



FRACTURE SANITAIRE

Des constats dramatiques imposant des réformes
d'ampleur

RESUME DE L'ETUDE

Il y a 10 ans l'UFC-Que Choisir tirait la sonnette d'alarme sur les déserts médicaux¹. Nous constatons alors la présence d'une alarmante fracture sanitaire territoriale (manque de médecins) et financière (manque d'accès aux praticiens respectant le tarif conventionné de la Sécurité sociale) par rapport à la demande potentielle de consultations liée à la démographie des patients.

Sur la base des dernières données disponibles et d'une méthodologie encore plus affinée, notre étude montre à quel point la fracture sanitaire est plus que jamais une préoccupation au cœur du quotidien d'un nombre impressionnant d'usagers.

Nous constatons en effet qu'une part alarmante de patients habite en désert médical pour les spécialistes. A titre d'illustration, un quart des femmes et un quart des enfants vivent respectivement dans un désert médical gynécologique et un désert médical pédiatrique. Quant à l'accès à un médecin généraliste, clé de voûte du système de soins en France, il est particulièrement difficile pour pas moins de 15,3 millions d'habitants de notre pays.

Pire, dès lors qu'on intègre le critère financier à la fracture sanitaire (à savoir pouvoir accéder à un médecin ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires) quasiment toute la France devient un désert médical pour l'accès à un spécialiste. Compte tenu de la proportion et de la croissance alarmante des spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, la situation va inexorablement s'aggraver si les pouvoirs publics persistent à ne pas mettre en place de véritables réformes, et notamment un strict encadrement des tarifs, indispensable pour limiter le renoncement aux soins.

Jusqu'à présent, les dispositifs adoptés par les gouvernements successifs pour lutter contre la désertification médicale ont échoué à endiguer la fracture sanitaire, et ce malgré les centaines de millions d'argent public investis en mesures incitatives, qui n'ont fait qu'alimenter les revenus de médecins sans affecter leur répartition.

La désertification vient empêcher l'application d'un principe fondamental de la médecine libérale : la liberté du choix du praticien par son patient. A cet égard, une régulation de l'installation des médecins irait dans le sens d'une normalisation de la profession, sur le modèle du système régissant l'installation des pharmaciens, des infirmières et des kinésithérapeutes libéraux. Mettre fin au dogme de la libre installation des médecins libéraux n'est plus aujourd'hui une possibilité. C'est un impératif.

¹ <https://www.quechoisir.org/dossier-de-presse-acces-aux-soins-l-intolérable-fracture-sanitaire-n12853/?dl=16063>



TABLE DES MATIERES

RESUME DE L'ETUDE	2
I. DES CONSTATS ALARMANTS SUR LA FRACTURE SANITAIRE	4
A. Méthodologie	4
1) L'Accessibilité Potentielle Localisée	4
2) Une analyse encore plus fine que dans nos précédentes études	6
B. Accès géographique aux soins : une situation alarmante	6
1) Des difficultés d'accès à un généraliste pour un usager sur quatre	6
2) Des déserts médicaux préoccupants pour tous les spécialistes	8
C. La prise en compte du critère financier accentue dramatiquement la fracture sanitaire	11
1) L'indispensable prise en compte des dépassements d'honoraires	11
2) Prise en compte des dépassements d'honoraires : la France devient un gigantesque désert médical	12
II. LES CAUSES DE LA FRACTURE SANITAIRE, ET COMMENT Y REMEDIER	23
A. L'essor incontrôlé des dépassements d'honoraires affecte les usagers	23
1) Les spécialistes... spécialistes des dépassements d'honoraires	23
2) 3,5 milliards d'euros de dépassements d'honoraires en 2021, un record	24
3) Les patients en sont d'autant plus affectés que les tarifs des complémentaires santé augmentent.....	24
B. Des politiques de saupoudrage inefficaces	25
C. Sans action résolue, la fracture géographique va s'accroître	26
D. La télémédecine, un faux remède contre la fracture géographique	28
E. Une absence coupable de volonté politique pour revenir sur le dogme de la liberté d'installation	29
1) Vers un consensus pour la remise en cause de la liberté d'installation des médecins ?	29
2) Un conventionnement territorial qui fonctionne déjà pour certaines professions de la médecine libérale.....	30
DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR	31

I. DES CONSTATS ALARMANTS SUR LA FRACTURE SANITAIRE

A. Méthodologie

1) L'Accessibilité Potentielle Localisée

L'étude de l'UFC-Que Choisir repose sur l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Elle mesure le nombre de médecins accessibles par patient potentiel et par commune² au sein d'une zone l'entourant³.

Cette méthode permet d'aller plus loin que les données d'offre médicale disponibles par département, qui supposent l'existence de frontières « infranchissables » entre deux territoires.

De plus, l'UFC-Que Choisir met en relation l'offre et la demande potentielle de soins en fonction de la démographie des communes et traduit la capacité à obtenir un rendez-vous, ainsi que le délai d'attente. En effet, les médecins implantés dans les zones les plus inaccessibles tendent à être saturés structurellement, amenant le patient à faire des sacrifices sur le temps d'attente, le temps de trajet, et/ou les tarifs.

Outre les généralistes, nous avons retenu pour notre analyse trois spécialités d'accès direct, c'est-à-dire pour lesquelles le rendez-vous n'est pas conditionné à une consultation préalable chez le médecin traitant : les pédiatres, les gynécologues et les ophtalmologues⁴.

A travers l'étude exhaustive de la localisation des médecins et des tarifs pratiqués pour ces quatre professions⁵, nous avons réalisé une cartographie de l'offre médicale sur le territoire, commune par commune, en tenant compte de l'éloignement géographique⁶ et de la capacité financière des usagers à se soigner. Cette offre de soins a été croisée avec une demande potentielle de soins, en appliquant le besoin de consultations des quatre catégories de médecins en fonction de l'âge et du genre à la démographie de chaque commune. Ainsi, une commune sans enfants ne se voit pas attribuer un APL pointant un manque de pédiatres. A l'inverse, l'APL permet de repérer une commune avec beaucoup de femmes en âge de procréer et peu de gynécologues car son « score » sera particulièrement faible.

L'UFC-Que Choisir est par ailleurs la seule organisation à présenter des données avec trois niveaux de tarification : tous les médecins, seulement ceux pratiquant un dépassement modéré, et seulement ceux pratiquant le tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale. Cet apport a l'avantage de mettre en lumière l'aspect financier de la fracture

² Les dépenses de l'Assurance maladie inter-régimes de la CPAM (OPEN DAMIR 2021) et le Recensement de la Population de 2019 (INSEE), qui ont permis de mettre en rapport la démographie par commune et la consommation de soins pour chaque catégorie de patients.

³ Le temps de trajet moyen (heures creuses/heures pleines) en voiture a été calculé à partir d'Open Street Map.

⁴ Les psychiatres et neuropsychiatres sont également accessibles directement pour les 16-25 ans, et les stomatologues pour des consultations hors actes chirurgicaux lourds.

⁵ Les tarifs des professionnels de santé recueillis sur AMELI.fr entre juillet 2021 et juin 2022. Ces derniers ont été retraités grâce aux données sur la fréquence des actes pour le calcul d'un prix moyen de consultation pour chaque praticien.

⁶ Pour chaque commune l'ensemble de médecins accessibles dans des communes situées à un temps de trajet inférieur ou égal à la limite de distance de zone de recours (30 minutes pour les généralistes et 45 pour les trois spécialités étudiées, avec une pondération se réduisant avec l'éloignement).

sanitaire. Pour mesurer la fracture sanitaire, l'UFC-Que Choisir a donc calculé trois indicateurs d'accessibilité :

- **Le premier indicateur mesure uniquement l'accès géographique.** Il inclut tous les praticiens de chaque profession, ne tenant donc pas compte des prix qu'ils pratiquent ;
- **Le deuxième identifie l'accès géographique et financier avec des dépassements d'honoraires « modérés ».** Il se limite aux praticiens fixant en moyenne un prix ne dépassant pas de plus de 50 % le tarif de la Sécurité sociale⁷, soit le taux moyen de prise en charge par les complémentaires santé⁸ ;
- Finalement, **le dernier indicateur mesure l'accès géographique et financier sans dépassements d'honoraires.** Il propose de ne tenir compte que de l'offre des praticiens dont les consultations respectent le tarif de la Sécurité sociale (secteur 1). Il s'agit du plus strict. En effet, il part du postulat que les patients se limitent strictement aux praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires⁹.

Pour le traitement des bases de données sur l'accessibilité géographique aux médecins, ainsi que sur les tarifs pratiqués, et pour calculer les différents APL de chaque commune de France, l'UFC-Que Choisir a fait appel à l'expertise de la SKEMA Business School.

Une fois les indicateurs calculés pour chacune des quatre professions, nous avons classé les communes selon leur situation en comparaison avec la moyenne nationale. Ainsi, nous avons établi la classification suivante :

Classification UFC-Que Choisir sur l'accès aux médecins	Densité médicale
Désert médical	Au moins 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès difficile	Entre 30 % et 60 % en-dessous de la moyenne nationale
Accès inférieur à la moyenne	Entre la moyenne nationale et 30 % en-dessous
Accès supérieur à la moyenne	Entre la moyenne nationale et 30 % au-dessus
Accès très supérieur à la moyenne	Au moins 30 % au-dessus de la moyenne nationale

Nous avons utilisé un classement des zones relativement à la moyenne nationale. Cette classification ne tient pas compte de l'offre de médecins sur l'ensemble du territoire, qui peut se révéler globalement insuffisante, mais est utile pour illustrer la mauvaise répartition de l'offre de soins, qui est le critère majeur de détermination de la fracture sanitaire.

Faute de données disponibles, l'étude ne tient compte que des médecins exerçant en libéral en France métropolitaine.

⁷ Le seuil était de 40% pour cet indicateur dans les études de 2012 et 2016 ; il a été rehaussé du fait de l'inflation des dépassements d'honoraires et de l'augmentation de leur prise en charge moyenne par les complémentaires santé.

⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/19-11.pdf>

⁹ En effet, 4 % des patients ne disposent pas de complémentaire santé, et le contrat de trois usagers sur dix titulaires d'une complémentaire santé ne prend en charge que le « ticket modérateur » de 30 % du tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale, et aucun dépassement d'honoraires.

Nous n'avons pas pu distinguer les médecins prenant ou non des nouveaux patients, ni mesurer les délais pour avoir un rendez-vous. Pour autant, un lien est établi entre la faible accessibilité (mesurée par l'APL) et les difficultés pour avoir un rendez-vous¹⁰. Ainsi, l'APL représente un indicateur de tension dans les zones les moins denses.

Enfin, notre mesure de l'accessibilité géographique est fondée sur un temps de trajet en voiture. En conséquence, il minimise les difficultés d'accès pour les ménages n'ayant pas de voiture et/ou les personnes n'ayant pas le permis de conduire et/ou ne souhaitant plus conduire (personnes âgées, par exemple).

