

1 - Des professionnels de santé libéraux très mal répartis par rapport aux besoins de soins¹⁷⁵

a) Une croissance continue des effectifs

À l'exception des chirurgiens-dentistes¹⁷⁶ dont le nombre est resté stable, les effectifs ont progressé depuis quinze ans dans la plupart des professions de santé, de 13,6 % pour les professionnels médicaux¹⁷⁷ et de 73,4 % pour les auxiliaires médicaux à périmètre constant. En particulier, les effectifs de médecins ont augmenté depuis les années 1980, davantage que la population française, mais de manière moins dynamique cependant depuis 2005 en raison de l'inflexion de la courbe du nombre de médecins généralistes.

Selon les dernières projections démographiques réalisées par la DREES, les effectifs de médecins devraient légèrement diminuer jusqu'en 2019 avant de repartir à la hausse. Il y aurait alors 281 000 médecins en 2040. S'agissant des auxiliaires médicaux, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes atteindrait 114 000 en 2030 et celui des infirmiers 707 000 infirmiers à cette même date. Cette tendance est comparable à celle observée dans presque tous les pays membres de l'OCDE qui ont vu notamment le nombre de médecins augmenter dans l'absolu et par habitant.

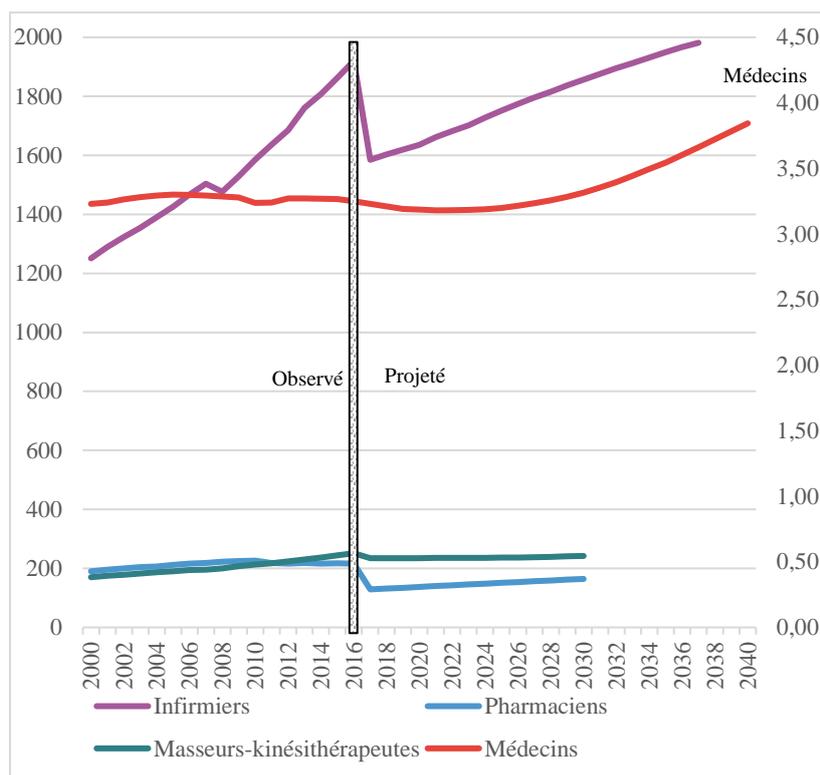
La densité médicale devait suivre le même mouvement, avec une baisse jusqu'en 2021 avant de remonter pour retrouver le niveau de 2016 en 2028 comme l'illustre le graphique ci-dessous.

¹⁷⁵ Voir annexe n° 1 sur la démographie des professions de santé et Portrait des professionnels de santé, édition 2016, DREES.

¹⁷⁶ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre VI : Les soins bucco-dentaires, une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder, p. 245. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁷⁷ Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes.

Graphique n° 12 : évolution des densités de certains professionnels pour 100 000 habitants (de 2000 à 2040)



Source : données DREES (RPPS et Adeli), INSEE. Modèle de projection en 2005 pour les pharmaciens, en 2011 pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, et en 2016 pour les médecins.

