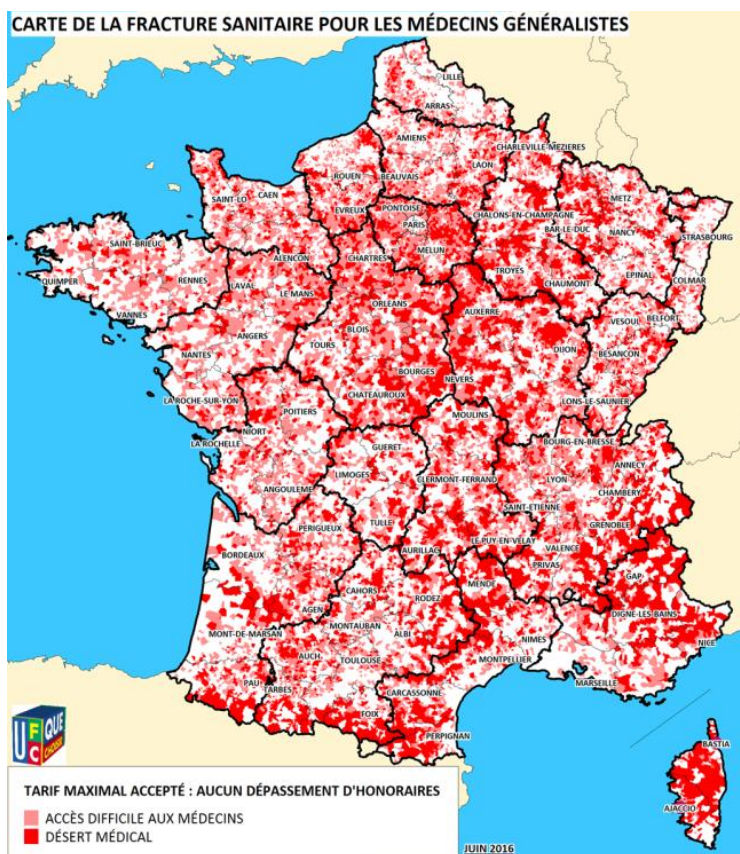
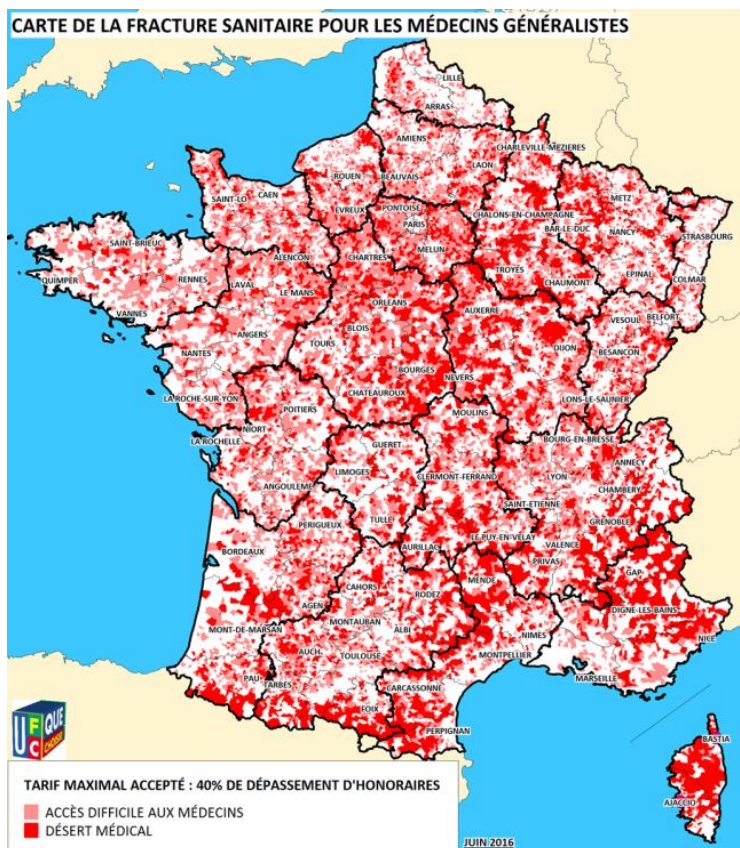
Ainsi, si la situation se dégrade relativement peu pour les généralistes (30 % de la population vit dans une zone où l'offre au tarif de la sécurité sociale est insuffisante, contre 23 % pour tous les tarifs), il en est tout autre pour les spécialistes. 45 % de la population manque de pédiatres sans dépassement d'honoraires (contre 33 % pour un critère purement géographique), et ce sont plus de 8 Français sur 10 qui subissent un manque de gynécologues et d'ophtalmologistes au tarif opposable. Plus de la moitié des Français basculent ainsi d'un accès satisfaisant à un manque de professionnels de santé, dès lors que l'on regarde la seule offre au tarif de la sécurité sociale.

Pire, les communes qui connaissent un réel désert médical d'offre de soins au tarif de la sécurité sociale hébergent 29 % de la population pour les pédiatres, et autour de la moitié des Français pour les ophtalmologistes (49 %) et les gynécologues (55 %).

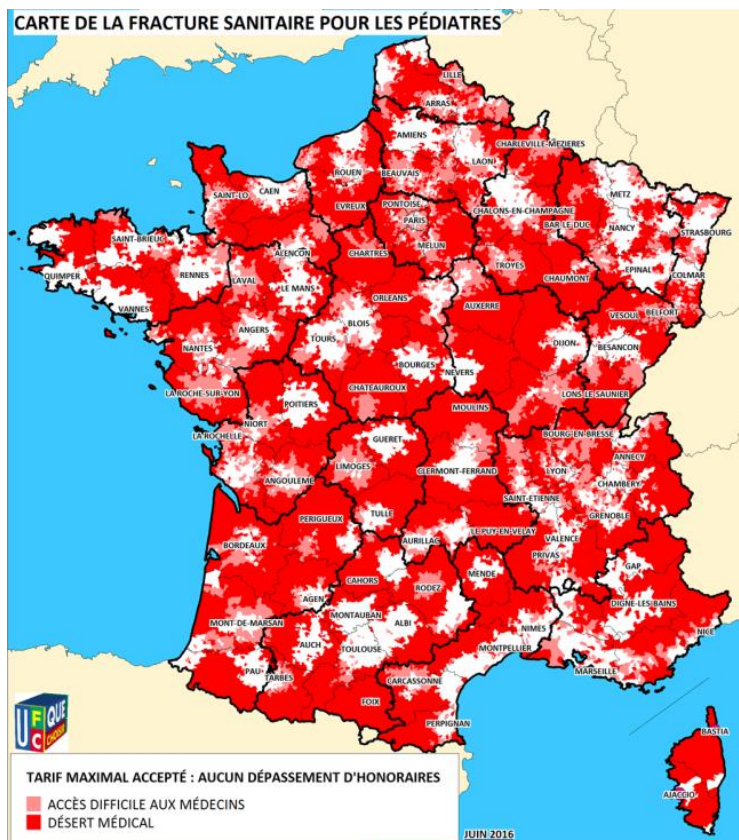
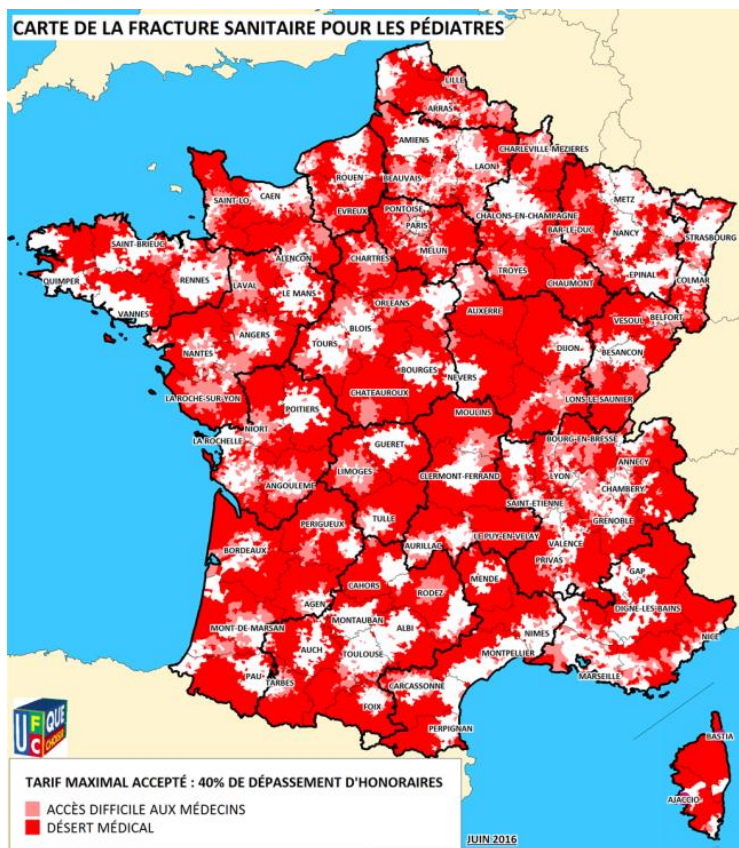
Cartographie de l'accès aux soins sans dépassement d'honoraires

Ces tendances se retrouvent sur les cartes, qui présentent successivement l'offre disponible avec au maximum un taux de dépassements d'honoraires de 40 %, puis la seule offre au tarif de la sécurité sociale.