2) Une analyse encore plus fine que dans nos précédentes études

Afin de disposer d'une analyse descriptive de la fracture sanitaire encore plus fine, nous avons apporté des modifications méthodologiques par rapport à nos précédentes études. Ces améliorations sont :

- L'utilisation de données géographiques beaucoup plus fines pour calculer les temps de trajet¹¹.
- L'offre de médecins a été pondérée en fonction de la distance : un poids de 1 pour un médecin dans la commune de résidence du patient potentiel, 0 au-delà de 30 minutes de trajet pour les généralistes (45 minutes pour les spécialistes), et un poids qui se réduit de manière continue entre les deux, obtenant ainsi une réduction progressive de l'accessibilité au sein du périmètre sans effets de seuil ;
- L'offre de soins a été caractérisée grâce à la base exhaustive de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), en particulier le tarif moyen de chaque praticien. En effet, dans la mesure où les praticiens effectuent différents types de consultations, pour obtenir le tarif moyen pratiqué par chaque médecin, la fréquence des actes a été rapportée au prix de ces actes afin de caractériser une consultation moyenne.
- La demande de soins a été caractérisée par une estimation des besoins moyens de consultations de chaque catégorie démographique de la population, grâce à la base exhaustive de remboursements par la Sécurité sociale OPEN DAMIR.

Au vu de ces évolutions méthodologiques, **les résultats de la présente étude ne sont pas donc directement comparables avec celles que nous avons produites en 2012 et 2016.**

B. Accès géographique aux soins : une situation alarmante

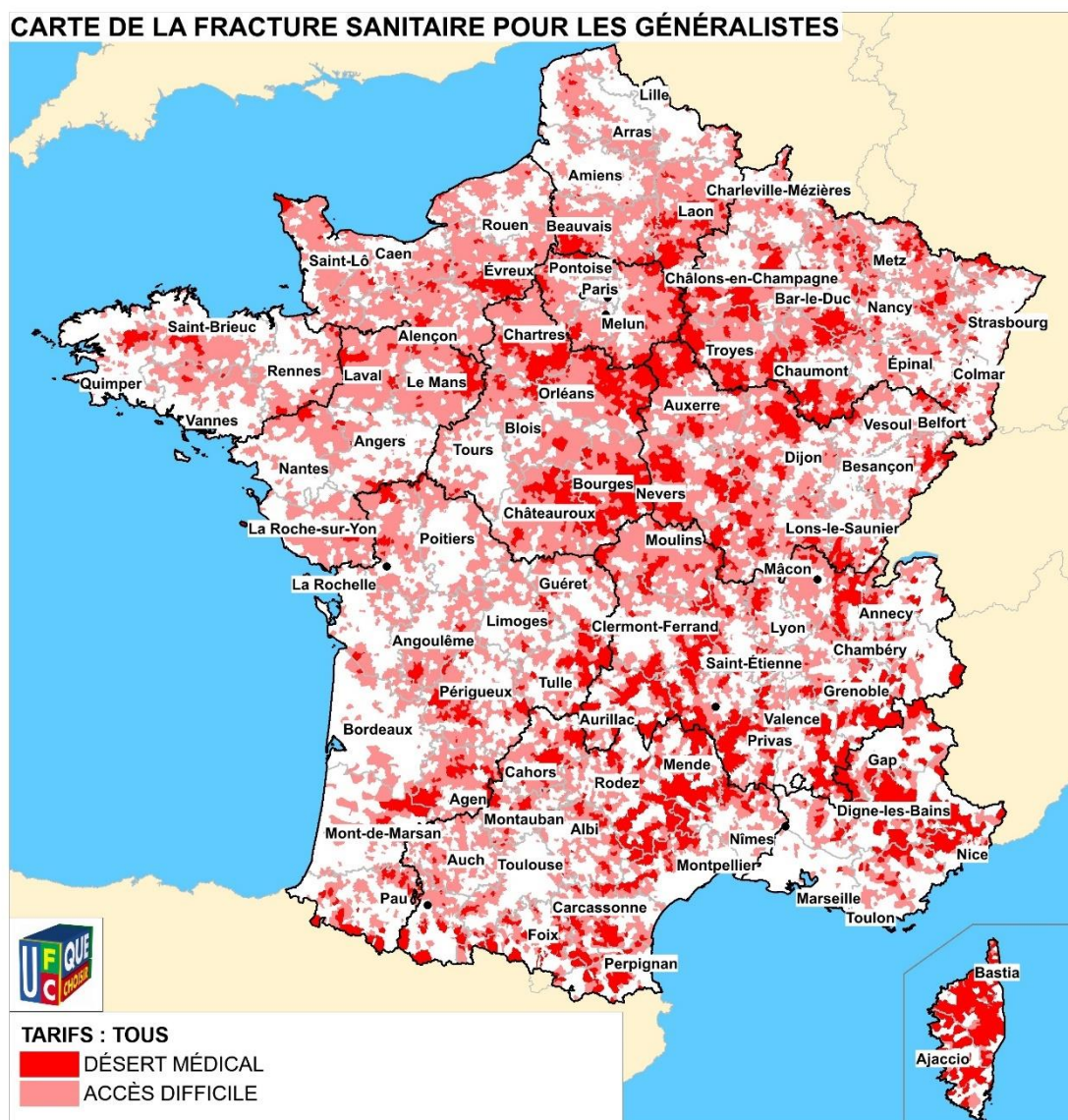
1) Des difficultés d'accès à un généraliste pour un usager sur quatre

Les généralistes sont les piliers du parcours de soins, et la situation quant à leur accessibilité géographique est très préoccupante.

¹⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>

¹¹ La contiguïté des communes limitrophes a été caractérisée grâce au logiciel GEODA. Les temps de trajet sont calculés avec des coordonnées en heures pleines et en heures creuses, et en retenant la moyenne entre les deux.

Généralistes



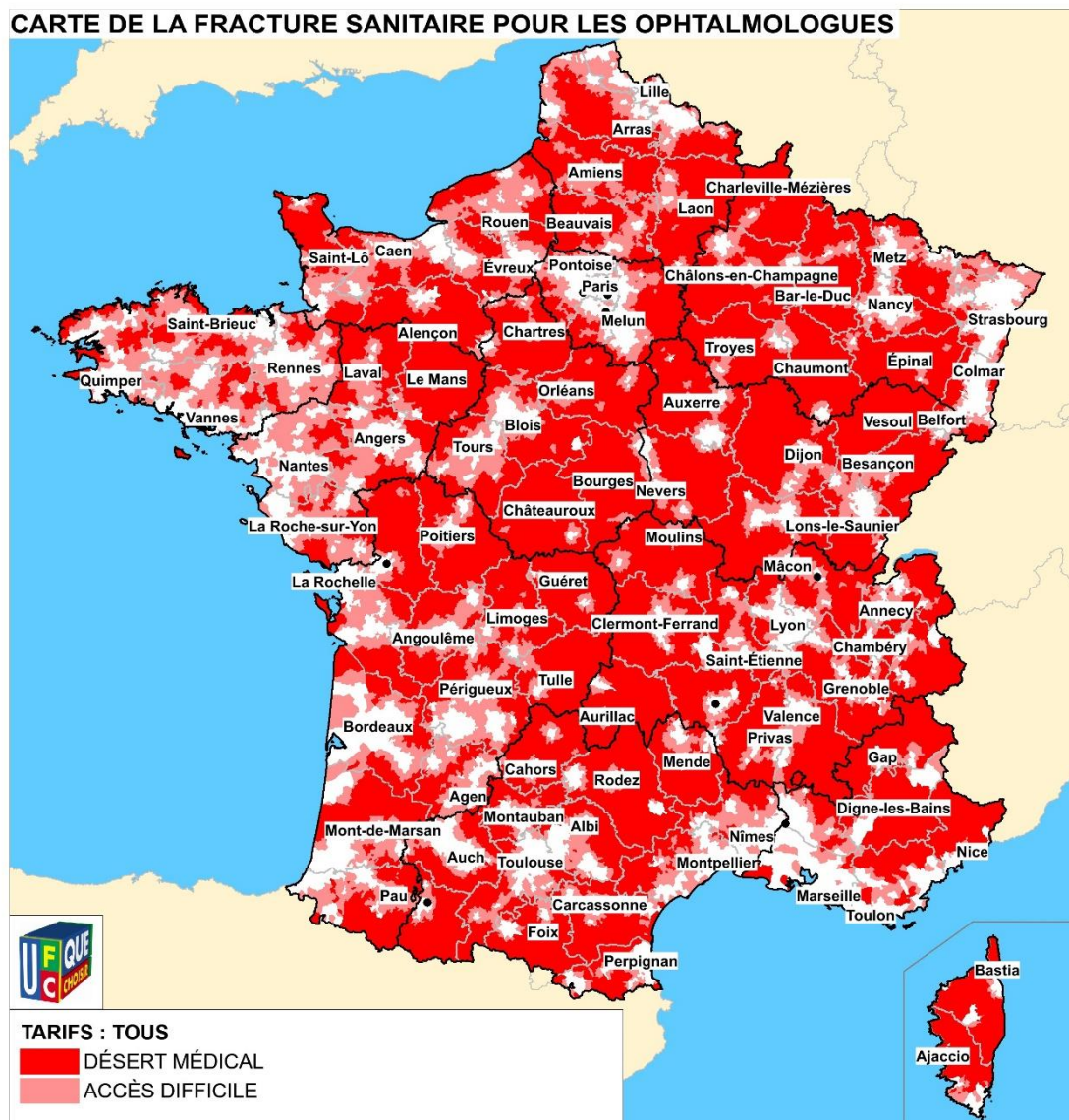
Lorsqu'on prend en compte les généralistes exerçant à moins de 30 minutes en voiture de la résidence des patients, on constate que 2,6 % d'entre eux (soit 1,7 million de personnes) vivent dans un désert médical, c'est-à-dire une zone – pour rappel – où l'accessibilité géographique est au moins 60 % inférieure à la moyenne nationale.

Mais la situation est en réalité beaucoup plus préoccupante, car lorsqu'on prend en compte les zones à accès difficile (les zones avec une accessibilité entre 30 % et 60 % inférieure à la moyenne nationale), on constate que c'est en réalité près d'un quart de la population (23,5 %, soit 15,3 millions de personnes en France métropolitaine) qui éprouvent des difficultés pour pouvoir accéder à un médecin généraliste.