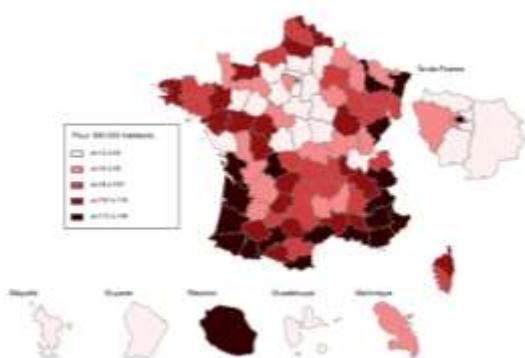
b) Des déséquilibres de répartition flagrants et croissants

Si la démographie des professions de santé est globalement en hausse, les choix géographiques d'installation en soins de ville ne sont en rien corrélés aux besoins objectifs de soins ni à des caractéristiques socio-démographiques de la population ou à des particularités épidémiologiques. En France métropolitaine, l'écart de densité des médecins généralistes libéraux au regard de la population va du simple au double entre départements. La répartition la plus déséquilibrée est toutefois celle des médecins spécialistes pris globalement, pour lesquels l'écart va de 1 à 8. Pour les professions prescrites, l'écart de densité entre départements se

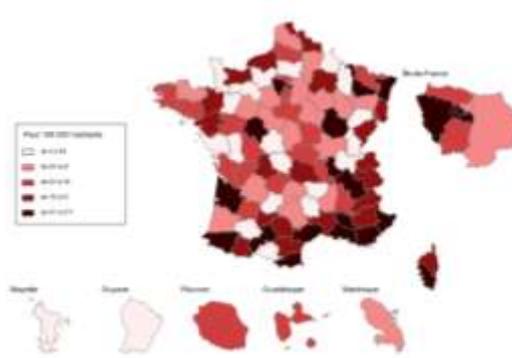
situé dans un rapport de 1 à 7,5 pour les infirmiers, de 1 à 4,5 pour les masseurs-kinésithérapeutes. Les densités sont globalement beaucoup plus fortes sur l'arc méditerranéen et en Corse, dans le Sud-Ouest, à Paris et dans la proche couronne, ou en Alsace.

Les plus fortes inégalités de répartition sont toutefois infra-départementales : les concentrations de professionnels de santé libéraux sont à la fois littorales et urbaines. Les zones délaissées sont rurales et suburbaines, notamment, pour ce dernier cas, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Carte n° 1 : densité départementale des médecins généralistes libéraux ou mixtes en 2016



Carte n° 2 : densité départementale des médecins spécialistes libéraux ou mixtes en 2016



Source : Données DREES (RPPS), retraitées par la Cour.

Les disparités dans l'implantation territoriale des professionnels de santé libéraux n'ont cessé de s'accroître. Des dix départements les mieux dotés en médecins généralistes en 2000, neuf sont les mêmes en 2016. Des dix départements les moins dotés, six sont les mêmes¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Voir annexe n° 2.

2 - Des disparités territoriales coûteuses pour les patients et l'assurance maladie

a) Le lien entre dépenses de soins et densité de professionnels de santé

La mauvaise répartition territoriale des professionnels libéraux au regard des besoins de santé affecte les pratiques professionnelles et soulève de ce fait même la question de la pertinence des actes, voire parfois de leur régularité, dès lors que se constate une demande induite dans les zones sur-dotées, ce que la littérature académique vient confirmer¹⁷⁹.