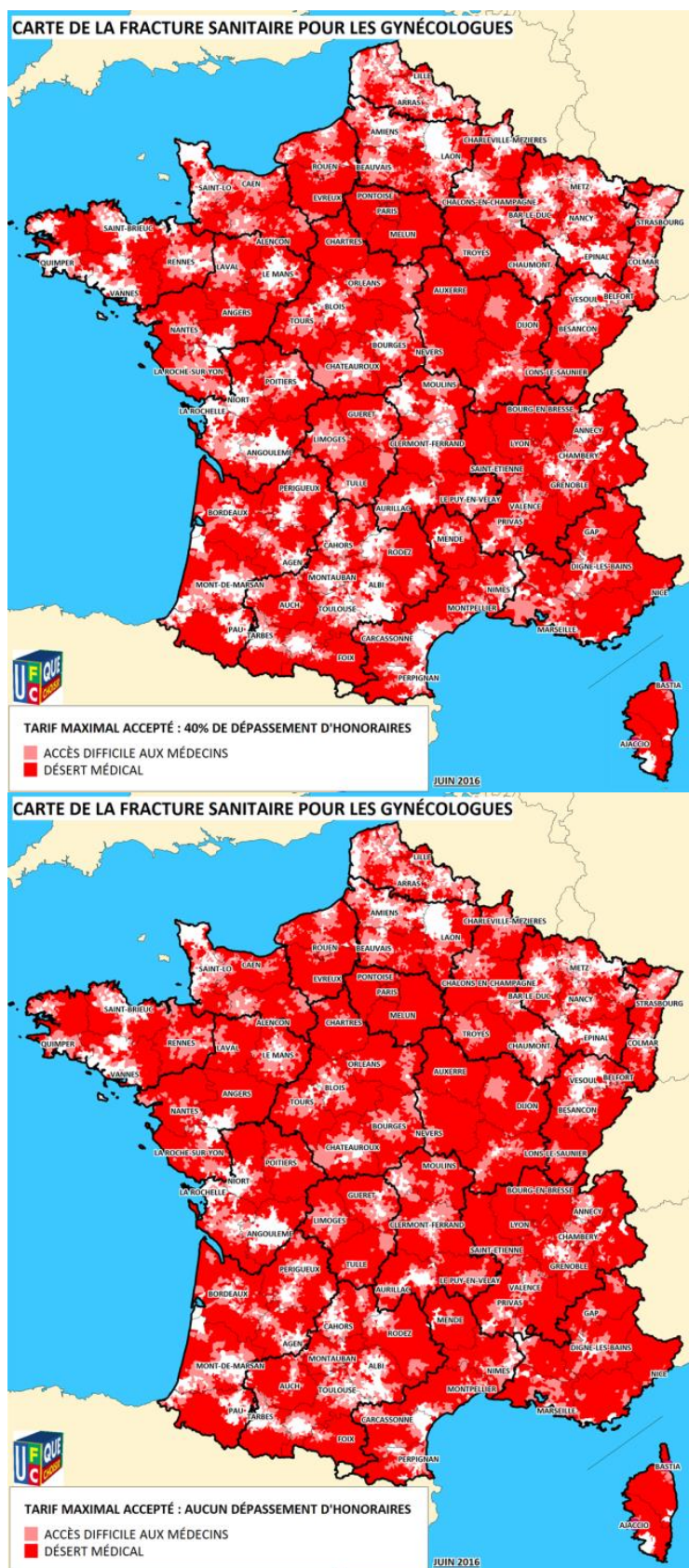
Généralistes



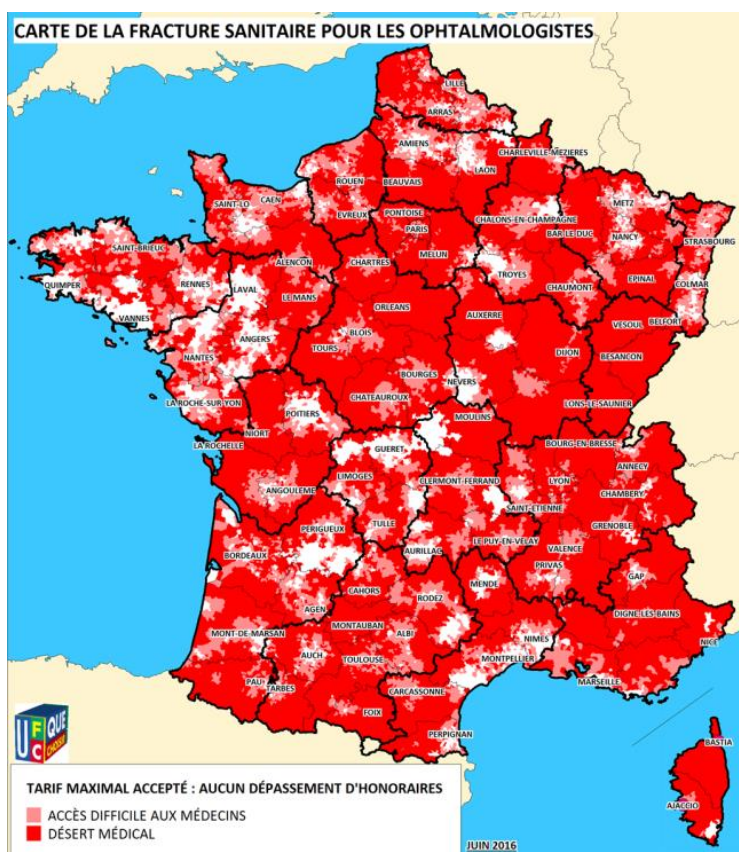
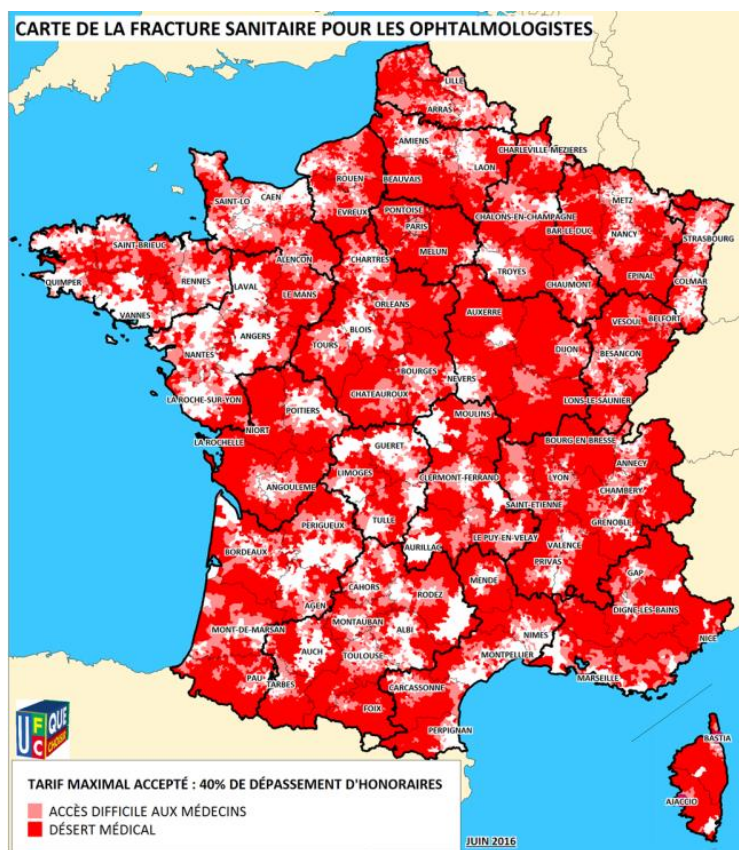
Pédiatres



Gynécologues



Ophtalmologistes



La comparaison avec les cartes axées sur le seul critère géographique (où tous les médecins sont pris en compte) est éclairante : l'accès aux soins recule là où les dépassements d'honoraires progressent. Les territoires où l'offre au tarif de la sécurité sociale est suffisante pour couvrir les besoins de la population (en blanc sur les cartes) sont rares pour les spécialistes. Si l'accès aux pédiatres sans dépassement reste possible dans la plupart des grandes villes, les gynécologues et ophtalmologistes sans dépassements sont denrée rare sur tout le territoire, y compris les grandes agglomérations. Seule une partie de l'ouest et du sud-ouest du pays sont correctement couverts, ainsi que certaines zones du nord et de l'est pour les gynécologues.

Désert des villes et désert des champs

Ce qui est frappant à l'étude des cartes d'accès aux soins de spécialistes sans ou avec peu de dépassements d'honoraires, c'est les difficultés rencontrées dans les zones denses. En effet, dans ces agglomérations, si l'offre médicale est abondante, l'offre au tarif de la sécurité sociale pour les spécialistes en ville est rare, et très insuffisante pour couvrir les besoins.

La typologie des déserts n'est pas la même selon les territoires. Désert absolu dans les zones sous-dotées, désert pour qui ne peut pas honorer les dépassements d'honoraires exigés dans les agglomérations sur-dotées. Mais dans tous les cas, ce sont plus de 8 Français sur 10 (pour les ophtalmologistes et les gynécologues) qui sont confrontés à l'une de ces deux facettes de la fracture sanitaire.

Pour les Français sans complémentaire santé, ou mal couverts par celle-ci pour les dépassements d'honoraires, la situation est donc très critique pour accéder aux médecins spécialistes en ville.