2) Des déserts médicaux préoccupants pour tous les spécialistes

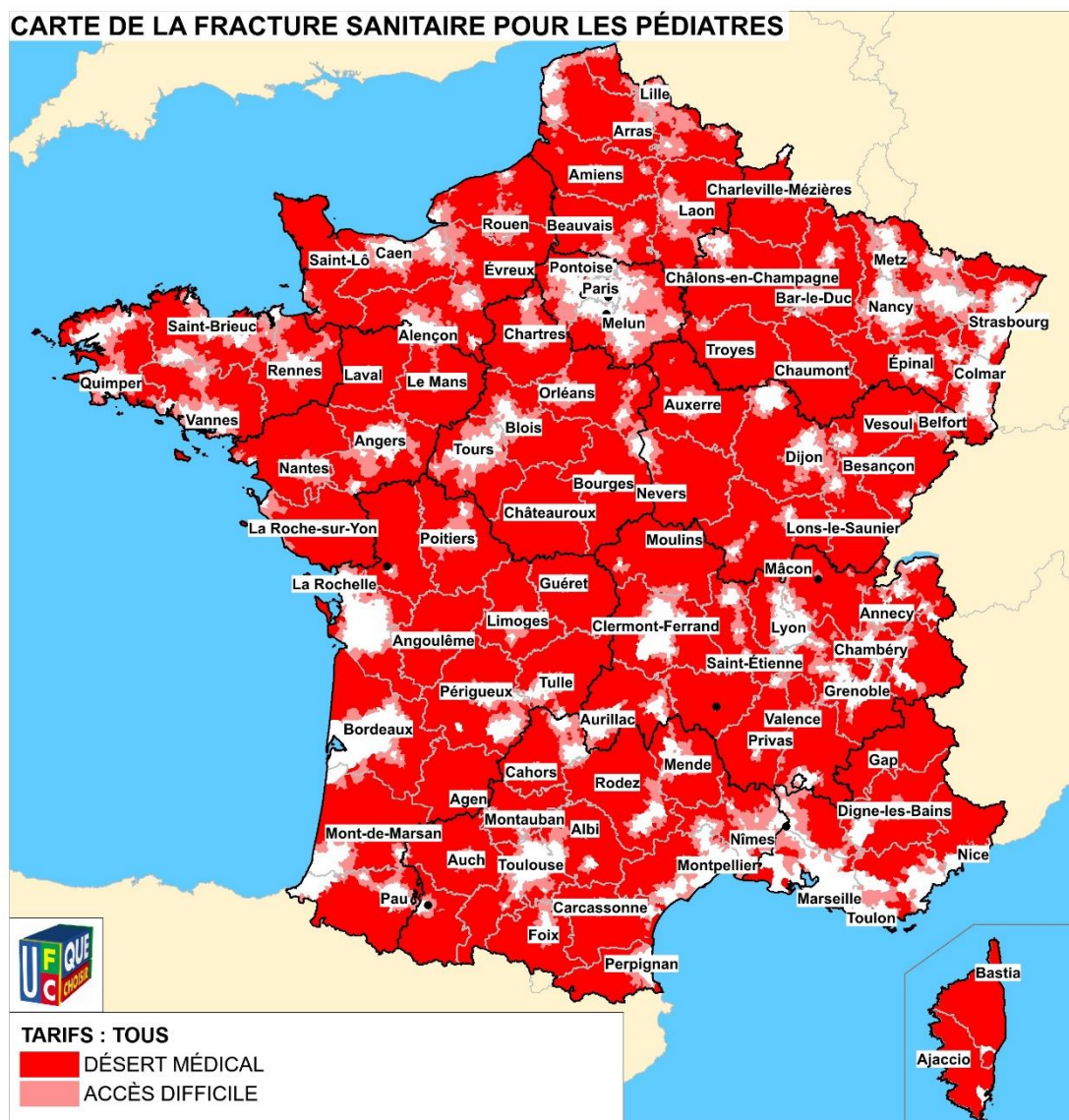
Les ophtalmologues, les pédiatres et les gynécologues sont des médecins en accès direct, c'est-à-dire qu'il n'est pas utile de passer par un généraliste pour obtenir un rendez-vous auprès d'eux. Encore faut-il qu'ils soient accessibles...

Ophthalmologues



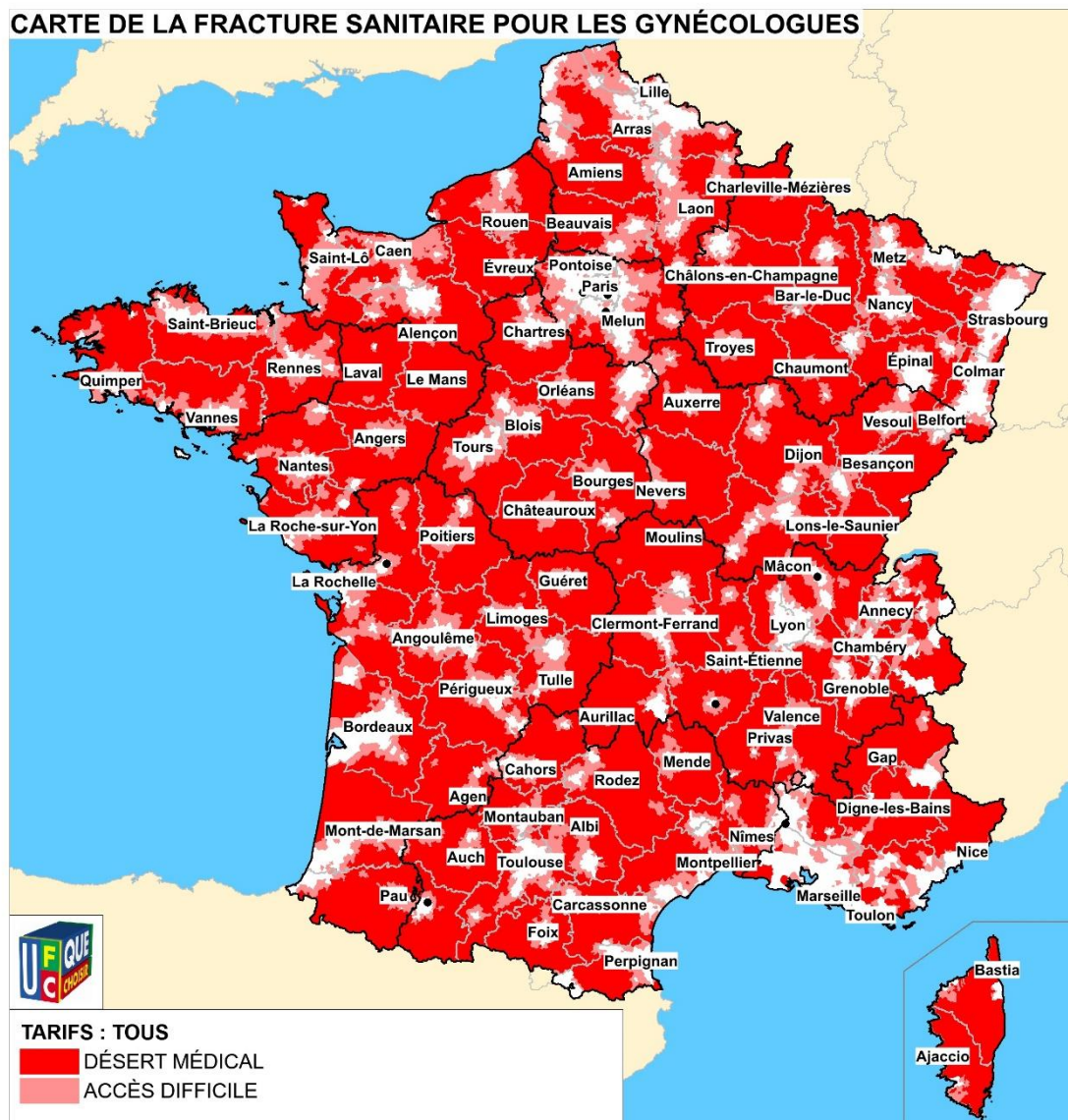
Un simple regard sur la carte de la fracture sanitaire pour les ophtalmologues permet de saisir l'ampleur de la part des usagers qui vivent dans un véritable désert médical. En effet, ce sont 19 % des patients (12,3 millions de personnes) qui vivent dans un désert médical ophtalmologique. En intégrant les zones à accès difficile, ce sont 38,3 % des habitants de France métropolitaine (24,9 millions de personnes) qui ont une accessibilité aux médecins très en-deçà de la moyenne.

Pédiatres



En proportion, la situation est encore plus dégradée pour l'accès aux pédiatres, puisque ce sont 27,5 % des enfants de 0 à 10 ans qui vivent dans un désert médical ! En prenant en compte les enfants de toutes les communes caractérisées par des difficultés d'accès à cette profession, c'est plus de la moitié des enfants (52,4 %) – et leurs parents ! – qui subissent ces difficultés.

Gynécologues



Cela saute aux yeux : la situation est également déplorable concernant l'accès à un gynécologue. En effet, près d'un quart (23,6 %) des patientes de plus de 15 ans vit en désert médical, et au total 41,6 % d'entre elles résident dans une commune présentant des difficultés d'accès.

Au global, nous constatons que d'une façon générale le type de territoire est un déterminant majeur de la fracture sanitaire : **la situation est particulièrement dégradée dans la France « périphérique »** : périphérie rurale des grands pôles urbains, communes rurales, périphéries des petits et moyens pôles.

	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total
Généralistes	2,6% 1,7 M de personnes	20,9% 13,6 M de personnes	23,5% 15,3 M de personnes
Ophthalmologues	19,0% 12,3 M de personnes	19,3% 12,6 M de personnes	38,3% 24,9 M de personnes
Pédiatres	27,5% 2,1 M d'enfants	24,9% 1,9 M d'enfants	52,4% 4 M d'enfants
Gynécologues	23,6% 6,7 M de femmes	18,0% 5,1 M de femmes	41,6% 11,8 M de femmes

Source : UFC-Que Choisir. Bases : enfants de 0 à 10 ans pour les pédiatres, femmes de plus de 15 ans pour les gynécologues

C. La prise en compte du critère financier accentue dramatiquement la fracture sanitaire

1) L'indispensable prise en compte des dépassements d'honoraires

En fonction des honoraires des praticiens, et de l'adéquation de ceux-ci avec les tarifs de référence définis par la Sécurité sociale servant de base au calcul du remboursement des consultations par l'Assurance maladie, une part du coût des consultations peut rester à la charge des patients. En effet, la Sécurité sociale définit ces tarifs de référence... mais ne contraint pas les praticiens libéraux à les respecter !

En outre, si plus de 95 % des usagers disposent d'une complémentaire santé¹², qui rembourse systématiquement le « ticket modérateur » pour une consultation au tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale, la prise en charge des dépassements est en revanche extrêmement variable en fonction des contrats. Dès lors, de nombreux consommateurs doivent supporter des restes à charge, parfois très élevés, pour consulter un médecin... quand il peuvent payer. En effet, le frein financier est la première explication (29 % des cas) de l'inquiétant renoncement aux soins des patients¹³.

¹² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs>

¹³ <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>

Au total, le système de remboursement des consultations chez les médecins libéraux selon le conventionnement du praticien est synthétisé dans le tableau suivant.

La base de remboursement de la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonné s'élève à :

- 25 € pour les consultations adultes chez les généralistes ou spécialistes (avec majorations en cas de consultations complexes)
- pour les pédiatres 37 € pour les patients de 0 à 2 ans, 32 € pour les 2 à 6 ans et 28 € de 6 à 16 ans¹⁴

	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement complémentaire santé
Conventionné secteur 1 Tarif sans dépassement d'honoraires (« Tarif Sécu »)	70 % des honoraires	30 % des honoraires (ticket modérateur)
Conventionné secteur 2 Tarif avec dépassements d'honoraires plafonnés (« Tarif encadré » ; plafond informel à environ 250 % du tarif Sécu soit 62,5 € pour un tarif de base de 25 €)	70 % du « tarif Sécu »	30 % du tarif Sécu, et pour certaines (selon le contrat), prise en charge plafonnée. En moyenne, les complémentaires santé remboursent jusqu'à un dépassement de moitié du « tarif Sécu »
Médecin non conventionné secteur 3 Tarif avec dépassements d'honoraires non plafonnés (« Tarif libre »)	Remboursement de 0,61 € pour une consultation chez un généraliste ; 1,22 € pour un spécialiste	Dépend du contrat

Ainsi, pour une consultation standard d'un adulte dans le cadre du parcours de soins coordonné, la Sécurité sociale rembourse 17,5 € (70 % du tarif de base qui est 25 €). La prise en charge du reste des frais dépend des garanties de la complémentaire santé de chacun.

