

Quel avenir pour la médecine libérale ?

Le cas des spécialités du bloc opératoire

par Jacques BICHOT

Économiste, professeur émérite à l'université Lyon 3

L'Ordre des médecins a présenté en juin 2011 la cinquième édition de son *Atlas de la démographie médicale*. Parmi les 5392 médecins qui se sont inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2010, seulement 507, soit 9,4%, ont choisi un mode d'exercice libéral. Durant la même année, 903 ont « dévissé leur plaque » bien avant l'âge de la retraite, dans plus de la moitié des cas pour passer à une activité salariée.

L'année 2010 n'est pas une exception: la proportion d'exercice libéral chez les nouveaux inscrits fut de 10% en 2008 et 8,6% en 2009. Il s'agit bien d'une désaffection pour cette façon d'exercer la médecine. Or les actes du bloc opératoire, qui nécessitent l'intervention d'anesthésistes, de chirurgiens ou d'obstétriciens, sont généralement moins coûteux lorsqu'ils sont effectués dans des établissements privés (où les praticiens qui interviennent ont généralement un statut de profession libérale) que dans des hôpitaux publics (avec des praticiens salariés) (1). À une époque où le déficit de la Sécurité sociale fait presque figure d'ennemi public n° 1, il est donc curieux de constater que les pouvoirs publics ne se soucient guère de rechercher les moyens d'inverser ce phénomène.

Le présent article a pour ambition de contribuer à la nécessaire réflexion relative au statut de ces praticiens libéraux du bloc opératoire.

I. — LA RESPONSABILITÉ CIVILE MÉDICALE

L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux est devenue effervescente en France depuis l'arrêt *Per-*

ruche du 17 novembre 2000 et les palinodies juridiques et législatives qui lui ont succédé. Le montant des indemnités s'est orienté à la hausse, ainsi que la propension des victimes et de leurs proches à mettre en cause la responsabilité des médecins; les incertitudes relatives aux évolutions de la législation et de la jurisprudence, la longueur des délais requis pour juger de la « consolidation » des états de santé ou accordés pour porter plainte, se sont ajoutées à la faiblesse (réjouissante) du nombre des accidents très graves pour rendre le « gros » risque responsabilité civile médicale (RCM) non probabilisable (2) et *ipso facto* difficilement mutualisable par les méthodes assurantielles classiques.

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) garantit aux victimes que les indemnités déterminées par accord entre les parties (dans le cadre des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, ou CRCI) ou par voie judiciaire leur seront effectivement versées. En revanche, les praticiens libéraux sont confrontés à un risque de ruine, leurs assureurs ne leur proposant pas de contrats comportant une garantie illimitée (3). Leurs confrères salariés n'ont pas le même problème, la responsabilité civile susceptible d'être mise en cause n'étant pas la leur (sauf en cas de faute intentionnelle) mais celle de l'établissement qui les emploie.

Le législateur a cherché à différentes reprises une solution à ce problème, qui amène régulièrement les obstétriciens libéraux à se mettre en grève. Ces grèves

(1) Voir notre article « La coûteuse euthanasie de l'obstétrique libérale », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, n° 1.

(2) La démonstration du caractère non probabilisable a été apportée, en ce qui concerne les obstétriciens, dans notre article « Le risque responsabilité civile du gynécologue obstétricien: problèmes et solutions », *Revue de droit sanitaire et social*, 2007, n° 1. Cette démonstration s'étend aisément à l'ensemble des accidents médicaux très graves.

(3) Voir Rémi PELLET (sous la direction de), *Responsabilité, assurance et expertises médicales*, Dalloz, 2008. On y trouvera en particulier le rapport IGAS de février 2007 intitulé *L'assurance en responsabilité civile médicale* ainsi que les contributions de Rémi PELLET, « Pour une nouvelle réforme de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux et de l'expertise médicale » et de Béatrice LE NIR, « Synthèse sur la sinistralité médicale et ses conséquences ».

sont symboliques dans la mesure où les préfets prennent des arrêtés de réquisition, les hôpitaux publics n'ayant pas les capacités suffisantes pour accueillir la totalité des parturientes. Elles n'en posent pas moins une vraie question : puisque l'État réquisitionne les praticiens libéraux, ne doit-on pas en déduire qu'ils font dans une certaine mesure partie du service public, si bien qu'il n'y aurait rien de choquant à leur garantir un minimum de sécurité en échange des obligations qui leur sont imposées ? La prise en charge par l'ONIAM des indemnités dues au-delà du plafond de garantie présent dans le contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle serait alors la contrepartie normale du fait que les praticiens libéraux sont, tout comme leurs collègues salariés, des acteurs sur lesquels la nation compte pour donner un contenu concret au « droit aux soins » qui est devenu partie intégrante du contrat social sur lequel sont fondées les démocraties modernes.