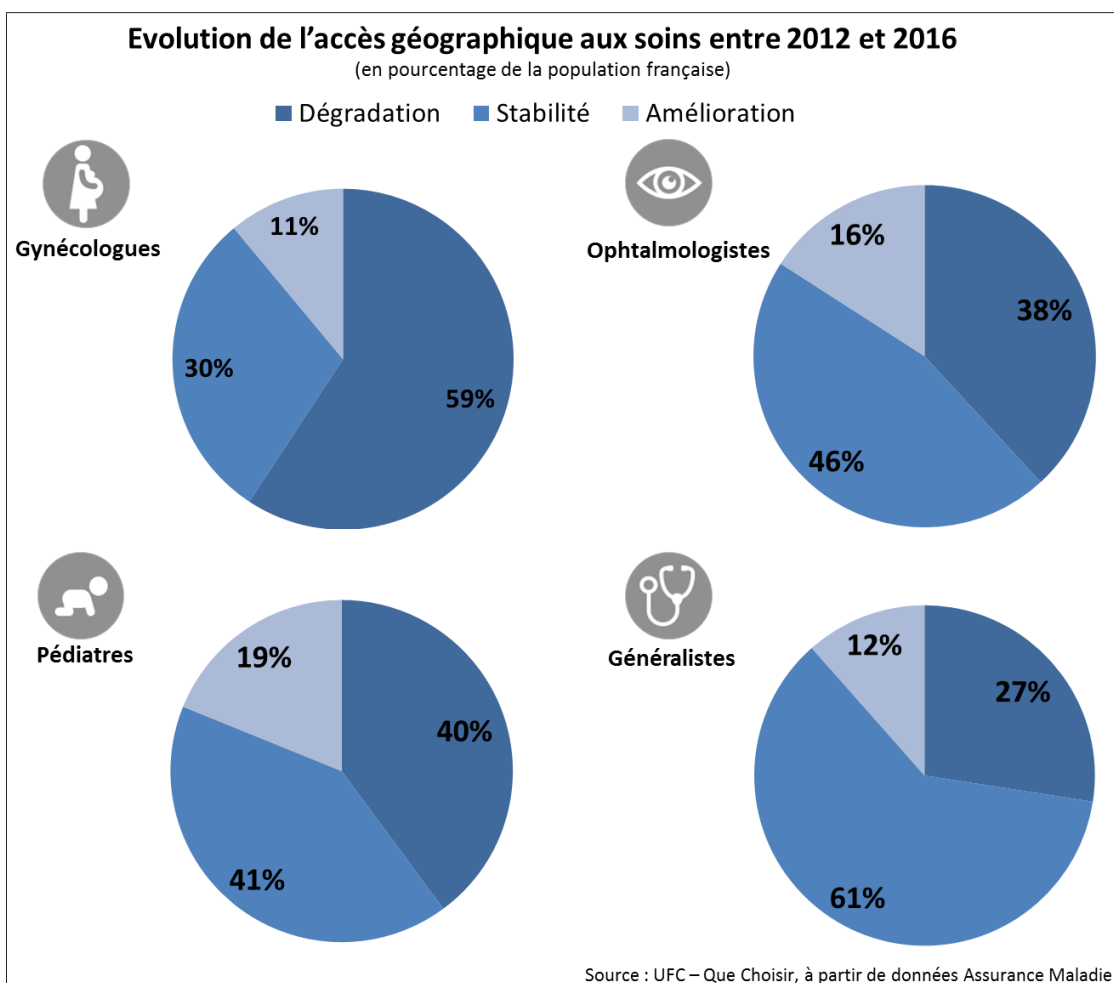
3. L'accès aux soins s'est dégradé en quatre ans pour plus de 30 millions de Français

La situation de l'accès géographique et financier aux soins de ville en 2016 est, on l'a vu, particulièrement préoccupante. Mais comment a-t-elle évolué depuis 2012 ? Pour chaque commune de France, nous avons analysé la variation de l'accès aux soins, pour savoir s'il s'était amélioré, stabilisé, ou dégradé. Nous avons considéré qu'une commune a vu son accès aux soins s'améliorer pour une spécialité si son indice s'est accru d'un niveau équivalent à au moins 5 % de l'indice moyen national, et inversement pour la dégradation⁸.

⁸ Pour assurer la significativité des évolutions, nous n'avons en outre pris en compte que les évolutions supérieures à 5 % par rapport à l'indice de la commune en 2012

a) Evolution de l'accès géographique aux soins

Sur le seul aspect géographique, seulement 11 % à 19 % des Français ont vu leur situation s'améliorer depuis 2012.



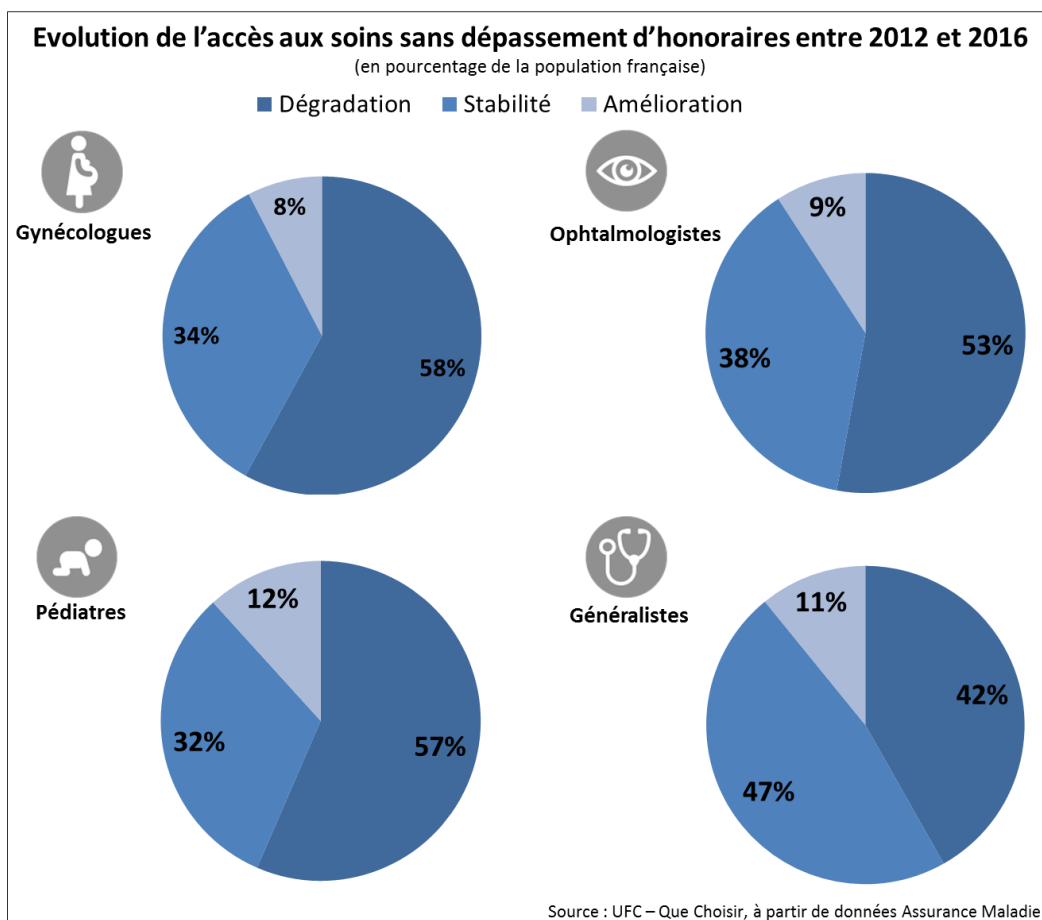
Pour les médecins généralistes, plus du quart des Français (27 %) a subi une dégradation de son offre de soins en quatre ans. Pour 61 %, la situation est restée stable, et 12 % des usagers ont constaté une amélioration de l'offre médicale disponible.

Sans surprise, la situation est plus critique pour les médecins spécialistes. Pour 4 Français sur 10, l'accès aux soins s'est dégradé pour les ophtalmologistes et les pédiatres, et cette inquiétante proportion monte à 59 % pour l'accès aux gynécologues !

Ces constats sont d'autant plus alarmants que cette évolution s'est produite en seulement 4 ans. Les départs en retraite non remplacés, et les dynamiques démographiques de certains territoires, ont changé la donne sur une période courte.

b) Evolution de l'accès géographique et financier aux soins

Si l'on considère maintenant la seule offre de soins au tarif de la sécurité sociale, la dégradation de l'accès aux soins est encore plus rapide.



Ainsi, quelle que soit la spécialité considérée (généralistes mis à part), c'est plus de la moitié des Français (53 % pour les ophtalmologistes, 57 % pour les pédiatres et 58 % pour les gynécologues) qui a subi une diminution de son accès à des soins exempts de dépassements d'honoraires. Environ un tiers des Français n'a pas vu sa situation évoluer (près de la moitié pour les généralistes), et seulement un sur dix a vu son accès aux soins sans dépassement d'honoraires s'améliorer en quatre ans.

Qu'il s'agisse de la situation en 2016, ou de l'évolution depuis 2012, l'accès aux soins des usagers qui ne peuvent financièrement pas faire face aux dépassements d'honoraires demandés en médecine de ville est systématiquement plus dégradé que pour les consommateurs sans contrainte financière. Cela confirme que la fracture sanitaire n'est pas seulement géographique, mais bel et bien géographique et financière.