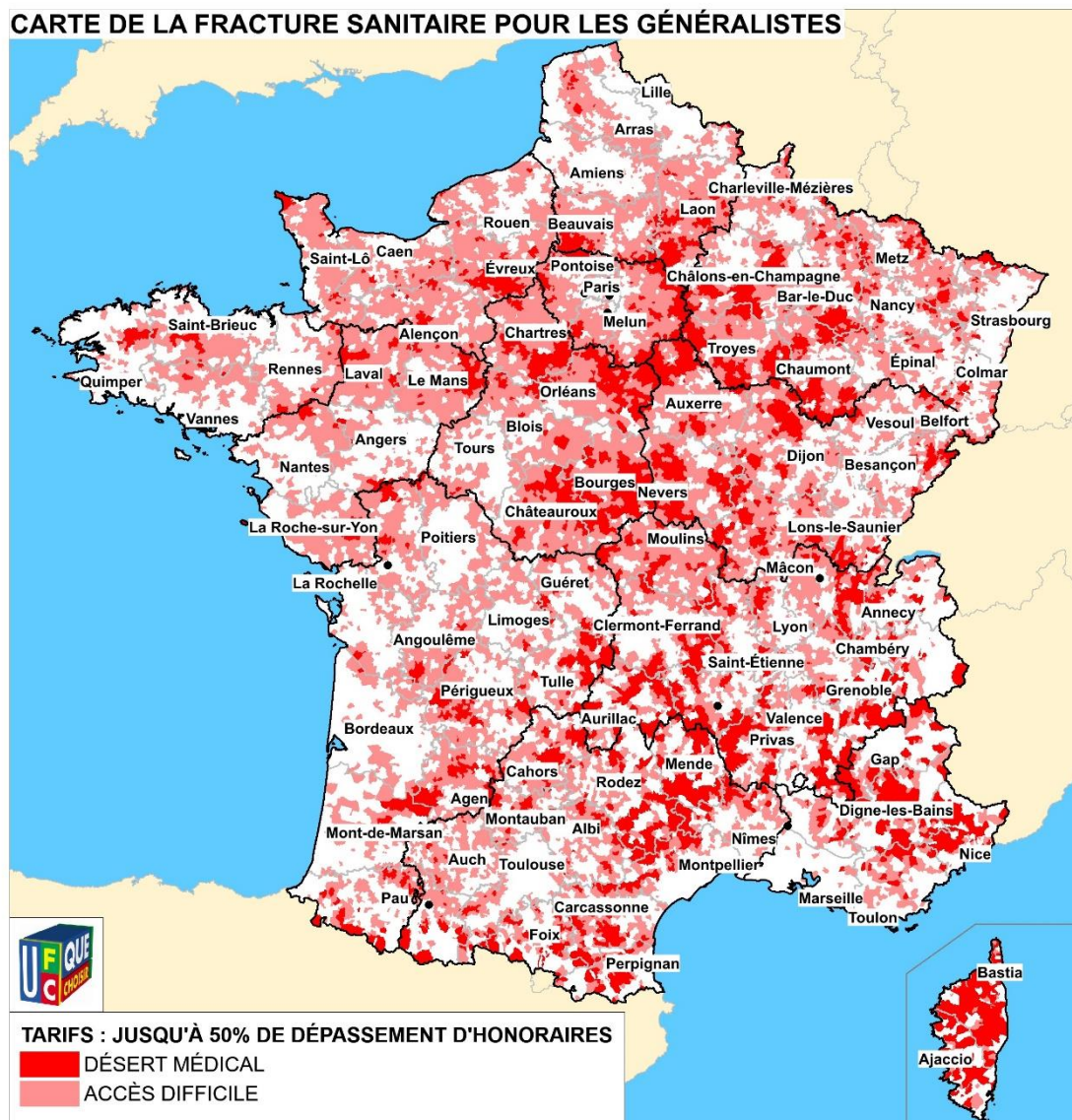
Hors du parcours de soins coordonné, le remboursement de la Sécurité sociale n'est que de 30 %, pour les généralistes lorsqu'il ne s'agit pas du médecin traitant, sauf exceptions, comme pour les spécialistes qui ne sont pas en accès direct sans orientation du médecin traitant.

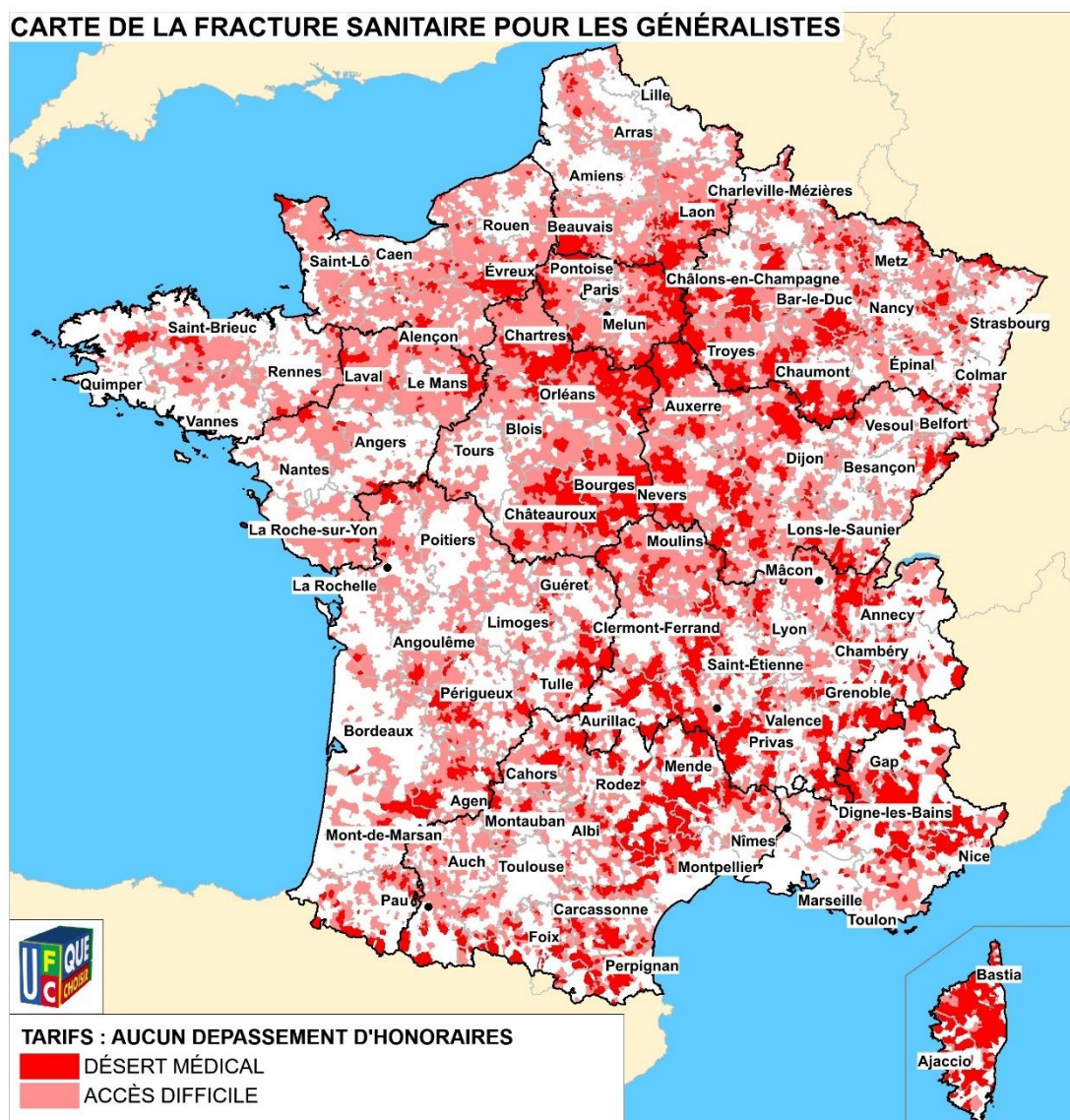
2) Prise en compte des dépassements d'honoraires : la France devient un gigantesque désert médical

Nous présentons successivement, et pour chaque catégorie de professionnels, l'offre disponible avec au maximum un taux de dépassements d'honoraires de 50 %, puis la seule offre au tarif de la Sécurité sociale.

¹⁴ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/metropole>

Généralistes





La fracture sanitaire de nature financière vient dégrader légèrement la fracture géographique pour ce qui est de l'accès aux généralistes. Un peu moins de 2 millions d'utilisateurs vivent ainsi en désert médical en termes d'accessibilité à un omnipraticien à tarifs modérés à moins de 30 minutes de leur domicile (environ 3 % de la population). 17 millions de personnes (26,1 % de la population) résident toutefois dans des communes caractérisées par des difficultés d'accès à un généraliste à honoraires modérés.

Cette situation est particulièrement problématique pour les patients contraints financièrement, car le généraliste joue un rôle-clé dans le système de remboursement. En effet, la Sécurité sociale prévoit des pénalités si l'utilisateur n'a pas de médecin traitant déclaré ou s'il ne consulte pas dans le parcours de soin.

En ce qui concerne l'accès au médecin traitant, 6 millions de personnes, soit 11 % des patients de plus de 17 ans, n'en avaient pas en juin 2021 (une part en hausse : elle s'élevait à 9,8% en 2017)¹⁵.

En outre, avoir accès à la médecine de ville rapidement et sans reste à charge excessif permet de prendre en charge les pathologies au plus vite, et d'éviter un report sur l'hôpital.