Alors que l'importance de ce problème est avérée, que ses conséquences potentielles sur l'accès aux soins et sur les dépenses de l'assurance maladie sont considérables, ni le ministère de la santé, ni la CNAMTS n'ont déployé beaucoup d'efforts pour l'approfondir, en dehors d'études anciennes¹⁸⁰ ou ponctuelles¹⁸¹, en tout état de cause rarement conclusives et utiles pour le pilotage de la dépense. Cette tâche devrait donc être reprise et approfondie. La Cour s'est pour sa part, depuis plusieurs années, attachée, à partir des éléments collectés au cours de ses enquêtes sur les professions de santé et à nouveau à l'occasion de ce rapport, à procéder à cet examen. Elle¹⁸² a ainsi relevé que les actes d'hygiène

¹⁷⁹ Voir notamment DELATTRE, E, DORMONT, B, *Fixed fees and physician-induced demand : a panel data study on French physicians*, Health economics, juin 2003. Également : GRUBER, J, OWINGS, M (1996), Rand Journal of economics, vol 26 n° 1, ROCHAIX, L et JACOBZONE, S, (1997) *L'hypothèse de demande induite : un bilan économique*, Economie et prévision, n° 129-130, NGUYEN, N et DERRICK, F, *Physician behavioral response to a medicare price reduction*, Health services research, vol 32 (3) et plus récemment PILORGE, C, in Réguler le marché de ville du médicament français : trois essais de microéconomie appliquée, Économie et finances, Université de Paris-Est, 2016.

¹⁸⁰ EXPERT, Aude, LÉ, François, TALLET, Frédéric, *Les disparités départementales des dépenses de santé*, Comptes nationaux de la santé, p. 27, 2008, complété par *Disparités régionales des dépenses de santé publique et des dépenses remboursées en soins de ville*, PLFSS 2014, annexe 7.

¹⁸¹ Les rapports « charges et produits » de la CNAMTS de 2013 et 2015 abordent les professions des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

¹⁸² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre IX, Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur www.ccomptes.fr

corporelle représentent une part croissante de l'activité des infirmiers libéraux quand leur densité augmente, alors que, pour les masseurs-kinésithérapeutes, c'est la longueur des séries d'actes qui est affectée. Ce phénomène s'observe aussi pour les médecins libéraux, qu'ils soient généralistes, à exercice particulier ou spécialistes, puisque la dépense par habitant et le nombre de consultations augmentent avec leur densité¹⁸³. Pour les spécialistes en exercice libéral, plus la densité est élevée, plus les installations en secteur 2 sont importantes¹⁸⁴. De même, il y a une forte corrélation positive entre la densité des médecins libéraux et les dépenses de médicaments par habitant¹⁸⁵.

L'inflation constatée du nombre d'actes a un impact significatif sur le niveau des dépenses d'assurance maladie. Les disparités sont marquées dans les consommations de soins de ville : en 2015, la dépense de soins ambulatoires va de 944 € par habitant en Mayenne à 1 829 € dans les Bouches-du-Rhône sans que l'état sanitaire de leur population présente des écarts aussi notables. Si la population en affection de longue durée est supérieure dans les Bouches-du-Rhône (21,7 % contre 14,6 % en Mayenne), le taux de mortalité brut¹⁸⁶ y est inférieur (8,9 pour 1000 habitants contre 9,9 en Mayenne) et l'espérance de vie comparable¹⁸⁷.

Le cas des auxiliaires médicaux est également illustratif : alors que la dépense (8,9 Md€ en 2015) liée aux soins infirmiers et de masso-kinésithérapie s'accroît rapidement, les écarts de densité se creusent entre départements avec pour corollaire des dépenses par habitant qui varient fortement : 64 € par habitant et par an en Mayenne contre 354 € en Martinique, avec une densité d'infirmiers pour 100 000 habitants de 109 en Mayenne contre 399 en Martinique.

¹⁸³ PILORGE, C., et ROCHET, J., *Effet de la concurrence entre médecins généralistes sur la prescription de médicaments*, 2016.

¹⁸⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre V, La médecine libérale de spécialité. La Documentation française, septembre 2017, p. 213, disponible sur www.ccomptes.fr

¹⁸⁵ Voir annexe n° 3 pour une présentation détaillée de ces corrélations.

¹⁸⁶ Il s'agit du nombre de décès de l'année, rapporté à la population totale moyenne de l'année. L'INSEE calcule aussi un taux de mortalité standardisé des 65 ans ou plus, qui est de 37,6 pour 1000 habitants en Mayenne et de 37,5 dans les Bouches-du-Rhône.