Etudiée sur toute la France, et pour quatre spécialités (généralistes, pédiatres, ophtalmologistes, gynécologues), la fracture sanitaire est d'abord géographique. 15 millions de personnes manquent de généralistes à moins de 30 minutes de leur domicile, et jusqu'à 20 millions pour les spécialistes (45 minutes de trajet maximum). Mais les problèmes d'accès sont aussi financiers. Si l'on doit se tourner vers un médecin qui ne pratique pas de dépassement d'honoraires, l'offre se réduit drastiquement, et 80 % de la population vit dans une zone déficitaire en ophtalmologistes ou gynécologues de secteur 1.

En quatre ans, la situation s'est dégradée pour plus de 30 millions de Français, spécialement pour l'accès aux spécialistes sans dépassements d'honoraires. La première cause de cette dégradation est géographique, comme nous allons le voir.

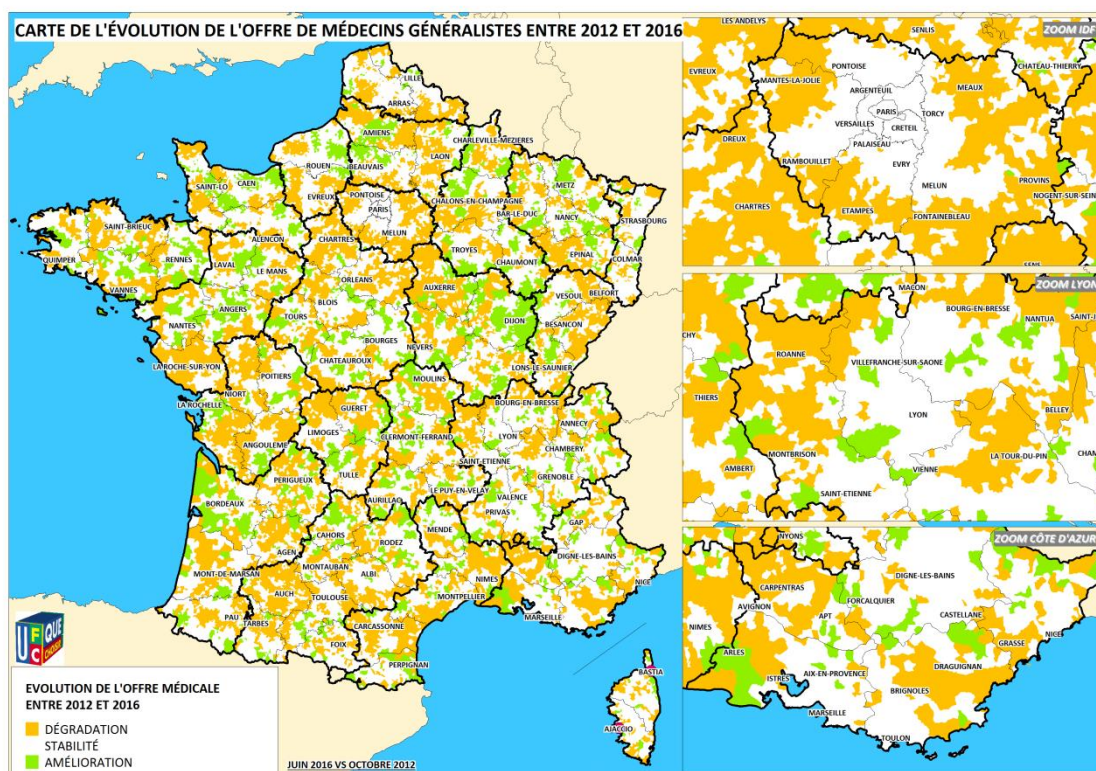
Première explication : la répartition géographique des médecins se dégrade

La première explication à l'aggravation de la fracture sanitaire au cours des quatre dernières années est géographique. Les mouvements de désertification médicale de territoires entiers, déjà à l'œuvre depuis plusieurs années, ont continué, faute d'une action résolue des pouvoirs publics pour en venir à bout.

1. Cartographie d'un recul de l'offre de soins

Ainsi, nous avons représenté sur les cartes ci-dessous l'évolution de l'accès aux soins entre 2012 et 2016, sur l'aspect géographique (tous les médecins sont pris en compte, quel que soit leur tarif).

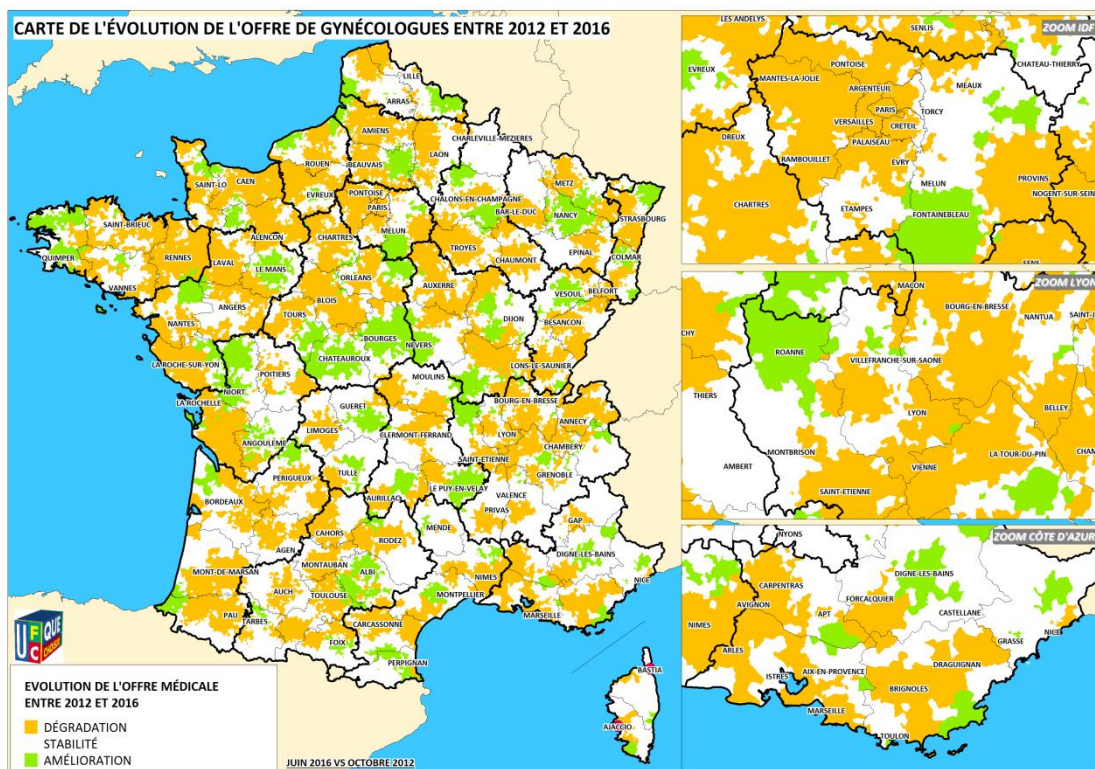
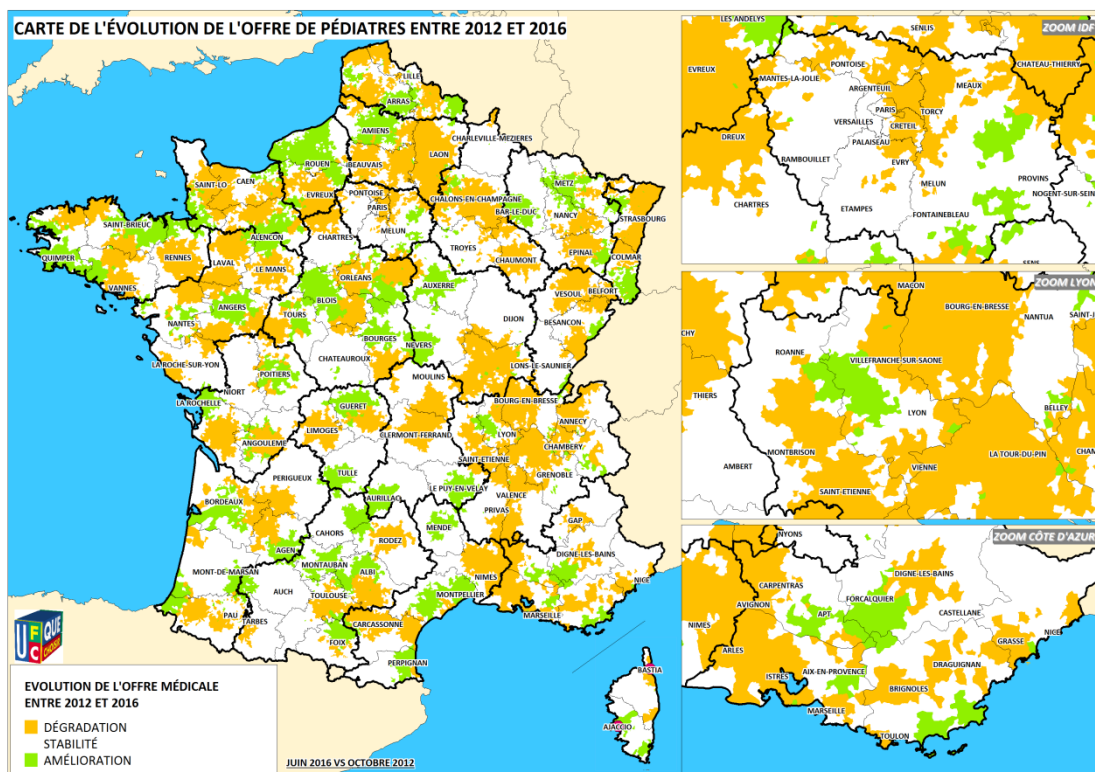
a) Réduction de l'offre de médecins généralistes : aucune région épargnée