La RCM fait hélas partie des sujets que les pouvoirs publics ont beaucoup de mal à traiter de manière efficace. L'encre de la loi Kouchner du 4 mars 2002 était à peine sèche qu'il apparut nécessaire de la corriger sur ce point, ce qu'essaya de faire la loi About du 30 décembre 2002. Las ! Il apparut vite que ce texte ne résolvait pas le problème des cas graves de RCM, accentué par certaines dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (4). De plus, cette loi a substitué à la couverture par le contrat d'assurance existant à la date du fait générateur la couverture par le contrat en vigueur lors de la contestation (5), qui peut être très postérieure au fait générateur : un médecin risque d'être mis en cause à une date où, ayant cessé de pratiquer, il est dépourvu de couverture RCM !

À cet amateurisme du législateur fait pendant la désinvolture de l'exécutif. En effet, le Gouvernement était tenu par la LFSS pour 2007 de transmettre au Parlement, dans les six mois, un rapport sur la RCM. Il semblerait que le rapport 2010 de l'Observatoire des risques médicaux, organisme dont les membres ont été nommés par arrêté en décembre 2009, en tienne lieu. En tout état de cause, rien n'est venu dans le délai imparté par la loi. L'exécutif a donc, en toute impunité, enfreint cette disposition de la LFSS pour 2007.

Le législateur a ensuite introduit des dispositions en vue de régler le problème de la RCM dans la LFSS pour 2010 : c'est l'article 44. Mais cet article, mal rédigé, laisse subsister des « trous de garantie ».

Gilles Johanet, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur de la Caisse nationale d'assu-

rance-maladie et ancien dirigeant d'assurances privées, a alors été chargé de rédiger un rapport sur le sujet, mission confirmée en octobre 2010 au vu d'une première note, et qui a débouché fin janvier 2011 sur un rapport aux ministres concernés. Ce rapport approuvé en la modifiant à la marge la proposition faite par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) : création d'un pool réunissant tous les assureurs concernés, alimenté par une contribution sur l'ensemble des médecins libéraux, et destiné à prendre en charge les indemnités dues au-delà des sommes garanties par les contrats d'assurance – contrats qui devraient évidemment avoir tous le même plafond.

Le rapport Johanet n'apportait guère de raisons économiques pour se rallier à la proposition de la FFSA, nettement plus coûteuse que l'attribution à l'ONIAM du soin d'assurer le « gros risque RCM », et dont la mise en place et le fonctionnement ne seraient probablement pas simples, mais il a été suivi d'effet : le Gouvernement a fait introduire l'idée d'un pool d'assureurs dans la proposition de loi déposée par le sénateur Fourcade en vue d'aménager la loi HPST du 21 juillet 2009. Il s'agissait cependant d'une manœuvre maladroite : une fois la loi dûment votée, le Conseil constitutionnel a censuré l'article correspondant, ainsi qu'une trentaine d'autres, comme autant de « cavaliers » ne répondant pas à l'objet propre du texte qui est devenu, ainsi allégé, la loi 2011-940 du 10 août 2011.

À l'heure où nous écrivons, le Gouvernement travaille à inclure une solution (financée par une taxe) dans le projet de loi de finances. Il ne s'agit plus d'un pool d'assureurs, mais d'un fonds de garantie géré par la Caisse centrale de réassurance, société anonyme détenue à 100% par l'État français qui gère déjà plusieurs fonds de garantie pour le compte de celui-ci. Ce fonds serait institué par un nouvel article, L. 426-1, du Code des assurances. Affaire à suivre. Remarquons toutefois que la solution dite « libérale » par les pouvoirs publics parce qu'elle satisfait aux desiderata des organismes d'assurance repose en fait sur la création d'une taxe supplémentaire ! En faisant gérer par un fonds relevant de l'État ce qui aurait pu l'être par l'ONIAM, elle s'inscrit dans la droite ligne du processus de mélange entre les affaires de la Sécurité sociale et celles de l'État qui se poursuit depuis les réformes de 1995. Une fois de plus, cette politique de méli-mélo pérennise un coût inutile pour la Sécurité sociale (6).