¹⁸⁷ Dans les Bouches-du-Rhône, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 79,4 ans et de 85,1 ans pour les femmes alors qu'elle est respectivement de 79,6 et 85,6 en Mayenne.

b) Les enjeux d'efficience

Aucune étude du ministère de la santé ou de la CNAMTS n'est disponible sur l'estimation des surcoûts imputables à cette discordance entre offre et besoins. La Cour s'est essayée à donner un ordre de grandeur de l'enjeu en termes de gains d'efficience possibles.

Méthode utilisée pour évaluer les enjeux d'efficience associés à la répartition des professionnels de santé libéraux

La Cour a construit une démarche en deux temps, qui est détaillée dans l'annexe n° 3 qui rappelle également les limites d'interprétation des résultats.

Dans une première étape, elle a vérifié les liens de corrélation entre huit compartiments de dépenses de santé (omnipraticiens¹⁸⁸, spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, indemnités journalières, médicaments, biologie, dispositifs médicaux) et la densité des praticiens de quatre professions de santé : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, omnipraticiens et spécialistes. Il ressort de cet examen statistique que les quatre premières catégories de dépenses sont liées à la densité des professionnels de santé libéraux.

Dans un deuxième temps, elle a, sur le champ de dépenses ainsi délimité, essayé d'approcher les enjeux d'efficience liés à une meilleure répartition des professionnels de santé concernés de deux façons :

- en comparant à la dépense constatée celle qui résulterait de l'application du niveau de dépense des quatre-vingt-un départements les moins dépensiers aux vingt qui le sont le plus (méthode n°1),
- en comparant les dépenses des quinze, puis des trente départements qui sont le plus proches de la densité de professionnels de santé moyenne (méthode n° 2).

Les résultats auxquels elle parvient doivent être considérés avec prudence compte tenu de la difficulté à définir les besoins standard de santé d'une population donnée.

¹⁸⁸ Les omnipraticiens regroupent tous les médecins généralistes y compris ceux à mode d'exercice particulier (MEP) tels que l'acupuncture, l'homéopathie, ou la médecine du sport.

Tableau n° 2 : évaluation de l'enjeu d'efficience associé à une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire

Méthode utilisée	Dépenses concernées, en Md €	Évaluation de l'enjeu d'efficience, en Md€	Évaluation de l'enjeu en pourcentage des dépenses concernées
Méthode n° 1	24,82	3,2	12,9 %
Méthode n° 2 (15 départements, 30 départements)		[0,92 ; 1,43]	[3,7 % ; 5,8 %]

Source : calculs Cour des comptes sur la base des données brutes de l'assurance maladie.

Ces évaluations mettent cependant en évidence l'ampleur des enjeux afférents à une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins, soit entre 920 M€ et 3 200 M€, et la nécessité en tout état de cause de prendre sans tarder des mesures pour l'améliorer.

Des enjeux similaires existent pour les activités réalisées en établissements de santé, par exemple pour les interventions chirurgicales. Ramener à la moyenne nationale le taux standardisé de recours à la chirurgie des cinq départements les plus élevés dégagerait ainsi une marge d'optimisation de 324 M€ par an¹⁸⁹.

3 - Des mesures correctrices notoirement insuffisantes

Les politiques visant à corriger les inégalités de répartition se sont développées en France depuis le milieu des années 2000, selon une logique essentiellement incitative. Éclatées entre l'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales, elles sont coûteuses au regard des faibles résultats obtenus.

¹⁸⁹ Montant estimé par l'application aux séjours surnuméraires d'un montant moyen de prise en charge de 2 751 €, pour les données d'activité 2015.

a) *Les limites du numerus clausus et des quotas de formation*

À l'instar de ce qui se pratique dans la plupart des pays membres de l'OCDE, les principales professions de santé font l'objet d'une régulation par les flux de formation, en ouvrant à l'entrée des établissements de formation un nombre limité de places. C'est ce qu'on appelle le système du *numerus clausus* en vigueur pour les professions médicales et des quotas pour six professions paramédicales¹⁹⁰. La légitimité en est périodiquement contestée¹⁹¹.