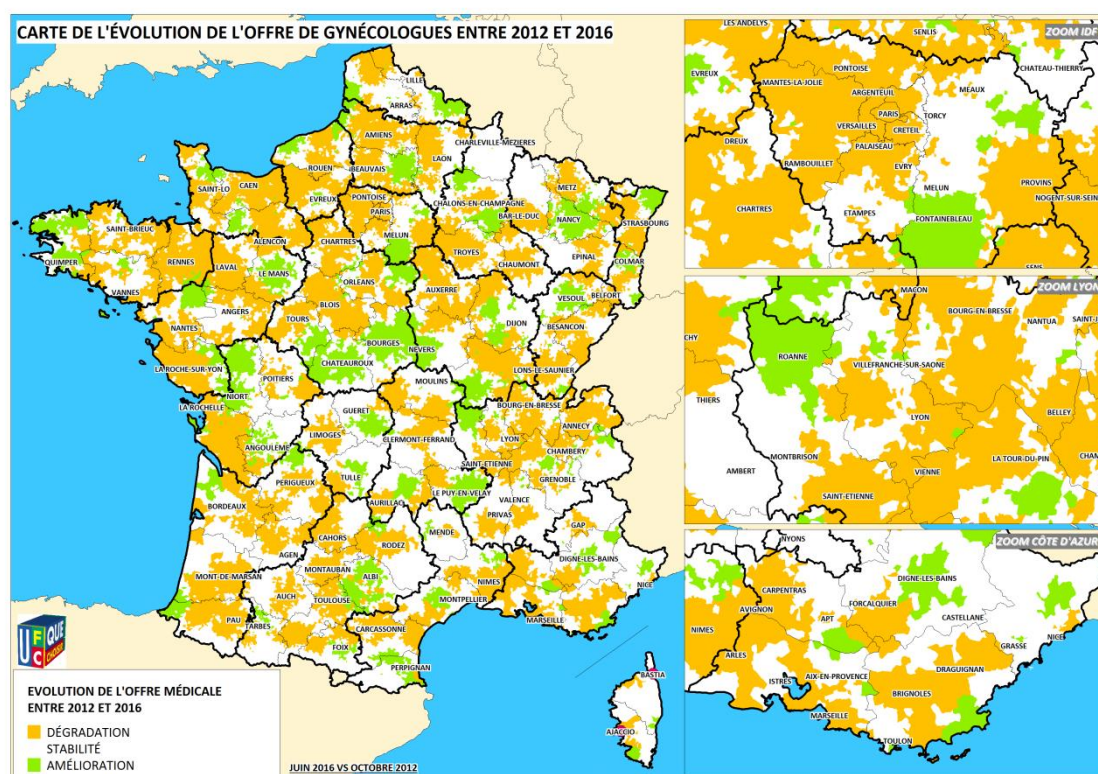


Concernant les médecins généralistes, on constate que toutes les régions de France ont connu, sur une partie de leur territoire, une réduction de l'offre de médecins généralistes, y compris la grande banlieue parisienne. Le sud-est (Rhône-Alpes, PACA), le Nord-Pas de Calais et l'Alsace sont moins concernés. Dans certaines poches, l'offre s'est même améliorée.

b) Médecins spécialistes : inquiétudes sur l'accès aux gynécologues

Pour les médecins spécialistes, les tendances sont différentes selon la spécialité étudiée.





La carte des pédiatres peut sembler plus claire que les autres, donc plus positive. En réalité, si une grande partie de la représentation graphique est blanche, c'est que l'offre pédiatrique est concentrée dans les villes, et la situation des campagnes, déjà largement dépourvues de pédiatres, n'a donc pas évolué. Il est toutefois notable que plusieurs agglomérations ont vu leur offre pédiatrique s'améliorer, comme Rouen ou Bordeaux, mais aussi des villes moins peuplées comme Aurillac ou Moulins. Toutefois, de nombreux territoires ont vu leur accès décliner, notamment l'est parisien.

Concernant l'ophtalmologie, la situation est contrastée selon les régions. Une large part du pays, y compris dans les grandes villes, a subi une baisse marquée de son accès aux ophtalmologistes. Quelques territoires tirent toutefois leur épingle du jeu, dans le nord ou l'ouest notamment.

C'est enfin pour les gynécologues que la tendance est la plus préoccupante. Si quelques agglomérations ont vu leur offre s'améliorer (Bourges, Nancy, Roanne ou Le-Puy-en-Velay), la moitié nord du pays subi une baisse très marquée de son accès aux soins. Il est à ce titre notable que Paris et la quasi-totalité des départements de première couronne sont touchés.

2. L'impasse des logiques strictement incitatives

a) L'échec de la politique de « saupoudrage incitatif »

Les usagers paient ici le prix d'une politique de « saupoudrage incitatif », pour convaincre les médecins de s'installer là où ils manquent. Celle-ci est incarnée par deux mesures de lutte contre les déserts médicaux adoptées dans la convention médicale de 2011⁹.

« L'option démographie », effet d'aubaine

La première mesure, appelée « option démographie », consiste en diverses aides financières aux médecins exerçant en zone dite « fragile », et en groupe ou en pôle de santé. Cette option a été souscrite par 2075 médecins (qui représentent 54 % de la cible), pour une aide moyenne de plus de 15 000 €.

Là où le bât blesse, c'est ce que seulement 10 % des adhérents sont de nouveaux installés, et que ceux-ci ont reçu en moyenne une aide un quart inférieure aux praticiens déjà installés (11 400 €, contre 15 600 €). L'option démographie est ainsi un exemple typique d'effet d'aubaine, où une aide publique profite d'abord aux professionnels en place (qui n'auraient pas déménagé sans elle), sans inverser la tendance des installations trop rares.

« L'option santé solidarité territoriale », 28 bénéficiaires

Autre tentative de limiter la désertification médicale, « l'option santé solidarité territoriale » donne la possibilité à des médecins installés en zone dense d'effectuer des vacations en zone fragile, au minimum 28 jours par an. En contrepartie, l'Assurance maladie prend à sa charge les frais de déplacement des médecins, et majore de 10 % leurs honoraires.

Cette option n'a été souscrite que par 28 médecins, dont 12 seulement ont rempli leurs engagements.

b) Le nécessaire encadrement de la liberté d'installation

Année après année, plans après plans, millions d'euros après millions d'euros, les déserts médicaux s'étendent au lieu de se réduire. Qu'il s'agisse des résultats de notre étude ou du bilan chiffré des mesures actuelles, tout indique que la logique actuelle, reposant sur la seule incitation financière, ne permettra pas de résorber la fracture sanitaire.

Pour inverser la tendance, il est aujourd'hui nécessaire de prendre la pleine mesure de la situation vécue par les usagers des zones sous-dotées, pour qui le recours aux soins de ville relève trop souvent de la chimère. Devant l'échec répété des mesures incitatives, il est urgent de mettre en œuvre une politique plus contraignante, pour encadrer la liberté d'installation des médecins libéraux afin d'améliorer leur répartition sur le territoire.

Dès 2012, l'UFC-Que Choisir proposait un conventionnement sélectif des médecins : en zone sur-dotée, l'association propose que l'installation ne soit possible qu'en secteur 1. En parallèle, les aides publiques des professionnels installés en zone dense devraient être réduites. Ainsi, sans supprimer la liberté d'installation des médecins, ces mesures permettraient d'améliorer à la fois l'accès aux soins dans les zones sous-dotées, par l'installation de nouveaux médecins, et dans les zones denses, via l'arrivée de davantage de praticiens en secteur 1, aujourd'hui trop rares.

⁹ Source : « Projet d'orientations pour la négociation de la nouvelle convention médicale », UNCAM, janvier 2016

En quatre ans, la répartition sur le territoire national des médecins libéraux s'est détériorée. Ce recul a concerné toutes les régions. Pour les spécialistes, c'est l'accès géographique aux gynécologues qui a le plus reculé. De toute évidence, les politiques d'incitations financières accordées aux médecins pour les convaincre de s'installer dans les zones sous-dotées sont un échec.

Au-delà de l'angle géographique, la fracture sanitaire est aussi financière. L'accès aux soins est alors amoindri par la généralisation des dépassements d'honoraires, comme le montre la partie suivante.