En supposant que tout se passe bien, la question du risque de ruine des médecins libéraux aura été résolue,

- (4) Il s'agit surtout du délai de prescription de l'action en responsabilité, dont le point de départ a été repoussé dans le temps : de la première constatation médicale du dommage à sa consolidation.
- (5) Rémi PELLET, dans son travail référencé à la note 3, soulève la question de la constitutionnalité de cette disposition.
- (6) Les assureurs passent des provisions monumentales quand il s'agit de couvrir un risque non probabilisable. Pour en avoir les moyens, ils exigent de leurs clients des primes très élevées. Or la Sécurité sociale prend directement à sa charge une partie substantielle des primes d'assurance versées par les praticiens du bloc opératoire dès lors qu'ils sont conventionnés et accrédités au regard des référentiels de qualité des soins, ce qui est généralement le cas. Quant

à la partie de l'assurance qui n'est pas couverte par cette subvention, elle augmente les frais généraux des médecins (le « coût de la pratique ») et ceux-ci s'efforcent naturellement de compenser cette augmentation par celle de leurs honoraires ou du nombre de certains actes, les plus rentables, même si ce ne sont pas les plus utiles à la santé des patients. Bref, les placements des assureurs correspondant aux provisions relatives à la RCM sont financés principalement par la Sécurité sociale, et secondairement par les patients, directement ou par l'intermédiaire des complémentaires santé. En forçant à peine le trait, on pourrait dire que les pouvoirs publics augmentent le déficit de la Sécurité sociale en lui interdisant d'assurer elle-même le gros risque RCM, ce qui serait la solution la moins onéreuse, pour permettre aux assureurs de détenir davantage d'obligations de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

de façon certes coûteuse, et inutilement compliquée, mais un élément important du statut des praticiens libéraux aura été assaini. En revanche, la question des revenus continuera à se poser.

II. — LE CHOIX DU SECTEUR

Le malaise ressenti en matière de rémunérations par les médecins de certaines spécialités ressort clairement du choix massif que les nouveaux venus font du secteur 2.

Rappelons que les médecins conventionnés doivent appliquer la tarification des actes médicaux résultant de la convention médicale en cours de validité. Négociée entre l'Assurance-maladie (Union nationale des caisses d'assurance-maladie, ou UNCAM) et les syndicats de médecins libéraux, cette convention régit les rapports entre ces médecins et la Sécurité sociale. La dernière en date a été signée le 26 juillet 2011 et doit entrer en application le 1^{er} janvier 2012 pour une durée de cinq ans.

La règle générale est l'application du tarif conventionnel. Cependant, les médecins conventionnés sont répartis en deux catégories principales : secteur 1 pour ceux qui sont strictement soumis à cette règle (en contrepartie d'avantages sociaux, cf. *infra*) et secteur 2 pour ceux qui ont le droit de pratiquer des dépassements (7). Dans le second cas, le remboursement par l'assurance-maladie s'effectue sur la base du tarif conventionnel, mais les assurances complémentaires santé peuvent prendre à leur charge tout ou partie des dépassements d'honoraires. Le choix du secteur 2 peut s'effectuer librement lors de l'installation, à condition que le praticien justifie d'avoir été chef de clinique dans un hôpital public ; par la suite, il est extrêmement difficile de passer du secteur 1 au secteur 2.

Les statistiques de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), à laquelle sont affiliés tous les médecins libéraux du pays, permettent de connaître la répartition sectorielle des praticiens de chaque spécialité, et son évolution au cours du temps. Le tableau ci-dessous indique l'évolution de 2001 à 2009 pour les trois spécialités présentes au bloc opératoire, et la situation en 2009 pour les généralistes. La dernière colonne fournit le « bénéfice non commercial » (BNC) moyen de la catégorie en 2009.