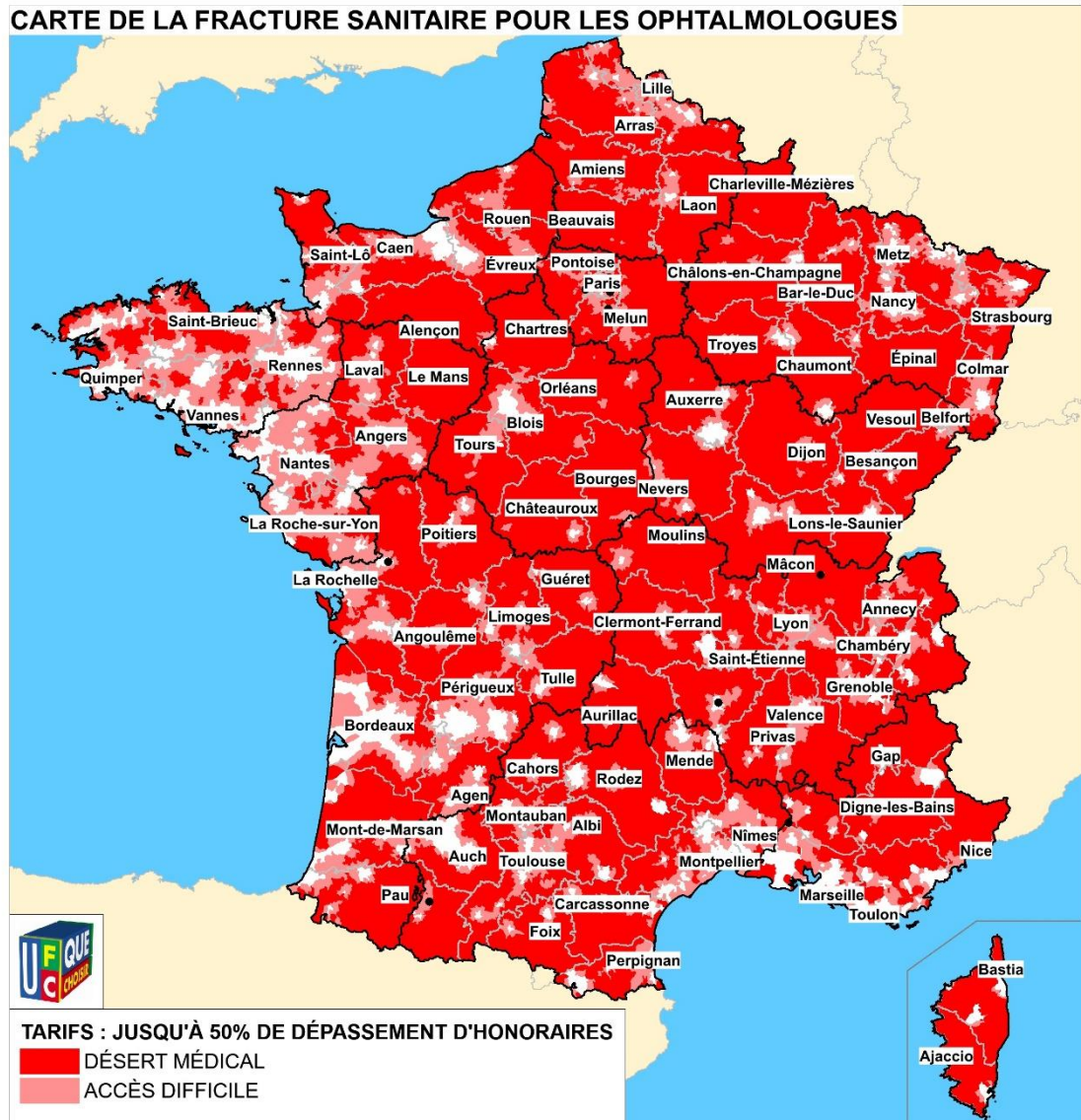
Au tarif de la Sécu, 1,9 million d'usagers (soit 3 %) vivent dans un désert médical. Si on ajoute les patients dont la commune présente un accès aux médecins généralistes difficile, ce nombre atteint 19 millions (soit 29,3 % des usagers).

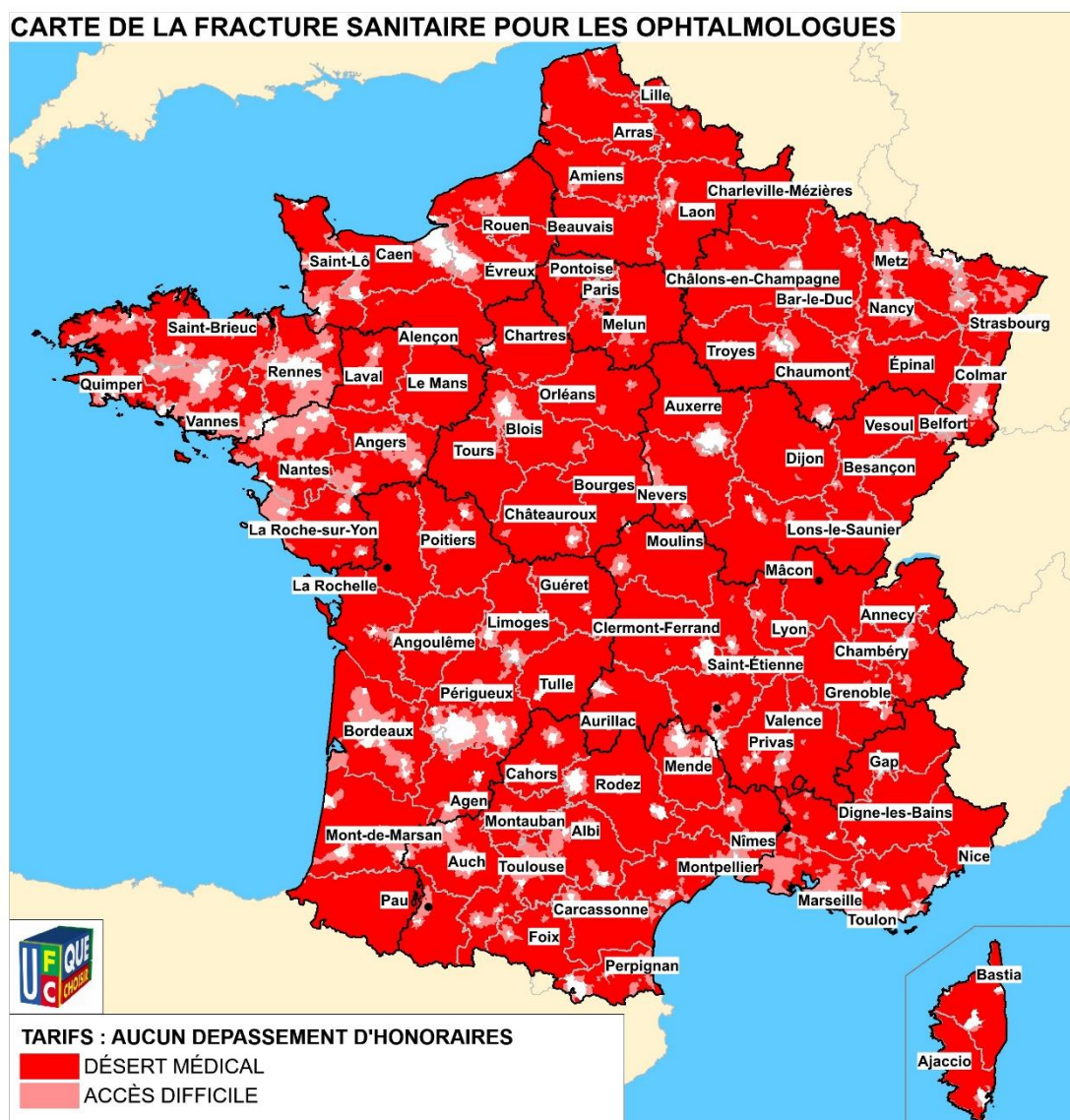
Part et nombre de personnes résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès à un généraliste, selon le tarif maximal accepté				
	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total	Différence par rapport à l'accès géographique
Généralistes Tarif maximal accepté : 50 % de dépassements d'honoraires	2,7 % (1,8 M de personnes)	23,3 % (15,2 M de personnes)	26,1 % (17 M de personnes)	+ 2,6 points (+ 1,7 M de personnes)
Généralistes Tarif maximal accepté : aucun dépassement d'honoraires	3,0 % (1,9 M de personnes)	26,3 % (17,1 M de personnes)	29,3 % (19 M de personnes)	+ 5,8 points (+ 3,7 M de personnes)

Source : UFC-Que Choisir

¹⁵ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/284823-acces-aux-soins-quelle-equite-territoriale-face-aux-deserts-medicaux>

Ophtalmologues





En se limitant aux praticiens pratiquant des dépassements modérés, c'est 25,5 millions de personnes qui résident en désert ophtalmologique (39,2 % de la population), et 45,7 millions (70,3 %) résident dans une commune caractérisée par des difficultés d'accès à ce type de spécialiste.

Pour ce qui est d'accéder à un ophtalmologue respectant le tarif de base de la Sécurité sociale, 40,9 millions de personnes (62,8 % de la population) résident en désert médical, et 55,2 millions (84,7 %) résident dans une commune caractérisée par des difficultés d'accès !

Pour les ophtalmologues également, la situation est donc là aussi désastreuse une fois pris en compte le critère financier : plus de huit usagers sur dix n'ont pas accès à un ophtalmologue respectant le tarif de la Sécurité sociale à moins de 45 minutes de trajet !

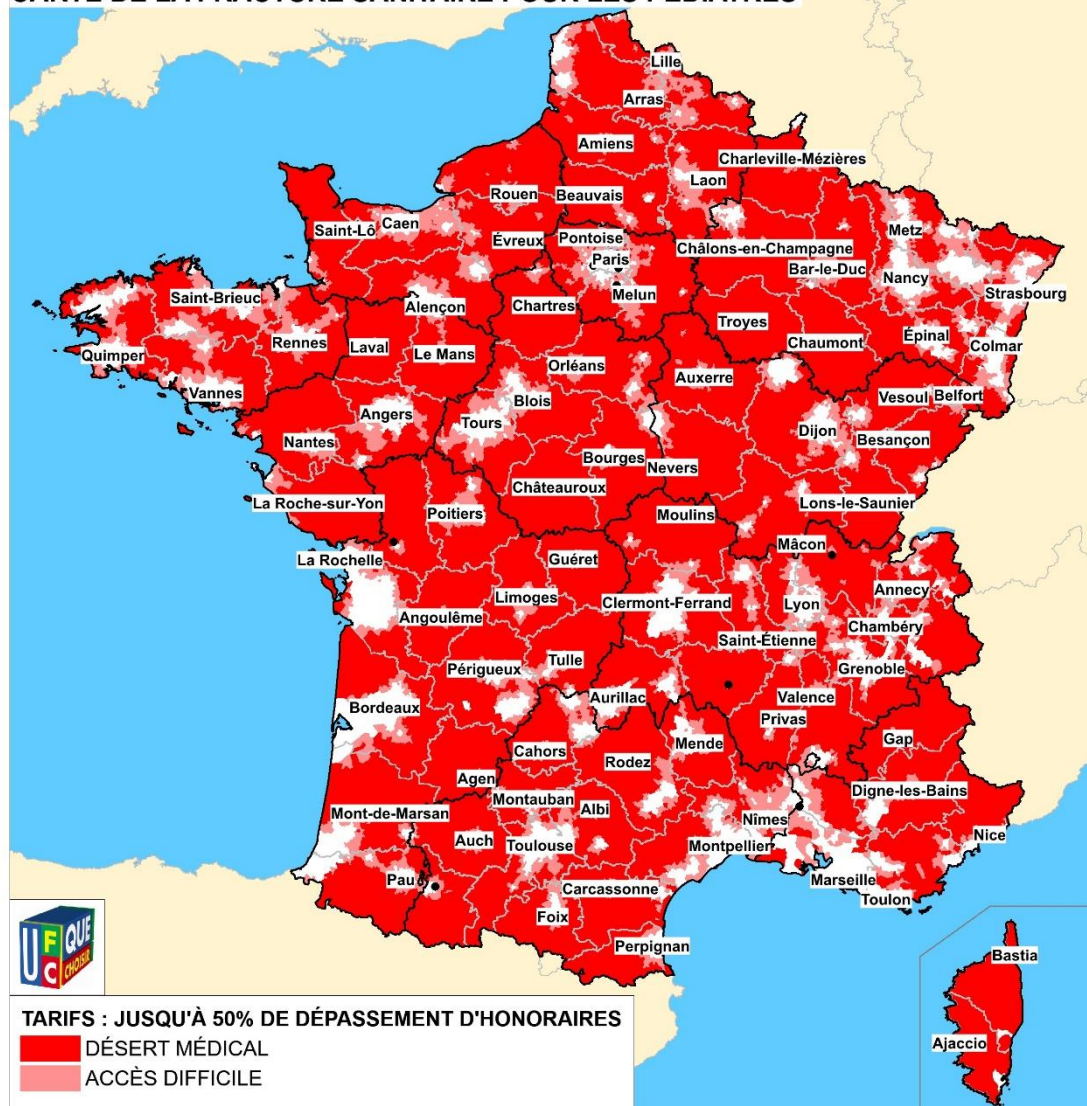
Part et nombre de personnes résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès à un ophtalmologue, selon le tarif maximal accepté