Deuxième explication : la dérive sans fin des dépassements d'honoraires

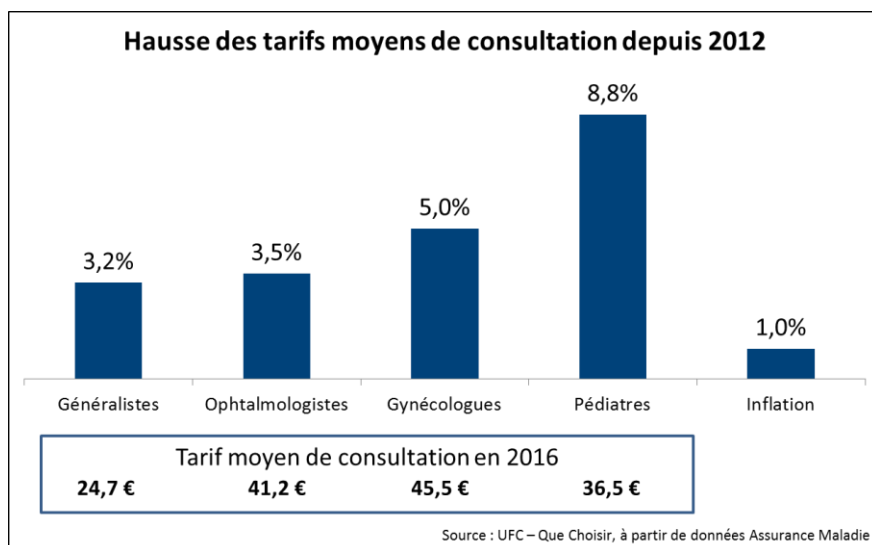
Les tarifs des médecins (consultations et actes techniques) sont fixés par négociation entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins, dans le cadre des relations conventionnelles. Pour autant, certains médecins ont la possibilité de déroger à ces tarifs de la sécurité sociale (dits aussi tarifs de convention), en pratiquant des dépassements d'honoraires. Les médecins qui respectent les tarifs de la sécurité sociale sont ceux exerçant en « secteur 1 », quand les médecins de « secteur 2 » (et également ceux en Contrat d'accès aux soins, voir infra) ont le droit de facturer des dépassements d'honoraires.

A partir des données collectées, notre étude montre l'inexorable progression des dépassements d'honoraires, que le Contrat d'accès aux soins, malgré un coût élevé, n'a pas permis de réguler.

1. Toujours plus de médecins facturent des dépassements d'honoraires en progression

Une progression des tarifs de consultation bien supérieure à l'inflation

Nos deux relevés exhaustifs de tarifs pour les quatre spécialités étudiées, en juillet 2012 et en février 2016, couvrent une période de temps suffisamment longue (3 ans et demi) pour être significative.



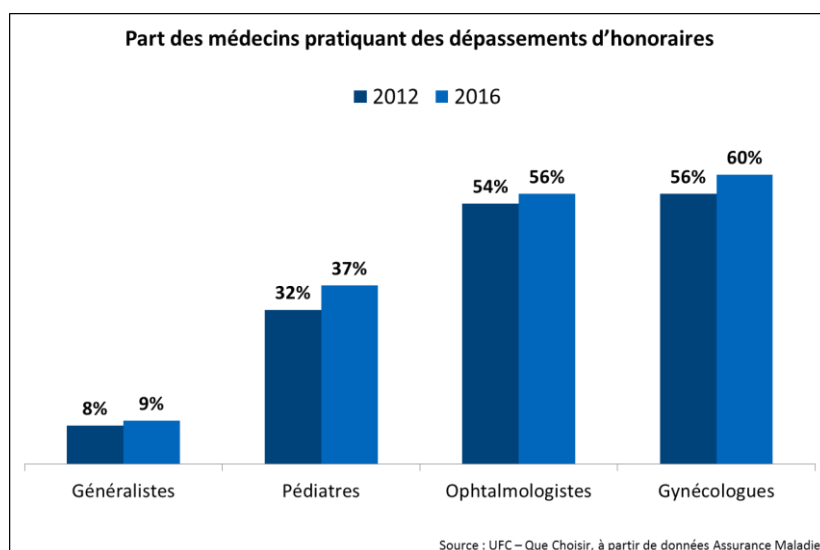
Le prix moyen d'une consultation a progressé, quelle que soit la spécialité, beaucoup plus vite que l'inflation, qui s'est élevée à 1 % sur la période¹⁰. Ainsi, la consultation moyenne chez un généraliste a progressé de 3,2 %, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, et de 5 % chez les gynécologues, soit cinq fois l'inflation. La palme revient aux pédiatres, dont la consultation moyenne a explosé (+ 8 %), bien qu'ils demeurent la moins chère des spécialités.

La progression des tarifs moyens a deux origines : la hausse du nombre de médecins pratiquant des dépassements et l'inflation du dépassement moyen.

¹⁰ Source : INSEE, Indice des prix à la consommation

De plus en plus de médecins réclament des dépassements d'honoraires

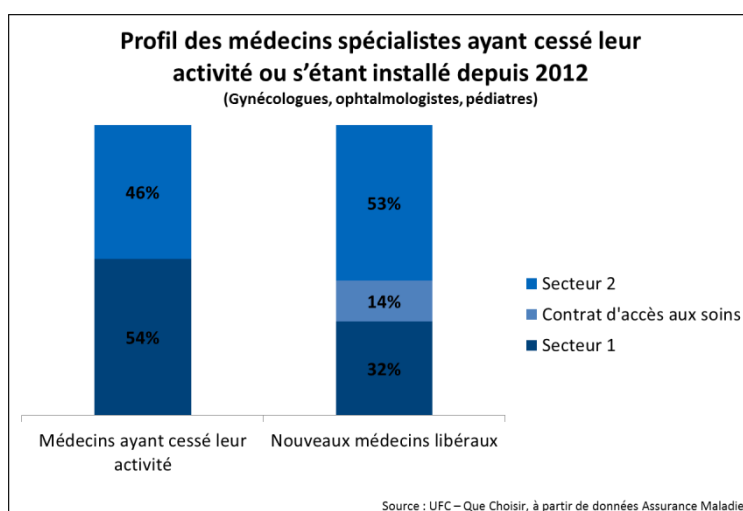
Pour toutes les spécialités, entre 2012 et 2016, la proportion des médecins en secteur 2 (ou Contrat d'accès aux soins) a progressé.



La part des médecins pratiquant des dépassements augmente, en 3 ans et demi, de deux points pour les ophtalmologistes, de quatre points pour les gynécologues et de cinq points pour les pédiatres. Chez les généralistes, où les dépassements sont moins répandus, la progression n'a été que de 1 point.

Avec ces augmentations, la situation demeure très contrastée entre spécialités. Alors qu'une majorité de gynécologues (60 %) et d'ophtalmologistes (56 %) demandent des dépassements, ils sont 37 % chez les pédiatres, et seulement 9 % chez les généralistes.

Cette évolution résulte tout d'abord des différences de profils entre les médecins qui partent à la retraite et les jeunes qui les remplacent.

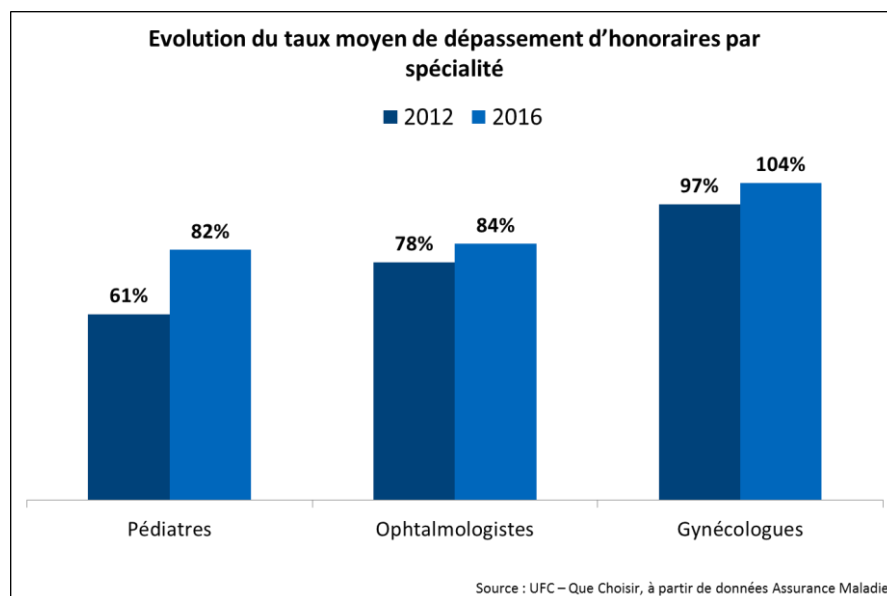


Ainsi, d'après les données collectées par l'UFC–Que Choisir, sur les trois spécialités étudiées (hors généralistes), alors que 46 % des médecins qui ont cessé leur activité entre 2012 et 2016 pratiquaient des dépassements d'honoraires, ce sont 68 % (+ 22 points) des nouveaux installés qui en facturent (54 % en secteur 2, 14 % en Contrat d'accès aux soins).

En outre, la possibilité donnée à certains médecins en secteur 1 d'accéder au Contrat d'accès aux soins, donc de facturer des dépassements (voir infra), a également fait reculer l'offre à tarif opposable.

Le dépassement d'honoraires moyen en forte hausse

Si plus de médecins pratiquent des dépassements, il est à noter que le montant moyen des dépassements les plus fréquemment demandés, tels que recensés sur le site de l'Assurance maladie, progresse en parallèle.



Ainsi, le taux de dépassement d'honoraires, pour les médecins qui en pratiquent, a progressé de six à vingt-et-un points selon les spécialités. Alors qu'en 2012, pour une consultation, un gynécologue demandait en moyenne 27,20 € de dépassement, celui-ci atteint désormais 29 € en 2016.

Cette forte inflation des tarifs moyens s'avère difficilement contrôlable. Ses deux sources (davantage de médecins pratiquent des dépassements plus élevés) se cumulent, et rendent illusoire d'inverser la tendance à partir de mesures uniquement facultatives et limitées, comme le Contrat d'accès aux soins.