Pour les trois spécialités du bloc opératoire, le succès du secteur 2 auprès de ceux qui sont en mesure de le choisir est patent. Les nouveaux entrants choisissent massivement le secteur 2, tandis que le « stock » des praticiens en secteur 1 diminue au fil des ans avec les

Effectifs de médecins libéraux selon le secteur (2001-2009)

Spécialité	2001	2009	Variation	BNC 2009
Anesthésie-réanimation S1	2255	1832	-19%	145 826 €
Anesthésie-réanimation S2	594	791	+33 %	188 980 €
Chirurgie S1	1570	1289	-18%	88 125 €
Chirurgie S2	3353	3653	+9 %	140 432 €
Gynécologie obstétrique S1	2392	1408	-41%	72 241 €
Gynécologie obstétrique S2	2087	1855	-11%	102 117 €
Médecine généraliste S1	Nd	55 281	Nd	69 825 €
Médecine généraliste S2	Nd	6 013	Nd	62 618 €

départs à la retraite. En gynécologie obstétrique, le nombre de praticiens diminue globalement, au profit de la gynécologie médicale. De plus, les praticiens classés gynécologues obstétriciens sont de moins en moins nombreux à faire dans leur activité une place majeure aux accouchements : en 2009 les maternités privées ont fonctionné surtout grâce à 1 200 d'entre eux, les 2 000 autres étant peu présents en salle d'accouchement.

Les différences de rémunérations entre les deux secteurs ne se présentent pas du tout de la même manière selon qu'il s'agit de spécialistes ou de généralistes. Pour la plupart des spécialistes, être en secteur 2 permet de nettement mieux gagner sa vie : on peut supposer que c'est la raison pour laquelle les médecins qui s'installent choisissent ce secteur de préférence au secteur 1 qui, beaucoup moins rémunérateur (surtout pour les chirurgiens et les gynécologues), ne leur paraît pas permettre une compensation convenable des contraintes et de la masse de travail qu'ils acceptent d'assumer en travaillant dans le privé. En revanche, les généralistes du secteur 2 sont très minoritaires (9,8%) et gagnent moins que leurs collègues du secteur 1 : leur choix est souvent lié à des pratiques particulières telles que l'acupuncture, et au désir de consacrer davantage de temps à chaque patient, parce qu'ils ont une certaine conception de leur métier, quitte à gagner un peu moins.

Le maintien des généralistes en secteur 1 a été facilité par l'augmentation du tarif de la consultation, qui a été pour eux, sur un demi-siècle, nettement supérieure à celle des prix (8), ce qui n'a pas été le cas pour bon nombre des actes accomplis par les spécialistes (9). De plus, la tarification des actes techniques a évolué d'une façon qui, jusqu'aux années récentes, a mal tenu compte des différences de gains de productivité et de possibilités de sous-traitance. Des spécialités comme la radiologie et les laboratoires d'analyse médicale ont

(7) Il existe des praticiens secteur 1 qui bénéficient d'un « droit permanent à dépassement », ce qui du point de vue tarifaire les rapproche du secteur 2, et des praticiens secteur 2 avec « option de coordination », engagés à respecter dans certains cas les tarifs du secteur 1, ce qui leur vaut quelques avantages. Enfin quelque 500 médecins ne sont pas conventionnés.

(8) En euros courants, le tarif officiel de la consultation est passé pour les généralistes de 1,52 € en 1960 (dix « nouveaux francs » de l'époque) à 23 € en 2011, soit une multiplication par 15,13, à comparer à environ 10 pour l'indice des prix à la consommation. *Grosso modo*, le pouvoir d'achat fourni par une consultation de généraliste s'est

donc accru de moitié en un demi-siècle. Cela est dû, notamment, à l'important rattrapage effectué entre 2001 et 2011, de 17,53 € à 23 €, soit + 31,2 %, tandis que les prix n'ont augmenté que de 16,7%.

(9) Par exemple, le tarif de l'hystérectomie est passé de 55 € à 284,39 €, soit une multiplication par 5,17, presque deux fois inférieure à celle du coût de la vie. Pour une résection de varices, les chiffres sont de 44 € en 1960 et 230,37 € en 2011, soit une multiplication par 5,24 : là encore, le prix de cette opération en monnaie constante a été divisé par un facteur proche de deux. Quant aux accouchements par voie basse sans complication, dont le tarif a été multiplié par 10,28 (de 30,51 € à 313,50 €), leur prix en monnaie constante n'a quasiment pas changé.

longtemps été en tête des revenus, sans que les praticiens concernés aient eu à opter pour le secteur 2. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales paru en janvier 2009 sous le titre « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers » le montre clairement. Par exemple, le revenu moyen des radiologues, nettement supérieur en 2005 à celui de toutes les autres spécialités, ne provenait des dépassements d'honoraires qu'à hauteur de 2,3%, tandis que celui des gynécologues obstétriciens, composé de dépassements à hauteur de 26,5%, restait sensiblement inférieur au revenu moyen de l'ensemble des spécialistes.