Depuis son instauration en 1971, le *numerus clausus*¹⁹² a vu ses objectifs et son champ d'application progressivement s'élargir : cantonné à l'origine à une régulation quantitative du nombre de places en médecine en fonction des capacités de formation et d'accueil des établissements hospitaliers universitaires, il a visé par la suite à prendre en compte les besoins de la population, puis à remédier aux inégalités géographiques¹⁹³. Il peine cependant aujourd'hui à remplir ses objectifs en termes de régulation quantitative et territoriale.

L'efficacité du *numerus clausus* et des quotas de formation se trouve en effet amoindrie par l'afflux de professionnels à diplôme étranger, qui représentent un quart des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins chaque année depuis 2007-2008, 30 % des inscriptions comme orthophonistes, un tiers de celles des chirurgiens-dentistes et 40 % de celles masseurs-kinésithérapeutes. En 2015, 10 % des médecins¹⁹⁴, 20 % des masseurs-kinésithérapeutes et 15 % des orthophonistes en exercice ont ainsi un diplôme étranger.

¹⁹⁰ Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, audioprothésistes et orthoptistes.

¹⁹¹ L'Inspection générale des finances (IGF) a proposé de les supprimer pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les auxiliaires médicaux, in « Les professions réglementées », rapport n°2012 R057 03, IGF, mars 2013, pp. 51 et 52. La conférence nationale des doyens de médecine juge aussi, dans sa contribution à la Grande conférence de santé de février 2016, que le *numerus clausus* dans sa forme actuelle doit être abandonné, car il n'est pas un régulateur fiable de la démographie médicale, ni un outil efficace de répartition territoriale des futurs médecins et apparaît inéquitable au regard de son contournement.

¹⁹² Pour une analyse socio-historique détaillée du *numerus clausus* en France, voir *La Hantise du nombre : une histoire des numerus clausus de médecine*, MO Déplaudé, Les Belles lettres, 2015.

¹⁹³ Article L. 631-1 du code de l'éducation modifié par la loi du 7 juillet 2009.

¹⁹⁴ 14 % des spécialistes et 5 % des médecins généralistes.

En outre, les décisions sur le *numerus clausus* et les quotas s'appuient sur des projections démographiques trop peu fréquemment actualisées et non territorialisées et sur un recensement des besoins qui se limite pour l'essentiel à ceux des établissements hospitaliers. Elles obéissent aussi essentiellement à une logique de formation initiale d'une seule catégorie de professionnels de santé sans mise en relation avec les enjeux d'amélioration de l'offre de soins dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. Ainsi, le nombre de places aux épreuves classantes nationales en gynécologie est défini sans prendre en considération le *numerus clausus* des sages-femmes et l'extension de leur champ de compétences.

Enfin, malgré l'évolution différenciée selon les régions du *numerus clausus*¹⁹⁵, des places ouvertes aux épreuves classantes nationales pour l'internat et des quotas, les disparités territoriales en sont peu affectées. Ainsi, lorsque l'on rapporte le *numerus clausus* à la population régionale, cinq régions seulement selon le découpage antérieur ont vu évoluer leur position par rapport à la moyenne : trois sont passées en-dessous (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Rhône-Alpes), et deux ont connu l'évolution inverse (Basse-Normandie et Bourgogne). Le développement d'une approche régionalisée des flux de formation, en fonction des besoins des territoires, reste ainsi une réponse partielle, alors que prévaut la liberté d'installation pour les professionnels de santé libéraux.