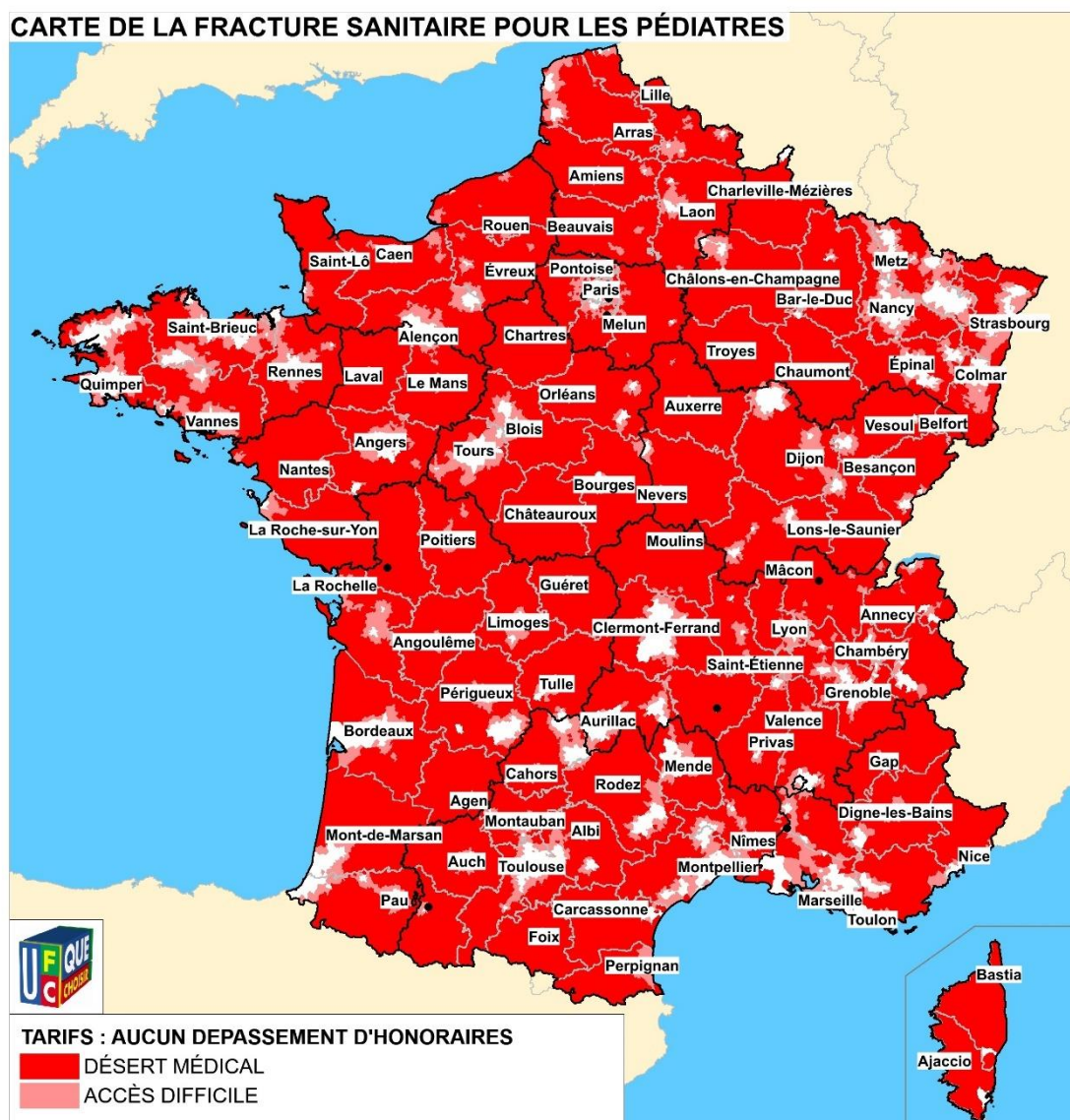
	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total	Différence par rapport à l'accès géographique
Ophtalmologues Tarif maximal accepté : 50 % de dépassements d'honoraires	39,2 % (25,5 M de personnes)	31,1 % (20,2 M de personnes)	70,3 % (45,7 M de personnes)	+ 32 points (+ 20,8 M de personnes)
Ophtalmologues Tarif maximal accepté : aucun dépassement d'honoraires	62,8 % (40,9 M de personnes)	22,0 % (14,3 M de personnes)	84,7 % (55,2 M de personnes)	+ 46,4 points (+ 30,3 M de personnes)

Source : UFC-Que Choisir

Pédiatres

CARTE DE LA FRACTURE SANITAIRE POUR LES PÉDIATRES





La situation est grave pour les pédiatres : en n'acceptant que les dépassements d'honoraires modérés, c'est un tiers (32,8 %) des enfants qui résident en désert médical, et plus de la moitié (57,7 %) des enfants qui au total résident dans une commune caractérisée par un accès difficile aux pédiatres.

En ne prenant cette fois-ci en compte que les médecins ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires, près de la moitié des enfants (46,8 %) ont des difficultés à accéder aux pédiatres si on ne prend en compte que les stricts « déserts médicaux », et les trois quarts (76,3 %) en y ajoutant la catégorie « accès difficile ».

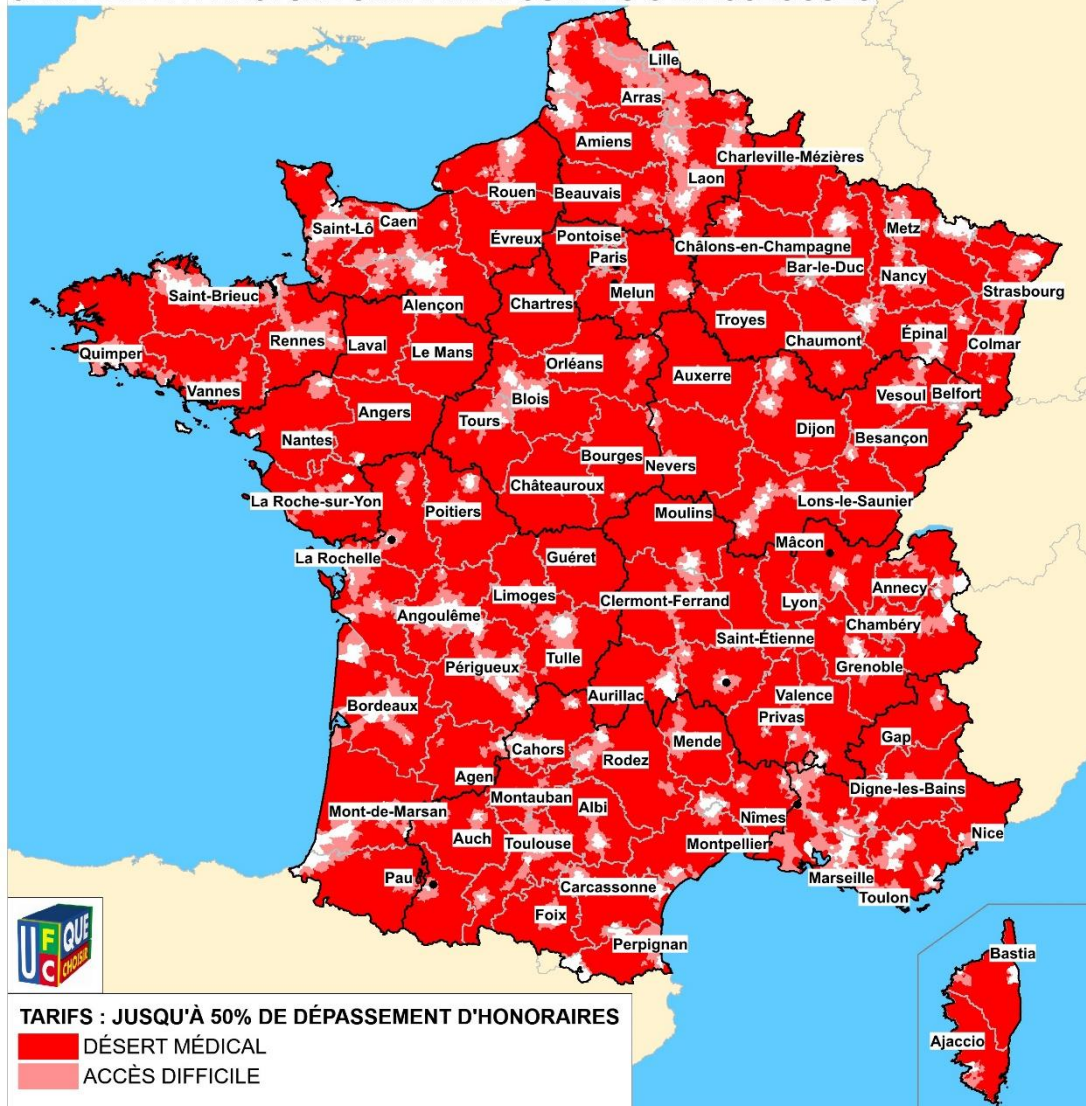
Part et nombre d'**enfants de moins de 10 ans** résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès à un pédiatre, selon le tarif maximal accepté

	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total	Différence par rapport à l'accès géographique
Pédiatres	32,8 %	24,9 %	57,7 %	+ 0,1 point
Tarif maximal accepté : 50 % de dépassements d'honoraires	(2,5 M d'enfants)	(1,9 M d'enfants)	(4,4 M d'enfants)	(+ 0,4 M d'enfants)
Pédiatres	46,8 %	29,4 %	76,3 %	+ 0,2 point
Tarif maximal accepté : aucun dépassement d'honoraires	(3,6 M d'enfants)	(2,2 M d'enfants)	(5,8 M d'enfants)	(+ 1,8 M d'enfants)

Source : UFC-Que Choisir

Gynécologues

CARTE DE LA FRACTURE SANITAIRE POUR LES GYNÉCOLOGUES





En ne retenant que les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires modérés, plus de la moitié (54,7 %) des femmes demeurent dans un désert médical gynécologique. Si on prend également en compte les zones à accès difficile ce sont 75,5 % des femmes qui éprouvent des difficultés d'accès à un gynécologue à moins de 45 minutes de leur domicile.

La situation est encore pire lorsque les femmes souhaitent ou doivent s'orienter vers un gynécologue ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires : 66,8 % des patientes vivent dans un désert médical, et près de neuf femmes sur dix (85,8 %) résident dans une commune présentant un accès compliqué à un praticien respectant le tarif de base de la Sécurité sociale.

