



- Communiqué de presse -

Paris, le 26 octobre 2012

Dépassements d'honoraires : un accord bien en-deçà des attentes des usagers !

Un chiffre résume à lui seul la volonté radicale des usagers de voir définitivement résolue la question des dépassements d'honoraires : 80%¹ des Français ne trouvent pas « normal » que les médecins en facturent.

Une exigence d'en finir avec les dépassements d'honoraires qui se confirme au travers de toutes les attentes qu'ils expriment, souvent en décalage voire en opposition avec l'accord conclu le 23 octobre dernier :

- **Plus des 2/3 des Français jugent « abusifs » tout dépassement supérieur à 50% du tarif de la sécurité sociale...** alors que l'accord ne permet même pas d'inscrire fermement le seuil de 150 % comme un critère suffisant pour la qualification d'excessif.
- **86 % des Français attendent une sanction des médecins pratiquant des dépassements abusifs...** alors que la complexité de la procédure prévue ne permettra pas davantage d'aboutir à des sanctions effectives que les dispositifs précédemment existants, cela d'autant plus qu'elle repose pour être engagée sur la définition d'un seuil particulièrement complexe à cerner.
- **Plus de 65% des Français sont conscients que le maintien d'un secteur 2 ne permettra pas une lutte efficace contre les dépassements d'honoraires...** or l'accord n'envisage aucunement la disparition de ce secteur d'activité autorisant la liberté tarifaire, le seuil minimum des médecins dont on espère qu'il rejoigne le nouveau « contrat d'accès aux soins » ayant même été abaissé de 1/2 à 1/3 au cours de la négociation.
- **61% des Français sont opposés à ce que les assureurs complémentaires, privés ou mutualistes, participent à la revalorisation des honoraires des médecins en secteur 1...** pourtant l'accord ouvre la voie à un basculement de fond dans l'équilibre de notre régime de prise en charge des soins en disposant que les organismes complémentaires s'engagent au « *financement de tarifs opposables réévalués* » et cela « *au-delà des sommes naturellement appelées par le mécanisme du ticket modérateur* ». Bref, de notre point de vue, une façon détournée d'augmenter le ticket modérateur, c'est-à-dire le recul de la Sécurité sociale... Le comble dans une négociation qui portait à l'origine sur la diminution des dépassements d'honoraires pour contenir les restes à charge des usagers !

Une disposition nouvelle trouve grâce à leurs yeux : l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de l'ACS, puisque les autres motifs d'interdiction existaient déjà avant l'accord (CMU-C et situations d'urgence). On reste dans la même logique que celle qui prévaut depuis 1981 : seules les personnes disposant des ressources les plus faibles peuvent échapper aux dépassements, au risque de se voir opposer des refus des soins.

¹ Sondage Viavoice pour le CISS, interviews réalisées par téléphone les 22 et 23 octobre 2012 auprès d'un échantillon de 1004 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Une responsabilité lourde de conséquences pour le gouvernement

Les Français ne sont pas convaincus que les dépassements d'honoraires, enjeu essentiel pour l'accès aux soins, sont sous contrôle. Et le gouvernement serait majoritairement tenu pour responsable d'un échec en la matière, par 67% des Français, ainsi que les syndicats de médecins en second par 49% d'entre eux.

Un avertissement pour l'exécutif puisque plus de 3 Français sur 4 déclarent que l'efficacité de la lutte contre les dépassements d'honoraires (76%), tout comme la capacité à préserver un système solidaire (78%), seront des critères qu'ils prendront en compte pour apprécier l'action du gouvernement.

Le mode de rémunération : au croisement des enjeux sur les dépassements et la démographie médicale

Sans être experts en santé, les quelque 30% de Français confrontés à la difficulté de trouver un médecin près de chez eux ne s'y trompent pas lorsque, parmi eux, 68% déclarent que les difficultés liées à la répartition des médecins sur le territoire devraient être abordées conjointement à celles des dépassements d'honoraires.

Un lien entre ces deux problématiques qui transparaît également dans les résultats de l'enquête menée cette année par les représentants en Caisses Primaire d'Assurance Maladie du CISS, de la FNATH et de l'UNAF. A partir de l'analyse des éléments adressés par 42 CPAM, il ressort notamment que la part de médecins spécialistes en secteur 2 est souvent plus élevée dans les départements caractérisés par une forte densité médicale (à Paris où plus de 50% des médecins spécialistes exercent en secteur 2, dans les Alpes-Maritimes plus de 40% ou dans le Val-de-Marne avec plus de 35%) ; alors qu'elle est plus faible dans les territoires présentant des carences en offre de soins de ville (l'Ariège où moins de 5% des spécialistes exercent en secteur 2, l'Aveyron autour de 5%, la Creuse moins de 10%).

Un lien intuitif entre ces deux enjeux de l'accès aux soins, souligné de longue date par les associations d'usagers... et qui alimente notre revendication de voir la rémunération de la médecine de ville basculer majoritairement sur un mode forfaitaire.

**Les Français sont contre les dépassements d'honoraires :
pour en finir, changeons les modes de rémunération !**

Contact presse :

Marc Paris – Responsable communication – Tél. : 01 40 56 94 42 / 06 18 13 66 95