Ces faits se comprennent aisément : premièrement les actes techniques pratiqués dans ces cabinets de radiologie ou dans les laboratoires d'analyses médicales le sont pour une part importante par du personnel salarié de niveau technicien supérieur et non par le praticien lui-même ; et deuxièmement le matériel utilisé a réalisé de grands progrès, lesquels permettent des baisses des coûts unitaires, qui n'ont pas été immédiatement répercutées dans les tarifs.

La situation a changé au cours des dernières années, mais force est de constater que les réactions tarifaires de l'assurance-maladie ont manqué de promptitude (10). Ces professions bénéficient encore en secteur 1 de tarifs largement suffisants pour ne pas avoir besoin de rechercher le secteur 2. Les radiologues, par exemple, ont dégagé en 2007, selon la CARMF (Caisse de retraite des médecins libéraux) un bénéfice moyen de 152 802 € en secteur 2 contre 129 802 € en secteur 1 : le choix du secteur 2, qui « rapporte » 17,8% de plus, ne s'impose pas. En revanche, pour les chirurgiens, les 90 393 € gagnés en secteur 1 ne font pas le poids face aux 141 472 € obtenus en secteur 2 (soit 56,5% de plus).

Pour les anesthésistes, passés récemment dans le trio de tête en matière de revenus, l'explication est différente : il s'agit principalement d'une raréfaction de l'offre par rapport à la demande. Le nombre de ces spécialistes a diminué entre 2001 et 2009, alors que l'on a de plus en plus recours à leurs services. De ce fait, les anesthésistes multiplient les actes, courant d'un bloc opératoire à l'autre, et cette suractivité produit à la fois du stress et de hauts revenus, même en l'absence de dépassements d'honoraires : en moyenne, un anesthésiste gagne un peu plus en secteur 1 qu'un chirurgien en secteur 2. On peut penser que ces conditions de travail éprouvantes contribuent à la désaffection pour cette spécialité, ce qui en retour entraîne un « toujours plus » de travail et de rémunération pour ceux qui la pratiquent.

III. — L'ATTITUDE DE L'ASSURANCE-MALADIE ET DES POUVOIRS PUBLICS

Ni l'assurance-maladie (AM), ni les autorités de tutelle, ne paraissent accorder beaucoup d'importance aux problèmes sanitaires et sociaux engendrés par les phénomènes évoqués ci-dessus, qu'il s'agisse de la réduction de la capacité d'accueil des maternités privées, faute d'obstétriciens, de l'exercice acrobatique du

métier d'anesthésiste-réanimateur, ou du choix massif du secteur 2 par les nouveaux entrants. Pourtant, la situation est préoccupante.

En matière d'obstétrique, l'hôpital public est débordé. La part des cliniques diminue rapidement (de 31,5% en 2002 à 27,5% en 2008) et les hôpitaux trouvent difficilement à recruter les gynécologues-obstétriciens dont ils ont besoin ; ils sont obligés de recourir massivement à des praticiens formés à l'étranger : entre le 1^{er} janvier 2009 et le 15 octobre 2010, les validations de diplômes étrangers ont atteint 89 pour cette discipline, qui galope loin devant les autres, contre 4 en gynécologie médicale. Là où ces recrutements sont particulièrement massifs, notamment dans les hôpitaux périphériques de l'Île-de-France, on observe des taux plus élevés de mortalité maternelle et davantage de litiges portés devant les CRCI. Certes, cette coïncidence n'apporte pas à elle seule la preuve d'une relation de cause à effet, mais elle devrait pousser la tutelle à faire les investigations nécessaires pour savoir si la qualité des soins ne souffre pas de la désaffection des gynécologues-obstétriciens français pour la pratique de l'obstétrique.