Part et nombre de **femmes de plus de 15 ans** résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès à un gynécologue, selon le tarif maximal accepté

	Population en désert médical	Population avec un accès difficile aux soins	Total	Différence par rapport à l'accès géographique
Gynécologues	54,7 %	20,7 %	75,5 %	+ 33,9 points
Tarif maximal accepté : 50 % de dépassements d'honoraires	(15,5 M de femmes)	(5,9 M de femmes)	(21,4 M de femmes)	(+ 9,6 M de femmes)
Gynécologues	66,8 %	19,0 %	85,8 %	+ 44,2 points
Tarif maximal accepté : aucun dépassement d'honoraires	(18,9 M de femmes)	(5,4 M de femmes)	(24,3 M de femmes)	(+ 12,5 M de femmes)

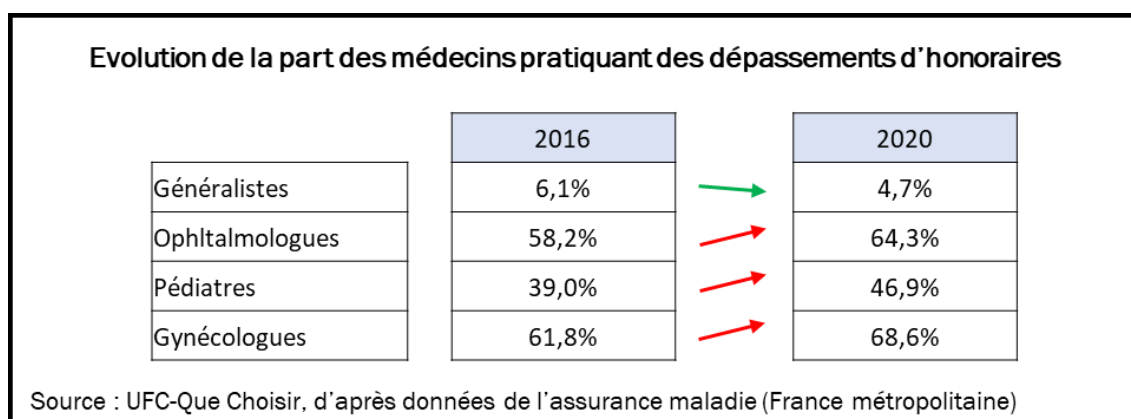
Source : UFC-Que Choisir

II. LES CAUSES DE LA FRACTURE SANITAIRE, ET COMMENT Y REMEDIER

A. L'essor incontrôlé des dépassements d'honoraires affecte les usagers

1) Les spécialistes... spécialistes des dépassements d'honoraires

Le creusement impressionnant de la fracture sanitaire pour l'ophtalmologie, la pédiatrie et la gynécologie dès lors qu'on prend en compte la dimension financière de l'accès aux médecins est une traduction concrète et immédiate d'une pratique extrêmement répandue chez les spécialistes, et en progression : les dépassements d'honoraires.



A partir de donnée de l'Assurance maladie¹⁶, nous constatons qu'une immense majorité des ophtalmologues et des gynécologues pratiquent des dépassements d'honoraires. Au-delà d'être saisissante, cette situation inquiète, et cela d'autant plus qu'on constate que la part des spécialistes qui pratiquent des dépassements d'honoraires a augmenté de manière vertigineuse entre 2016 et 2020.

Cette situation est la conséquence directe de pratiques de sur-installation en secteur 2 des spécialistes. Les nouveaux praticiens, contrairement à leurs aînés, s'orientent dans des proportions affolantes vers le secteur 2.

A titre d'illustration, en 2014 les nouveaux arrivants étaient significativement plus nombreux à s'installer en secteur 2 que leurs aînés¹⁷ :

¹⁶ <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/secteur-professionnels-sante-liberaux-departement-2016> et <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/secteur-professionnels-sante-liberaux-departement-2020>

¹⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/medecins-en-secteur-2-les-depassements-dhonoraires-diminuent-quand>

Part des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires en 2014

	Ensemble des médecins installés	Médecins installés entre 2011 et 2014
Ophthalmologues	51%	85%
Pédiatres	31%	53%
Gynécologues	51%	85%

Source : DREES

Dès lors, à mesure que les spécialistes les plus âgés partiront à la retraite, il sera de plus en plus difficile de trouver un spécialiste ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires si rien n'est fait pour enrayer cette spirale qui menace gravement l'accès aux soins.

2) 3,5 milliards d'euros de dépassements d'honoraires en 2021, un record

Alors que l'accès des usagers à des spécialistes respectant le tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale est particulièrement restreint (voir *supra*), les dépassements d'honoraires ont atteint 3,5 milliards d'euros en 2021, soit le montant annuel le plus élevé jamais enregistré.

Cette situation marque l'échec de l'OPTAM (Option de pratique tarifaire maîtrisée), dispositif mis en place au 1^{er} janvier 2017 pour juguler les dépassements. Ce système, basé sur le volontariat, verse une prime, équivalente à la réduction de cotisations sociales dont bénéficie le secteur 1, aux praticiens s'engageant à limiter leurs dépassements d'honoraires. Cet engagement se traduit par la fixation d'honoraires fixés à moins du double du tarif de la Sécurité sociale, et à la stabilisation du nombre d'actes donnant lieu à des dépassements. L'OPTAM n'a donc pas permis de juguler cette inflation : en effet, depuis 2017, la part des dépassements dans la dépense de santé pour les consultations chez les spécialistes a progressé de 0,4 point (de 16,6 % en 2017 à 17,0 % en 2021¹⁸).

Pourtant, afin de réduire la fracture financière, la Sécurité sociale pourrait durcir les critères de conventionnement en secteur 2. En effet, depuis l'instauration de l'OPTAM, la justification de l'existence du secteur 2 à honoraires plus élevés que l'OPTAM (plus de deux fois la base de remboursement de la Sécurité sociale) pose question.

La Sécurité sociale pourrait davantage piloter les tarifs : en effet, elle pourrait procéder à une revalorisation du tarif de base pour les spécialités où les dépassements sont généralisés, afin d'améliorer la prise en charge financière des patients par l'Assurance maladie et les complémentaires santé (qui ne remboursent en moyenne que les dépassements jusqu'à 50 % du tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale).

3) Les patients en sont d'autant plus affectés que les tarifs des complémentaires santé augmentent

¹⁸https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022_1.pdf

Les honoraires des médecins non pris en charge par la Sécurité sociale sont soit payés directement par les patients (reste à charge), soit remboursés par les complémentaires santé, donc payés indirectement par les patients à travers leurs cotisations.

L'échec des pouvoirs publics à juguler les dépassements d'honoraires des médecins a donc un effet inflationniste qui a pu contribuer pour partie à la hausse des cotisations des complémentaires santé. Selon l'INSEE, leurs tarifs ont en effet augmenté de 62,3 % entre janvier 2002 et juin 2022¹⁹, contre 34,9 % pour l'ensemble des prix à la consommation hors tabac sur la même période²⁰.

La hausse des dépassements d'honoraires est d'autant plus problématique que les assurés peinent à comparer les garanties²¹ dans un contexte où le niveau de prise en charge des complémentaires est très variable selon les contrats.

Une modération des tarifs des libéraux contribuerait donc à endiguer la hausse de la dépense des patients, que ce soit directement, à travers le reste à charge après remboursement de la Sécu, ou indirectement, à travers une décélération du gonflement des cotisations des complémentaires santé.

B. Des politiques de saupoudrage inefficaces

Dans le contexte de pénurie de médecins, les gouvernements successifs ont instauré des politiques d'incitation à l'installation pour tenter de réduire la fracture sanitaire.

Régulièrement réformées, **les mesures incitatives ont toutes montré leurs limites**. En effet, elles concernent peu de médecins et/ou ne créent que des effets d'aubaine : la plupart n'ont quasiment pas eu d'effet sur le choix du lieu d'installation, mais ont permis aux médecins concernés d'augmenter leurs revenus aux frais des administrations publiques.

En 2007, le dispositif « option conventionnelle » majorait les honoraires dans les zones jugées prioritaires de 20 %. Dix ans plus tard, l'effet de ce dispositif n'est estimé qu'à un apport net de 50 médecins dans ces zones, pour un coût de 63,4 M€ (**soit un coût de 1,3 M€ par médecin !**).

En 2011, le dispositif « options conventionnelles relatives à la démographie » proposait une aide à l'activité dans les zones sous-dotées. Quatre ans plus tard, ce dispositif concernait 2 351 médecins pour un coût de 32,7 M€... mais seuls 10 % de ces praticiens étaient nouvellement installés, et seulement 11,4 % des nouvelles installations ont eu lieu en zones sous-dotées (**soit un coût de 1,2 M€ par médecin nouvellement installé en zone sous-dotée**). L'option « santé solidarité territoriale » (bonification des vacations dans ces territoires) n'a pour sa part concerné que 30 médecins en quatre ans !

En 2016, des « contrats démographiques » et une aide à l'installation ont été adoptés²² avant d'être simplifiés au cours du premier quinquennat d'Emmanuel Macron. A la date de novembre 2022, les dispositifs existants sont les suivants :

¹⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001762477>

²⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001763852>

²¹ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-et-resiliation-les-engagements-doivent-etre-tenus-n80003/>

²² Contrats d'installation en zone sous-dotée, contrats de transition pour les praticiens proches du départ en retraite, contrats de stabilisation et de coordination pour les pratiques groupées, et contrats de solidarité territoriale destinés aux médecins implantés en dehors d'une zone fragile en appui des praticiens exerçant en zones sous-dotées

- **Le CDE** (Contrat de Début d'Exercice) représente un dispositif d'aides, d'une durée de trois ans non renouvelables, ouvertes aux étudiants de 3^{ème} cycle, aux remplaçants ayant soutenu leur thèse, et aux jeunes médecins inscrits depuis moins d'un an au conseil national de l'ordre²³. Ce dispositif unique a remplacé en 2021 les anciens dispositifs d'aides des ARS (agences régionales de santé).
- **Le CESP** est une bourse 1 200 € par mois en échange d'une installation en zone sous-dotée pour une durée de deux ans minimum. Ce dispositif a permis 646 installations en tout, à date de juillet 2022²⁴.

L'Assurance maladie a établi un bilan sévère de ces mesures incitatives. Fin 2021, seuls 4 685 « contrats démographiques » étaient en cours, dont moins de la moitié portait sur de nouvelles installations²⁵. L'aide à l'installation, d'un montant maximal de 50 000 €, a quant à elle été accordée à 2 025 médecins (environ 400 par an).

L'Assurance maladie a établi le coût de ces mesures à 94 M€ sur la période de 2017 à 2020, tout en concluant à leur inefficacité face à la dégradation de l'offre de soins. Relevons que sur la même période, l'accessibilité des infirmières et sage-femmes libérales s'est au contraire améliorée grâce à la régulation des installations, à travers un dispositif conditionnant une arrivée à un départ dans les zones les mieux dotées²⁶.

Les médecins installés en secteur 2 hors Optam exerçant en zone sous-dense peuvent par ailleurs prétendre à des aides : le Contrat de Stabilisation et Coordination des médecins (Coscom) leur est ouvert, ainsi que le Contrat de transition (Cotram) et le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM), bien que ces deux dernières soient rapportées à la proportion de consultations effectuées au tarif de base de remboursement de la Sécurité sociale.

C. Sans action résolue, la fracture géographique va s'accroître

Il ne faut pas se leurrer : du fait des délais de formation (dix ans) et du vieillissement démographique des médecins, les effectifs de praticiens sont amenés à être durablement insuffisants, comme le montrent les prévisions de la Drees reproduites ci-après.