Il est pourtant impératif de réguler les flux démographiques des professionnels, en vue d'adapter leurs effectifs aux besoins des populations concernées et de maîtriser une dépense dont la croissance est très supérieure à celle du PIB. Des marges d'amélioration technique existent, mais supposent un changement de perspective. Une approche transversale, au moins pour certaines professions de santé aux compétences partagées ou déléguées, pourrait par exemple être expérimentée par les pouvoirs publics, notamment dans une optique de filière. Ainsi dans la filière visuelle, le nombre d'ophtalmologistes, d'orthoptistes et d'opticiens-lunetiers devrait être déterminé en tenant compte de la nouvelle répartition des compétences, qui confie notamment le renouvellement de prescription

¹⁹⁵ Le nombre de places en première année commune aux études de santé (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) a par exemple augmenté de 11 % en Aquitaine mais de 53 % en Bourgogne entre 2004 et 2013. Cependant sur les 25 facultés de médecine concernées par la hausse du *numerus clausus* de 499 places pour l'année 2016-2017, Aix-Marseille en obtient 75, soit une hausse de 23,8 % et l'université de Nice 30, soit une hausse de 23,6 %, alors que la région PACA se caractérise par des phénomènes notoires de sur-densité.

de lunettes ou de lentilles aux opticiens ou la réalisation de bilans visuels aux orthoptistes.

b) Des mesures de régulation des installations en libéral inefficaces

L'assurance maladie a intégré très récemment la dimension géographique de l'accès aux soins dans les négociations conventionnelles, avec des résultats modestes et inégaux suivant les professions. Les installations et les maintiens en zones sous-dotées sont ainsi favorisées par l'octroi d'aides financières depuis 2007 pour les médecins¹⁹⁶ et 2008 pour certaines catégories d'auxiliaires médicaux (infirmiers¹⁹⁷, masseurs-kinésithérapeutes¹⁹⁸ et orthophonistes¹⁹⁹).

Fin 2015²⁰⁰ on recensait 8 773 adhérents à des contrats incitatifs toutes professions confondues pour un montant total d'aides versées de 46,5 M€, en augmentation continue. Cependant l'impact de ces dispositifs de soutien dans les zones fragiles reste faible, la part des installations n'y ayant augmenté que de 1,8 point de 2010 à 2015 pour atteindre 11,4 %. Les dispositifs de conventionnement sélectif, qui ont apporté, sur le principe, une amélioration significative, ont eux aussi un impact limité sur la correction des déséquilibres territoriaux, notamment parce qu'ils ne concernent que les infirmiers. Au rythme actuel il faudrait plusieurs décennies pour rééquilibrer l'offre.

Enfin, l'État verse diverses aides à l'installation²⁰¹, comme le contrat d'engagement de service public, qui sont cumulables avec les aides de l'assurance maladie et des collectivités territoriales. Le coût de ces dispositifs augmente rapidement, de 8,3 M€ en 2013 pour 8 330 bénéficiaires à 20,4 M€ en 2015 pour 20 499 bénéficiaires.

Les aides financières à l'installation des professionnels de santé libéraux s'ajoutent les unes aux autres sans vision consolidée des coûts en résultant. Elles s'élèvent pour l'assurance maladie et l'État en 2015 à 86,9 M€. Ces initiatives dispersées ont conduit, depuis le début des années

¹⁹⁶ Avenant n° 20 à la convention nationale médicale, conclu en février 2007.

¹⁹⁷ Avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, conclu en septembre 2008 et consolidé par l'avenant n° 3 conclu en septembre 2011.

¹⁹⁸ Avenant n° 3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclu en novembre 2011 et partiellement annulé par une décision du Conseil d'État.

¹⁹⁹ Avenant n° 13 à la convention nationale des orthophonistes, conclu en mars 2012, et prolongé par l'avenant n° 15, conclu en mai 2016.

²⁰⁰ Voir annexe n° 2.

²⁰¹ Voir annexe n° 2.

2010, à une forme de fuite en avant, sans évaluation ni de l'efficacité globale ni du rapport coût/avantage qui en résulte. Ces dispositifs timides et partiels de régulation à l'installation, qui jouent quasi exclusivement sur des incitations financières, ne sont manifestement pas à la hauteur des enjeux.