La Fédération hospitalière de France tire d'ailleurs la sonnette d'alarme, écrivant sur son site : « Si le secteur privé se retire plus avant de la pratique des accouchements, les structures publiques qui ont déjà dû absorber une forte augmentation d'activité sans transfert des moyens correspondants devraient faire l'objet d'un programme d'accompagnement d'investissements et de rénovations capacitaires, de même que d'une révision des tarifs applicables, à défaut desquels il ne sera pas possible d'absorber un grand nombre d'accouchements supplémentaires ».

De leur côté, les associations de consommateurs protestent de plus en plus vigoureusement contre l'accroissement des frais à engager par les malades qui doivent s'adresser à des praticiens du secteur 2. Les mutuelles et dans une certaine mesure les autres assurances complémentaires de santé sont également mécontentes d'avoir à choisir entre augmenter leurs tarifs ou mal rembourser les dépassements d'honoraires.

Pourquoi, dans ces conditions, a-t-il fallu attendre 2009 pour envisager une solution à l'exode vers le secteur 2, et cela sous forme d'un « secteur optionnel » qui – disons-le sous forme de litote – ne semble pas soulever l'enthousiasme des diverses parties concernées, si bien qu'il pourrait s'agir d'un projet mort-né ? Une des raisons pourrait être l'intérêt pécuniaire, au moins apparent, que l'assurance-maladie trouve à la progression du secteur 2.

En effet, un praticien secteur 1 bénéficie de beaucoup plus d'aides en provenance de la Sécurité sociale que son homologue de secteur 2. Cette aide porte d'abord sur les cotisations sociales, et subsidiairement sur l'assurance RCM.

• Pour l'AM, le praticien secteur 1 verse comme cotisation 0,11% de ses revenus professionnels, contre 9,81% pour son homologue du secteur 2. La différence

(10) De manière générale, les évolutions tarifaires ont été depuis un demi-siècle passablement désordonnées : l'assurance-maladie ne paraît pas avoir été capable de suivre des règles

équitables qui auraient permis d'échapper à l'arbitraire de négociations quasiment « politiques », d'éviter les rentes de situation et de limiter les gaspillages qui expliquent une partie non négligeable de son déficit.

des taux, 9,70%, est un supplément de recette perçu par l'AM quand un praticien choisit le secteur 2. Le bénéfice est d'autant plus conséquent que le taux le plus élevé s'applique à des revenus en moyenne nettement supérieurs.

- Pour les prestations familiales, le praticien secteur 1 verse 0,40% sur une première tranche de revenu allant jusqu'au plafond de la Sécurité sociale (35352 € actuellement), et 2,50% au-delà. Le praticien secteur 2, lui, verse 5,40% sur l'intégralité de son revenu professionnel.

- Pour la retraite, les cotisations au régime de base et au régime CARMF complémentaire sont identiques, mais les deux tiers de la cotisation ASV (Avantage Social Vieillesse, seconde retraite complémentaire des personnels de santé libéraux) sont pris en charge par l'AM quand le praticien est secteur 1: cette aide représente actuellement 2760 € sur une cotisation de 4140 €. Si le praticien a opté pour le secteur 2, c'est autant d'économie pour l'AM.

- Pour l'assurance RCM les choses sont un peu plus compliquées car les praticiens secteur 2 ayant adhéré à l'option de coordination prévue par la convention médicale (11) ont droit au même taux de prise en charge de la prime d'assurance RCM que ceux du secteur 1, soit 2/3 au lieu de 55 % pour ceux qui n'ont pas adhéré à cette option (12). Le plafond de prime aidée est fixé à 18000 € pour les gynécologues-obstétriciens, 15000 € pour les chirurgiens, et 7000 € pour les anesthésistes – mais pour ces derniers l'aide ne joue que pour la partie de la prime dépassant 4000 €. Pour un chirurgien ou obstétricien dont la prime s'élève à 12000 €, la prise en charge s'élève à 8000 € dans le cas favorable, contre 6600 € dans le cas défavorable, soit 1400 € de différence.