2. Le dispendieux échec du Contrat d'accès aux soins

Signé en octobre 2012, l'avenant n°8 à la convention médicale de 2011¹¹ avait pour objectif la lutte contre les dépassements d'honoraires. A ce titre, il contenait comme mesure majeure l'instauration du Contrat d'accès aux soins (CAS), présenté par le gouvernement et l'Assurance maladie comme l'instrument principal de cette lutte. Le CAS est entré en vigueur au 1^{er} décembre 2013. Les données collectées et analysées par l'UFC–Que Choisir permettent d'en tirer un premier bilan, très critique.

¹¹

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026733742&categorieLien=i_d

a) Un dispositif mal conçu

Principes du contrat d'accès aux soins

Le contrat d'accès aux soins est un dispositif facultatif, ouvert aux médecins de secteur 2, ainsi qu'aux médecins de secteur 1 qui, à leur installation, auraient pu prétendre au secteur 2 en raison de leurs titres mais avaient fait le choix du secteur 1. Les médecins signataires du CAS s'engagent à deux choses :

- Ne pas augmenter leur tarif moyen, par rapport à l'année précédant leur adhésion, sachant que le taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'année ne peut dépasser 100 % (par exemple, 56 € pour une consultation de spécialiste à 28 €) ;
- Ne pas diminuer la part de leurs actes effectués sans dépassement d'honoraires sur l'année précédant leur adhésion.

En contrepartie, les médecins bénéficient de divers avantages, dont une prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie pour la part de leurs actes réalisée sans dépassement d'honoraires, et la revalorisation de certains tarifs.

Les raisons d'un échec prévisible

Dès septembre 2013, l'UFC-Que Choisir avait pointé les malfaçons du dispositif¹², qui ne se donnait pas les moyens de réellement diminuer les dépassements d'honoraires. En effet, par son mécanisme-même, l'action du CAS sur les dépassements existants ne peut être que limitée.

Le CAS concerne tout d'abord trop peu de médecins aux dépassements élevés. Etant facultatif, seuls les médecins pratiquant antérieurement des dépassements limités ont intérêt à adhérer, par effet d'aubaine. En revanche, le CAS a été ouvert à une partie des médecins secteur 1 (à ceux qui auraient pu prétendre au secteur 2 lors de leur installation), donnant ainsi la possibilité à davantage de médecins qu'auparavant de ne plus respecter les tarifs de la sécurité sociale !

En outre, pour les médecins signataires, les engagements sont limités. Ils ne sont tenus qu'à geler leurs dépassements (et non à les diminuer), et encore, uniquement en moyenne. Cela signifie que si la part des actes sans dépassement d'un médecin augmente (par exemple suite aux récentes obligations de facturer le tarif de la sécurité sociale pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé), il lui sera possible d'augmenter ses dépassements sur les autres patients, tout en affichant une conformité au contrat d'accès aux soins.

Enfin, il est à noter que le contrat d'accès aux soins ajoute une couche de complexité à la tarification des médecins de ville en France, au détriment de la bonne compréhension et de la prévisibilité indispensable pour les usagers. En effet, un usager doit maintenant jongler avec trois secteurs et deux cas de figure (au sein ou en dehors du parcours de soins coordonné), qui influent sur quatre variables : le tarif, le remboursement par l'Assurance maladie, le remboursement par la complémentaire santé, et enfin le reste à charge de l'usager.

¹² <https://www.quechoisir.org/dossier-de-presse-honoraires-des-medecins-specialistes-en-2013-les-bornes-sont-depassees-n11589/>

b) Une satisfaction officielle à nuancer

Ces derniers mois, l'Assurance maladie s'est félicitée de la réussite du Contrat d'accès aux soins, qui aurait « fait reculer les dépassements d'honoraires pour la première fois en 2013, et ce, après deux décennies d'augmentation continue »¹³.

En réalité, la situation est nettement plus contrastée. Car il est nécessaire de s'entendre sur les mots : quand l'Assurance maladie parle d'un recul des dépassements d'honoraires, elle évoque... le taux moyen de dépassement par rapport au tarif de la sécurité sociale pour les médecins qui en facturent. Ce taux a en effet reculé, passant de 55,4 % en 2012 à 54,1 % en 2014, et pour les spécialistes (qui sont les premiers concernés) de 56,9 % en 2012 à 55,1 % en 2014. Cela signifie qu'en moyenne, un médecin spécialiste en secteur 2 ou en CAS facturera une consultation simple 43,4 € en 2014¹⁴, contre 43,9 € deux ans plus tôt, soit une baisse de 1,1 %.

Mais il est indispensable de pousser l'analyse au-delà de ce taux apparent. Car dans le même temps, et de l'aveu même de l'assurance maladie, la masse totale des dépassements d'honoraires acquittés par les patients a crû, pour atteindre 2,46 milliards d'euros en 2014.

Cet apparent paradoxe s'explique par le fait que, si le dépassement moyen a légèrement diminué, un effet volume joue en sens inverse, de plus en plus de médecins pratiquant des dépassements d'honoraires. Ainsi, les médecins de secteur 1 ont, sans surprise, profité de l'aubaine pour massivement adopter le CAS : sur les 11 359 médecins qui avaient adhéré au CAS au 25/12/2015, 29,7 % exerçaient initialement en secteur 1.

D'autre part, le profil des nouveaux médecins est plus largement porté vers la pratique des dépassements d'honoraires que leurs prédécesseurs, comme nous l'avons vu précédemment. On assiste ainsi à une inexorable poussée des dépassements d'honoraires, que le contrat d'accès aux soins s'avère bien incapable d'endiguer.

c) Un effet d'aubaine attendu

Dès l'origine du dispositif, l'UFC-Que Choisir avait pointé le risque d'effet d'aubaine lié au Contrat d'accès aux soins. Celui-ci étant facultatif, seuls les médecins qui avaient un intérêt à y entrer allaient le faire, c'est-à-dire ceux qui avaient déjà une pratique tarifaire modérée. L'analyse des données recueillies pour les trois spécialités confirme ces craintes.

Le Contrat d'accès aux soins attire peu de médecins

Le CAS, malgré les contreparties accordées et la forte communication de l'Assurance maladie, n'a pas rencontré le succès escompté auprès des médecins.

¹³ Déclaration de Nicolas Revel, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) au Quotidien du Médecin n°9455, 3 décembre 2015

¹⁴ 28*1,551, la consultation d'un spécialiste de secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) étant fixée à 28 €

Poids des médecins signataires du Contrat d'accès aux soins

	Sur le total des médecins	Parmi les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires
Ophtalmologistes	6,7 %	12 %
Gynécologues	15,9 %	26,4 %
Pédiatres	16,2 %	43,6 %

Source : UFC – Que Choisir, à partir de données Assurance Maladie

Ainsi, les médecins en CAS représentent seulement 6,7 % des ophtalmologistes, 15,9 % des gynécologues et 16,2 % des pédiatres exerçant en libéral. Si l'on s'intéresse aux seuls médecins pratiquant des dépassements d'honoraires, seulement 12 % d'entre eux sont adhérents au CAS pour les ophtalmologistes ! La proportion monte à 26,4 % pour les gynécologues, et atteint un niveau significatif pour les pédiatres, avec 43,6 %.

Parmi les adhérents au CAS qui étaient déjà installés avant son instauration, 78 % l'étaient en secteur 2, et 22 % en secteur 1. Ces derniers ont profité de leur adhésion pour augmenter leurs tarifs de 10,8 % en moyenne pour les pédiatres, 15,8 % pour les ophtalmologistes, et même 16,3 % pour les gynécologues.

Les médecins adhérents étaient déjà moins chers

Autre fait saillant, le CAS a attiré des médecins qui étaient déjà moins chers que la moyenne des médecins secteur 2 dans leur spécialité.

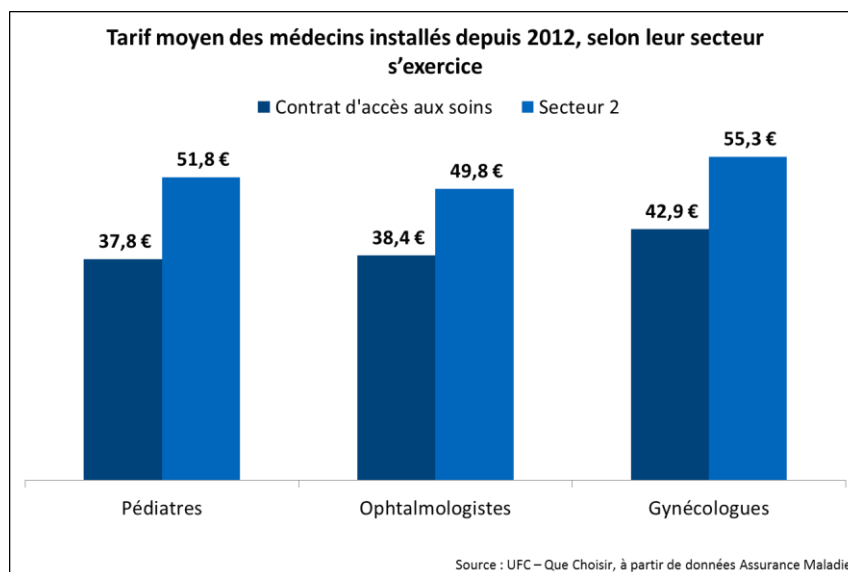
Tarif moyen 2012 des médecins de secteur 2 ayant adhéré au Contrat d'accès aux soins

	Ecart des adhérents au CAS par rapport au tarif moyen de secteur 2 en 2012
Ophtalmologistes	- 15,7 %
Pédiatres	- 16,6 %
Gynécologues	- 16,9 %

Source : UFC – Que Choisir, à partir de données Assurance Maladie

Ainsi, les médecins adhérents qui étaient installés en secteur 2 en 2012 étaient-ils, cette année-là, 16 % à 17 % moins chers (selon la spécialité) que la moyenne de leurs confrères. Ce sont donc les médecins les moins coûteux qui ont adhéré au CAS, ce qui en réduit d'autant la portée.