4 - Réguler fortement les installations en soins de ville

La régulation des installations est une nécessité pour obtenir un rééquilibrage des effectifs libéraux en fonction des besoins de santé des populations sur le territoire. Elle peut être recherchée sans remettre en cause la liberté d'installation, à condition de la disjoindre d'un conventionnement automatique avec l'assurance maladie, celui-ci ne devant intervenir que pour répondre à des besoins de santé identifiés, variables selon les spécialités et les territoires. De telles mesures ont déjà été prises dans d'autres pays. L'Allemagne vient pour sa part de les renforcer.

Deux scénarios sont envisageables. Le premier consisterait à étendre le conventionnement sélectif à toutes les professions de santé, au premier rang desquelles les médecins, dans l'ensemble des zones les mieux dotées, même si des effets d'installation dans des zones limitrophes sont de nature à en amoindrir la portée. Une condition supplémentaire pourrait être envisagée pour les médecins spécialistes, en n'autorisant les installations dans les zones sur-dotées que pour des médecins exerçant en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement, et en conditionnant dans les zones sous-dotées les installations en secteur 2 à l'adhésion à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.

Un second scénario, plus à même de corriger effectivement dans un délai raisonnable les inégalités territoriales constatées, reposerait sur un conventionnement individuel généralisé à l'ensemble du territoire. Celui-ci serait subordonné à la prise en compte des besoins par zone au moyen de la fixation d'un nombre cible de postes conventionnés dans chacune d'entre elles. Ce scénario pourrait dans une version minimale ne porter que sur les nouvelles installations, ce qui réduirait le rythme de rééquilibrage et présenterait de forts effets d'aubaine. Dans une option alternative, il pourrait concerner tous les professionnels en exercice ou entrants dans la limite des effectifs-cibles définis par zone. Cette dernière solution, qui ne pourrait être mise en œuvre que progressivement, par exemple au rythme

de la recertification des professionnels de santé²⁰² sur la base de leurs compétences et de leur pratique, comme cela se pratique aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, permettrait de concilier un égal accès aux soins et une plus grande équité entre les patients, tout en garantissant aux professionnels une patientèle suffisamment nombreuse et solvable. À défaut, une alternative qui pourrait être étudiée consisterait à conditionner, à l'issue de l'obtention des études médicales ou paramédicales, une installation en libéral à un exercice professionnel dans des zones sous-denses pour une durée déterminée.

Un recentrage des incitations financières permettrait de dégager des moyens pour aménager, prioritairement dans les secteurs difficiles, le cadre de travail auquel aspirent les nouvelles générations de professionnels de santé : exercice regroupé, concentration sur la pratique médicale grâce à la délégation des tâches administratives, travail avec les pairs, développement des maisons de santé pluri-professionnelles et aménagement des formes sociétaires. En particulier pour les médecins spécialistes, le bénéfice des dispositifs d'aide à l'installation pourrait être conditionné à un exercice permanent ou sous forme de consultations avancées périodiques dans des structures pluri-professionnelles.

La diversification des formes d'exercice collectif

Depuis quelques années, le législateur a accompagné la diversification des formes d'exercice collectif en adoptant d'abord une logique économique, puis en la combinant avec une approche de santé publique²⁰³ et en rendant possible l'exercice collectif pluri-professionnel.

Les premières modalités d'exercice collectif ont cherché à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux par la mise en commun de certains investissements initiaux, parfois très conséquents, et par la mutualisation des frais de gestion courants comme le partage d'un secrétariat, mais selon une logique exclusivement professionnelle. La société d'exercice libéral est la structure de référence pour les pharmaciens, la radiologie et la biologie médicale.

²⁰² Cette exigence de recertification figure dans la feuille de route issue de la grande conférence de santé (mesure 21) comme dans le livre blanc du CNOM pour l'avenir de la santé (proposition 21).

²⁰³ Voir en particulier l'article de BRISSY, Stéphane, « *Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé* », Revue de droit sanitaire et social, juillet-août 2013.