Pour mieux cerner l'intérêt du secteur 2 pour la Sécurité sociale, le calcul de l'avantage pécuniaire qu'elle en tire sera effectué sur un chirurgien et un gynécologue-obstétricien occupant chacun une position moyenne dans l'échelle des revenus de sa catégorie, selon qu'il relève du secteur 1 ou du secteur 2. Le praticien secteur 2 sera réputé faire le même nombre d'actes que son homologue du secteur 1, en en tirant un revenu brut supérieur de 60%. Pour le calcul de l'aide à l'assurance, on suppose la prime égale à 10000 € pour un chirurgien, et 12000 € pour un gynécologue-obstétricien (sachant que c'est bien davantage pour ceux qui pratiquent beaucoup d'accouchements). Il ne s'agit bien entendu que d'un exemple schématique, destiné à montrer l'utilité que présenterait un calcul plus sophistiqué. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau ci-contre.

Gain procuré à l'assurance-maladie par le choix du secteur 2

	Honoraires	Aide aux Cotisations (13)	Aide à l'assurance	Coût net pour l'AM
Chirurgien S1	80000 €	13582 €	6667 €	20249 €
Chirurgien S2	128000 €	0 €	5500 €	5500 €
Gynéco. Obst. S1	70000 €	12322 €	8000 €	20322 €
Gynéco. Obst. S2	112000 €	0 €	6600 €	6600 €

Le fait qu'un chirurgien « moyen » soit en secteur 2 plutôt qu'en secteur 1 économise donc selon ce calcul 14749 € à l'AM. Pour un gynécologue-obstétricien « moyen », il s'agit de 13722 €. Le passage d'environ 300 chirurgiens du secteur 1 au secteur 2 entre 2001 et 2009 a donc engendré une économie annuelle de 4,4 M€ pour l'AM, et le fait qu'en gynécologie-obstétrique conserver une proportion identique de praticiens à honoraires opposables se serait traduit par 400 de plus dans ce secteur en 2009 indique une économie d'environ 5,5 M pour l'AM. Bien entendu, cette dizaine de millions « gagnés » chaque année par l'AM a pour contrepartie des dépenses en plus pour les patients, qu'elles prennent la forme de paiements nets aux médecins ou d'augmentation de cotisations à leurs complémentaires santé – mais il ne s'agit plus du même budget.

L'avantage pour l'AM est encore supérieur à ce qui vient d'être indiqué, puisque pour éviter l'exode des praticiens vers le secteur 2 il aurait fallu augmenter le tarif des actes médicaux de certaines spécialités. L'AM et les ministères concernés ont donc vraisemblablement recherché des économies en premier lieu de la manière la plus simpliste, en s'abstenant de réévaluer correctement les tarifs opposables, sans s'inquiéter du fait qu'il s'agit là d'un comportement à la Gribouille (14), puisqu'il encourage les praticiens à s'orienter vers l'hôpital public, nettement plus onéreux pour l'AM que la clinique privée. Ces décideurs ont sans doute été ensuite confortés dans cette façon de faire en découvrant que le développement du secteur 2 provoqué par la faiblesse des tarifs opposables engendre pour l'AM les économies qui viennent d'être mises en évidence.

Il est probable que les pouvoirs publics aient en sus vu d'un bon œil le supplément de recettes pour les trois branches de la Sécurité sociale (maladie, famille et vieillesse) provoqué par des encaissements d'honoraires plus élevés. Les dépassements d'honoraires ne coûtent rien à la Sécurité sociale: ils augmentent ses recettes.

Reste à savoir pourquoi les pouvoirs publics n'ont pas pris en compte l'augmentation des dépenses de l'AM provoquée par la désaffection pour l'exercice libé-

(11) La dernière en date a été signée le 26 juillet 2011. La précédente, datant de 2005, était caduque depuis quelques mois, mais ses dispositions avaient été prorogées par voie réglementaire.

(12) Il a été indiqué dans la première partie que les pouvoirs publics auraient pu limiter la hausse des primes d'assurance RCM des disciplines à risque en confiant à l'ONIAM la couverture du « gros risque ». S'y étant refusés, ils se sont trouvés confrontés à l'ire des praticiens dont les primes d'assurance prenaient l'ascenseur tandis que les tarifs de leurs actes stagnaient ou montaient par l'escalier. Plutôt que d'augmenter les tarifs, ils ont alors décidé que l'AM verse-

rait aux praticiens adhérant à une association de prévention du risque une aide à la souscription de l'assurance RCM.

(13) Cotisations maladie, famille, et ASV. Les cotisations de retraites autres que l'ASV, dont le taux ne dépend pas du secteur, ne sont pas prises en compte car elles ne donnent pas lieu à subventions par l'Assurance-maladie.