La même logique se rencontre chez les médecins nouvellement installés.



Parmi ceux qui ont fait le choix de facturer des dépassements d'honoraires, les médecins qui souhaitaient être chers se sont installés en secteur 2, avec des tarifs 22 % à 27 % plus élevés que les nouveaux entrants qui ont fait le choix du CAS. A nouveau, le CAS prouve son incapacité à juguler les dépassements d'honoraires, se contentant d'accompagner, chèrement, les médecins qui ont fait le choix de dépassements moins élevés.

d) Un coût exorbitant pour des résultats médiocres

D'après l'Assurance maladie, le taux moyen de dépassements des médecins libéraux est ainsi passé de 55,4 % en 2012 (avant le Contrat d'accès aux soins) à 54,1 % en 2016. Si l'on retient l'hypothèse optimiste qui voudrait que la totalité de cette baisse soit imputable au CAS¹⁵, cela signifie que celui-ci a permis d'éviter 59 millions d'euros de dépassements d'honoraires en 2014.

En contrepartie, les médecins signataires ont reçu cette même année 37,8 millions d'euros au titre de la prise en charge de leurs cotisations sociales liées au CAS¹⁶. Mais les contreparties obtenues en 2012 par les médecins ne s'arrêtaient pas à ces prises en charge. En effet, pour obtenir la signature des syndicats de médecins permettant la création du Contrat d'accès aux soins, l'Assurance maladie et le gouvernement avaient, en 2012, accordé de nombreux avantages aux médecins signataires, dont des revalorisations tarifaires pour certains actes, ou l'augmentation du remboursement des patients fréquentant les médecins en CAS.

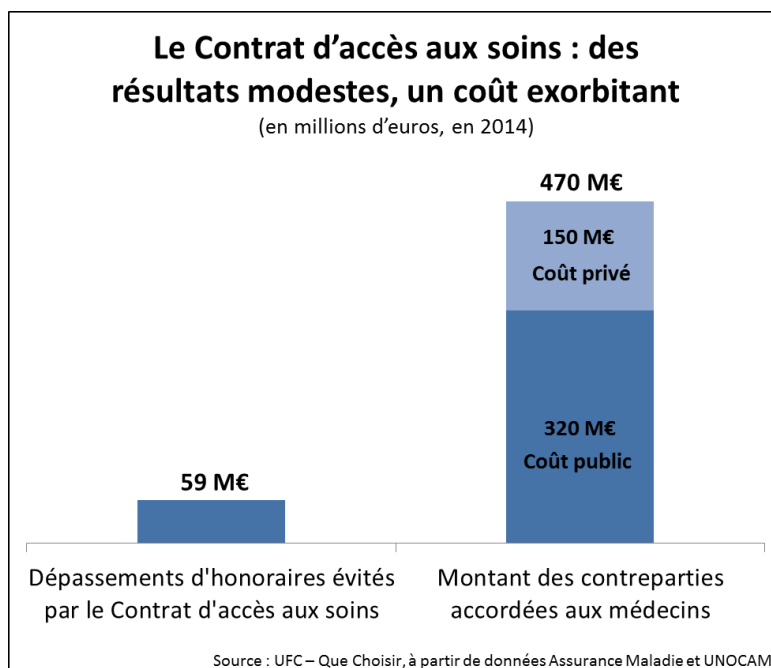
En 2013, l'Assurance maladie chiffrait l'ensemble des avantages accordés en contrepartie du CAS à 320 millions d'euros par an, à sa charge. Malgré notre demande, nous n'avons pas pu obtenir de la CNAM, seule détentrice de ces données, le coût effectif de ces mesures. En nous en tenant aux estimations initiales, on peut ainsi en déduire que l'économie de 59 millions d'euros de dépassements d'honoraires a donné lieu à un

¹⁵ En réalité, il est probable que la crise économique persistante ait eu un rôle dans cette relative accalmie tarifaire, puisque le taux de dépassement des spécialistes avait déjà (modestement) diminué entre 2011 et 2012 (- 0,2 point)

¹⁶ Source : Calculs UFC–Que Choisir, à partir des données CNAMTS reprises par Les Echos du 4 mai 2016

montant plus de 5 fois supérieur de dépense publique. Autrement dit, l'Assurance maladie a racheté 5,4 € chaque euro de dépassement d'honoraires évité.

Aux montants d'argent public doivent s'ajouter les sommes accordées par les complémentaires santé au moment de la signature de l'avenant n°8. Les complémentaires santé participent ainsi au financement du Forfait médecin traitant (d'un montant de 5 € par patient¹⁷ et par an, versé aux médecins traitants). Chaque année, 150 millions d'euros y sont consacrés par les complémentaires (donc par leurs assurés), soit 2,5 € par euro de dépassement d'honoraires évité.



Ainsi, le bilan de l'avenant n°8 à la convention médicale, qui a instauré le Contrat d'accès aux soins, est sans appel. Pour 59 millions d'euros de dépassements d'honoraires évités chaque année, il occasionne 470 millions d'euros annuels de dépenses nouvelles obtenues par les syndicats de médecins en contrepartie (320 millions € pour l'Assurance maladie, 150 millions € pour les complémentaires santé). In fine, à travers leurs cotisations et contributions sociales ainsi que par leurs cotisations de complémentaires santé, ce sont bien les usagers qui financent ce jeu de dupes.

¹⁷ Hors patients en Affection longue durée (ALD)

Loin des annonces auto-satisfaites des pouvoirs publics, les dépassements d'honoraires ont continué leur progression depuis 2012. Le tarif moyen d'une consultation a progressé, selon les spécialités, de + 3,2 % à + 8,8 %, contre une inflation de seulement 1 % sur la période. Ce dérapage tarifaire s'explique notamment par une augmentation de la proportion de médecins facturant des dépassements d'honoraires.

Ces constats signent l'échec du Contrat d'accès aux soins, conçu pour réguler les dépassements. En réalité, en 2014, il aura permis d'éviter 59 millions d'euros de dépassements, quand dans le même temps, les contreparties accordées aux médecins se seront élevées à 470 millions d'euros, soit 8 fois plus.

Ce double constat d'échec, dans la lutte contre les dépassements d'honoraires comme contre les déserts médicaux, appelle à un changement radical de braquet de la part des autorités, pour enfin s'attaquer de front à la réduction de la fracture sanitaire.

Tirer les leçons de l'échec

Sur la base des constats dressés dans la présente étude, qui viennent confirmer les tendances déjà esquissées par l'UFC-Que Choisir en 2012, l'association appelle les pouvoirs publics à tirer les leçons des échecs passés et répétés, pour enfin s'attaquer aux causes profondes de la fracture sanitaire. L'urgence d'un accès aux soins chaque année plus difficile appelle une réponse cordonnée, pour dans le même temps travailler à mieux répartir les professionnels de santé libéraux sur le territoire, et à refaire du tarif de la sécurité sociale une réalité dans tout le pays.

C'est pourquoi, profondément attachée à un accès de tous à des soins de qualité sur tout le territoire, l'UFC-Que Choisir demande la mise en œuvre de deux mesures concrètes :

1. La fermeture de l'accès au secteur 2

Malgré la mise en place du Contrat d'accès aux soins (CAS), le total des dépassements d'honoraires acquittés par les usagers a continué à augmenter. Cet échec s'explique par la persistance du secteur 2 (à honoraires libres), en parallèle du CAS, qui vide ce dernier de sa substance, le réduisant à un dispendieux effet d'aubaine. C'est pourquoi il est maintenant indispensable de fermer l'accès au secteur 2, en ne laissant plus le choix aux nouveaux installés qu'entre le secteur 1, sur lequel les aides publiques aux médecins doivent être recentrées, et le Contrat d'accès aux soins.

2. La mise en place d'un conventionnement sélectif des médecins, qui ne doivent plus pouvoir s'installer en zone sur-dotée qu'en secteur 1

La fracture géographique aux soins s'élargit chaque année, en dépit des dispositifs de « saupoudrage incitatif ». Pour enfin inverser cette inquiétante tendance, l'UFC-Que Choisir demande la mise en place sans délai d'un conventionnement sélectif des médecins. Les médecins libéraux ne devront plus pouvoir s'installer en zone déjà sur-dotée en médecins de leur spécialité qu'à la condition d'exercer en secteur 1, l'offre au tarif de la sécurité sociale étant paradoxalement le plus souvent déficitaire dans ces territoires. En dehors de ces territoires, l'installation en Contrat d'accès aux soins demeurerait possible.

Dans le cadre de cette solution pragmatique et équilibrée, la liberté d'installation des médecins libéraux ne serait pas remise en cause. Ils demeureraient libres de s'installer là où ils le souhaitent, à condition d'opter pour le secteur 1 ou de ne pas demander à être conventionnés par l'Assurance maladie (ce qui signifie que leurs patients ne seraient que très partiellement remboursés par celle-ci)