Les professionnels peuvent, depuis la loi du 11 août 2011, opter pour une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). C'est la seule structure permettant de rémunérer collectivement des professionnels de santé de nature différente dans un cadre juridique et fiscal sécurisé. Une ouverture des SISA à des personnes physiques qui ne sont pas des professionnels de santé pourrait être envisagée, en particulier pour les psychologues et les assistants sociaux. Ceci répondrait aux attentes des patients et accompagnerait l'évolution des parcours de soins vers des parcours de santé.

III - Des décisions de prise en charge à étayer de façon plus pertinente

La question d'une meilleure allocation des moyens se pose en dernier lieu dans le domaine de l'admission au remboursement. Quels médicaments, quels dispositifs et quels actes médicaux doivent être pris en charge ou au contraire supprimés de la liste des prestations remboursables, selon quels critères, avec quelles méthodes ? Ces questions concernent, à un titre ou à un autre, la presque totalité des dépenses d'assurance maladie. Elles amènent à apprécier, pour chaque décision, les avantages apportés aux assurés en termes de santé par rapport aux coûts qui sont engagés. Il apparaît cependant que les processus de choix mis en place dans notre pays permettent mal d'aborder ces enjeux, et encore moins de leur apporter une réponse appropriée, parce qu'ils sont trop complexes et inadaptés à l'évolution des techniques et des marchés et qu'ils ne reposent pas suffisamment sur une appréciation de l'efficacité. Une réforme de fond, qui privilégie l'approche médico-économique, est donc nécessaire.

A - Un dispositif complexe, inadapté à l'évolution des techniques et des marchés

1 - Un processus fragmenté

L'admission au remboursement d'un produit de santé, la détermination du prix et la fixation du taux de remboursement, qui relèvent respectivement de la compétence du ministre chargé de la santé, du Comité économique des produits de santé (CEPS) et de l'UNCAM s'appuient sur une série d'avis rendus par la Haute Autorité de santé (HAS), au niveau de son collègue ou de certaines de ses commissions spécialisées, sur la base de dossiers présentés par les entreprises intéressées.

Ce processus d'évaluation des produits est complexe. Il fait en effet principalement appel à deux avis cliniques, l'un sur le service médical rendu (SMR), l'autre sur l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par rapport aux produits existants. Le premier fonde les décisions de prise en charge par la sécurité sociale et de fixation du taux de remboursement. Le second est transmis au CEPS, instance interministérielle à laquelle le ministre chargé de la santé délègue la tâche de négocier avec les industriels le prix des médicaments ou des dispositifs médicaux. Le CEPS est toutefois également destinataire, pour les produits dont l'impact budgétaire est le plus important, d'un autre avis de la HAS, fondé sur l'efficacité, c'est-à-dire sur la relation entre les gains espérés en termes d'années de vie gagnées en bonne santé et les coûts encourus.

Cette procédure, qui vaut pour les médicaments, n'est pas appliquée de la même façon pour les dispositifs médicaux qui peuvent rentrer dans des descriptions génériques : dans ces cas, le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu sont appréciés pour la classe entière des produits concernés. Lorsqu'il s'agit des actes médicaux, la structure des avis est encore différente, et le diagnostic rendu par la HAS n'a pas de conséquence directe sur les conditions d'admission au remboursement, qui dépendent de la négociation conventionnelle. Des conséquences différentes sont attachées aux appréciations de la Haute Autorité selon que les produits sont destinés à l'hôpital ou au secteur ambulatoire.

Ces séries d'avis interviennent en outre, lorsqu'il s'agit de médicaments ou de dispositifs médicaux, après une première évaluation menée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) aux fins d'autorisation de mise sur le marché, ou par la Commission européenne sur avis de l'Agence européenne des médicaments. Cette phase d'étude et de décision, organisée par les directives européennes pour assurer la sécurité des produits circulant sur le marché unique, a donc une tout autre finalité que celle, purement nationale à laquelle obéissent les conditions d'admission au remboursement par l'assurance maladie. Elle fait toutefois appel à des analyses comparatives des bénéfices et des risques qui sont proches des avis cliniques de la HAS, et qui ajoutent des délais supplémentaires à ceux, déjà élevés (300 jours en valeur médiane alors que les directives européennes fixent une cible de