(14) Ce personnage d'un roman de la comtesse de Ségur plonge dans l'eau tout habillé pour éviter que son beau costume ne soit abîmé par la pluie qui se met à tomber. On l'invoque donc lorsqu'un agent, pour économiser un euro, en gaspille dix ou cent.

ral de la chirurgie, de l'obstétrique et de l'anesthésie-réanimation, alors qu'ils disposaient des chiffres qui montrent cette augmentation (15). Les personnes en charge des budgets sociaux répugnent-elles à intégrer cette donnée parce qu'elle n'est pas « politiquement correcte » ?

**CONCLUSION:
L'AVENIR DE LA MÉDECINE LIBÉRALE,
QUESTION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL**

L'altruisme et le sens de l'intérêt personnel sont des ressorts complémentaires de l'activité: sont gagnantes les formules qui permettent de les combiner harmonieusement. Or l'exercice libéral de la médecine permet aux Français d'avoir à leur disposition des praticiens motivés à la fois par le désir de se rendre utiles, d'exercer un métier intéressant, de rester maîtres de leur destinée et de bien gagner leur vie: il serait dommage, pour les patients comme pour les finances sociales, de mettre fin à une formule qui incite puissamment ceux qui l'adoptent à faire fructifier leurs talents dans l'intérêt de tous.

Pourtant, il y a péril en la demeure. L'État providence ne sait pas comment s'y prendre pour optimiser le recours à ces quelques dizaines de milliers d'hommes et de femmes hautement qualifiés qui remplissent une mission de service public sans être fonctionnaires ni même salariés. Sa lenteur à résoudre le problème posé par les « trous de garantie » en matière de responsabilité civile médicale est caractéristique d'une impotence qui s'étend hélas à bien d'autres domaines, notamment l'évolution de la tarification des actes médicaux. Celle-ci aurait pu être conduite en suivant les méthodes éla-

borées par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) (16) et par le pôle nomenclature de la CNAM (17), mais l'ordre, la méthode, la promptitude et l'impartialité n'ont pas été au rendez-vous.

Il en va de même pour les rapports entre l'assurance-maladie et les assurances complémentaires. Trois catégories d'institutions (mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance) sont soumises à des règles législatives et réglementaires dont les différences ne sont pas toujours justifiées. Rappelons par exemple que les normes en vigueur ne permettent pas aux mutuelles, qui assurent 58% environ de la couverture complémentaire, de mettre en place des réseaux de soins dans le cadre desquels, notamment, des praticiens pourraient être rémunérés correctement au regard de leur notoriété et de leur adhésion aux « bonnes pratiques » (18), ce qui pourrait constituer un élément de solution intéressant pour le lancinant problème des tarifs.

Il serait temps de rompre avec cet amateurisme à la fois législatif, réglementaire et managérial. Le système de santé français, financé à 75 % par l'intermédiaire de l'assurance-maladie et à 14% par celui des complémentaires, est globalement de bonne qualité, mais il pourrait obtenir des résultats encore meilleurs pour un coût sensiblement inférieur si sa gouvernance était à la hauteur. La façon dont sont gérés les problèmes relatifs aux praticiens libéraux intervenant en salles d'opération et d'accouchement est un exemple parmi d'autres des progrès à réaliser et de leur urgence: la désaffection qui frappe certaines modalités d'exercice de la médecine, pourtant fort intéressantes du point de vue du bien commun, n'est peut-être pas un phénomène réversible ■

(15) La comparaison des coûts pour l'AM selon que le même traitement est effectué à la clinique ou à l'hôpital public effectuée dans l'article cité en note 1 est basée sur les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), organisme officiel qui est au cœur du programme de médicalisation des systèmes d'information. L'ATIH fournit une telle comparaison pour chaque groupe homogène de malades, ou GHM.

(16) « Charges professionnelles des médecins libéraux. Étude préparatoire à la refonte de la tarification des actes médicaux », CREDES, Biblio n° 1321, décembre 2000.

(17) Voir Annie ALIÈS-PATIN, « La classification commune des actes médicaux. Un nouveau mode d'évaluation des honoraires », *Acta Endoscopica*, vol. 33, 2003.

(18) Arrêt de la Cour de cassation, 2^{ème} chambre civile, 18 mars 2010.