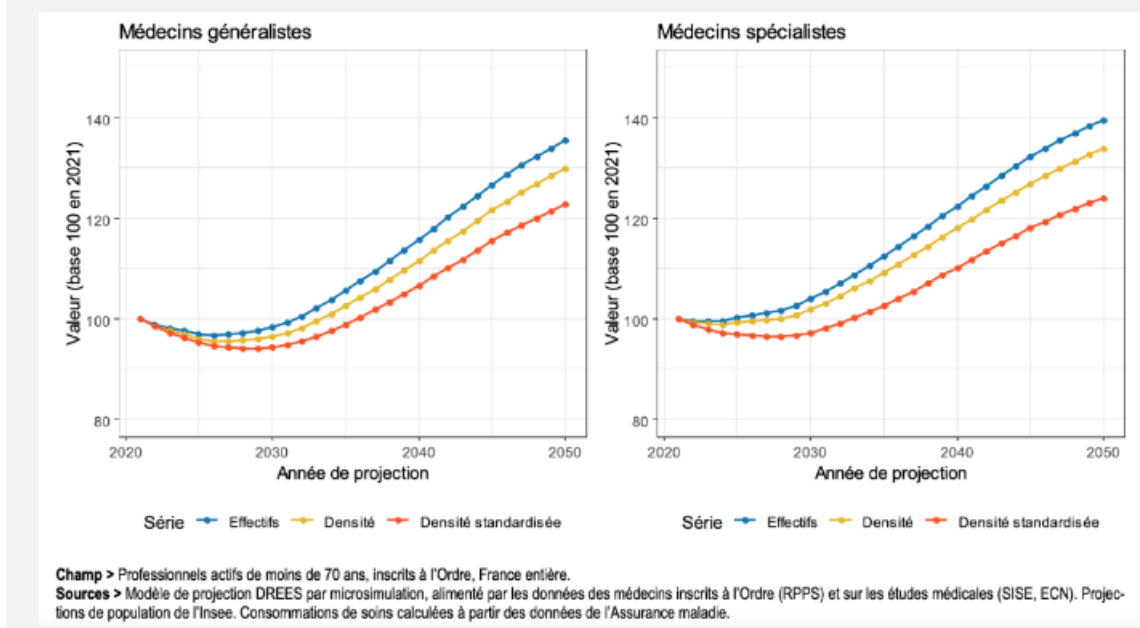
²³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/contrat-de-debut-d-exercice-cde/CDE>

²⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>

²⁵ 51 % étaient des contrats de coordination pour des médecins déjà installés.

²⁶ Bilan présenté le 8 juillet 2022 dans une commission interne de l'Assurance maladie, consulté le 18 juillet 2022 par l'AFP

Graphique 1 • Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 (Anguis, *et al.*, 2021)



Source : Drees.

En effet, selon la Drees, le nombre de médecins sur le territoire devrait se maintenir durablement en deçà de son niveau de 2020 : ce serait le cas jusqu'au milieu des années 2030.

Cette situation est d'autant plus délétère en raison des prévisions démographiques à horizon 2030, tant en matière d'augmentation de la population (+ 1,7 % d'habitants) que de son vieillissement (+ 44,3 % d'habitants âgés de 75 à 84 ans, et + 8,8 % de plus de 85 ans²⁷) qui devraient logiquement augmenter les besoins de soins.

Or, les départements les moins bien dotés en médecins libéraux sont aussi ceux où la moyenne d'âge de ces praticiens est la plus élevée ! A titre illustratif, tendanciellement, les départements qui étaient déjà les moins dotés en généralistes en 2020 connaîtront le plus de départs à la retraite, et verront donc leur situation relative se dégrader dans les années à venir, sauf changement radical de politique de régulation de l'installation.

²⁷ https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/population-evolution/projections/

Age moyen des généralistes de 8 départements en fonction de leur densité en généralistes

	Nombre de généralistes pour 100.000 habitants	Age moyen des généralistes
Eure-et-Loir	58,8	56,3 ans
Orne	66,8	55,6 ans
Yonne	67,6	55,3 ans
Cher	68,2	55,8 ans
Loire-Atlantique	94,4	46,6 ans
Maine-et-Loire	95,0	46,2 ans
Finistère	100,1	45,9 ans
Savoie	113,2	47,3 ans

Source : UFC-Que Choisir d'après Observatoire des territoires, et DREES

D. La télémédecine, un faux remède contre la fracture géographique

La téléconsultation peut avoir une utilité, d'autant plus faite d'accès physique à un rendez-vous en cabinet, mais **elle ne doit en aucun cas se faire au détriment de la qualité des soins, ni se substituer à la lutte contre la fracture sanitaire géographique**. Au mieux, substituer des téléconsultations à des consultations physiques ne peut être acceptable que sur la base du souhait du patient. En outre, une telle substitution est impossible lorsqu'une auscultation est nécessaire.

Qui plus est, pour pouvoir avoir recours à la téléconsultation, il faut impérativement savoir se servir d'internet (ce qui n'est pas le cas de 17% de la population d'après l'Insee²⁸).

Enfin, l'intolérable **fracture numérique** limite également l'accès aux téléconsultations : 25 % des relevés de connexions mobiles au niveau national ne relèvent pas d'un bon haut débit, et 32 % dans les zones rurales²⁹, qui font tendanciellement partie des zones les plus touchées par la désertification médicale. Quant aux connexions internet fixes, elles ne permettent pas d'avoir un bon débit pour environ deux usagers sur dix³⁰.

²⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

²⁹ Au moins 8 Mbit/s. <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-internet-mobile-queldebit-met-en-lumiere-l-inadmissible-fracture-numerique-n98396/?dl=99191>

³⁰ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-qualite-de-l-internet-fixe-un-outil-participatif-et-evolutif-favorisant-une-reelle-transparence-sur-la-fracture-numerique-n65007/?dl=43403>

E. Une absence coupable de volonté politique pour revenir sur le dogme de la liberté d'installation

1) Vers un consensus pour la remise en cause de la liberté d'installation des médecins ?

Rejoignant les préconisations émises par l'UFC-Que Choisir il y a déjà 10 ans, la remise en cause de la liberté d'installation fait de plus en plus d'adeptes.

- **La Cour des comptes**

En effet, la Cour recommande depuis 2017³¹ de prendre des mesures volontaristes contre la fracture sanitaire, en qualifiant les professionnels de santé de « très mal répartis », situation causant des « déséquilibres coûteux pour la collectivité ». En effet, la Cour évaluait déjà le coût de l'inefficacité de la répartition de l'offre de soins pour la collectivité à 3,2 Md€ en 2017³².

La Cour pointe en outre « l'absence de volonté politique » pour affronter cette situation catastrophique, qualifiant les mesures d'incitation d'inefficaces. **Elle préconise de réguler l'installation des médecins, sur le modèle de pays voisins tels que l'Allemagne** (où le conventionnement est conditionné aux besoins de chaque territoire), **le Royaume-Uni et les Pays-Bas** (où le personnel soignant est soumis à certification puis re-certification régulière, donnant lieu à une affectation en fonction de cibles de densité médicale par zone).

- **Le Ministère des Finances**

Le Ministère des Finances tire également la sonnette d'alarme sur la désertification médicale depuis 2019³³. La Direction générale du Trésor préconise ainsi d'adapter la formation des médecins, notamment en pilotant les effectifs des spécialités pour augmenter l'offre de soins là où elle est la plus déficiente, par exemple pour l'ophtalmologie. L'administration financière préconise également d'orienter les internes vers les régions où les besoins sont les plus forts, et de sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice dans les zones sous-dotées. **Le Trésor préconise d'adapter la liberté d'installation à court terme pour gérer la pénurie de médecins libéraux** afin de cibler les zones les plus sous-dotées.

- **Les parlementaires de tous bords politiques**

Entre juillet 2022 (entrée en exercice de la nouvelle législature) et le 12 septembre de la même année, six propositions de loi sur les déserts médicaux ont été déposées à l'Assemblée nationale. Ces initiatives sont issues de partis de tous bords politiques, et portées par des élus représentant des zones à l'offre de soins déficiente.

Lors de la législature précédente (2017-2022), pas moins de 18 propositions de loi avaient été déposées à l'Assemblée à ce sujet, et 7 au Sénat !

En novembre 2021, une quarantaine de députés, emmenés par Thierry Benoit, soutien de la majorité, ont notamment proposé **un conventionnement sélectif, conditionnant les installations des médecins en zones surdotées à un départ de la même zone**, ainsi qu'une

³¹ https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

³² Soit, pour donner une idée de l'ordre de grandeur, l'équivalent du budget annuel de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), incluant la rénovation de 800 000 logements <https://www.anah.fr/presse/detail/actualite/un-budget-2022-pour-le-changement-dechelle-de-lagence/>

³³ <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/7a1cf861-d2fc-4d6b-89ff-9e8c16e25172/files/8d52abb8-041e-4285-b936-2652748d421b>

obligation d'effectuer un stage en zone sous-dotée pour les étudiants, et d'exercer pendant trois ans dans une telle zone pour les jeunes diplômés³⁴. Cette initiative parlementaire transpartisane n'a toutefois pas réussi à convaincre le groupe majoritaire de l'adopter.

2) Un conventionnement territorial qui fonctionne déjà pour certaines professions de la médecine libérale

Il est urgent de s'inspirer pour la médecine libérale des politiques en vigueur régissant l'installation d'autres professions libérales, telles que les sage-femmes, infirmières, et kinésithérapeutes. Rappelons que pour ces professions, le maillage territorial est nettement moins dégradé que pour la médecine³⁵, et s'est amélioré entre 2016 et 2019, alors que la fracture sanitaire s'est accentuée pour les médecins à la même période.

Le service statistique du Ministère de la Santé (DREES) définit pour ces professions un indicateur d'accessibilité pour chaque commune, permettant d'établir par arrêté des seuils de densité au niveau national. Les agences régionales de santé (ARS) régulent ensuite l'installation des professionnels ; en particulier une installation en zone sur-dotée est conditionnée à un départ. Ce dispositif contraignant permet donc de flécher les nouvelles installations vers les zones où les besoins de soins sont les plus élevés.

Le Ministère publie également un seuil de zones sous-dotées pour les médecins généralistes. Il a donc les capacités techniques de faire le même travail pour les spécialistes. Il faut ensuite avoir le courage politique nécessaire pour revenir sur le dogme de libre installation des médecins, pour permettre aux ARS de réguler les installations, afin de réduire la fracture géographique. Une telle mesure ne ferait que normaliser la situation des médecins au regard des autres professions médicales libérales.

³⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4735_proposition-loi#

³⁵ <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>

DEMANDES DE L'UFC-QUE CHOISIR

La présente étude a montré qu'une proportion alarmante des patients a difficilement accès aux consultations de praticiens libéraux, et conclut que cette situation doit cesser au plus vite.

Face à l'échec criant des coûteuses mesures d'incitations passées, les pouvoirs publics doivent de toute urgence changer de logique, en régulant l'installation des médecins (une telle régulation existant pour l'installation des infirmières libérales) et en mettant fin à la fièvre des dépassements d'honoraires.

C'est pourquoi l'UFC-Que Choisir demande :

- L'instauration d'un conventionnement territorial des médecins, ne leur permettant plus de s'installer en zones surdotées, à l'exception du secteur 1 (tarif de la Sécurité sociale) quand la situation l'exige (remplacement d'un médecin partant à la retraite ou zone très largement sous-dotée en médecins en secteur 1) ;
- La fermeture de l'accès au secteur 2 (à honoraires libres) à l'origine du développement incontrôlé des dépassements d'honoraires. Les nouveaux médecins ne devraient avoir le choix qu'entre un secteur 1 aux honoraires sans dépassements et l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui encadre les dépassements d'honoraires ;
- La suppression des aides publiques aux médecins ne respectant pas le tarif de la Sécurité sociale, hors OPTAM.

