

**PROGRAMME  
HUMANITAIRE &  
DÉVELOPPEMENT**

# **LA MÉDECINE NE SE RÉDUIT NI À UN COMMERCE NI À UN ALGORITHME !**

**Par Frédéric BIZARD**

ECONOMISTE

DECEMBRE 2016

**OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – *GLOBAL HEALTH***



« *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* », le code de santé publique (article R4127-19) ne peut être plus clair. Quel que soit son origine – professionnel de santé, industriel, financeur ou pouvoirs publics – l'assimilation de la pratique des soins à un commerce conduit à de multiples dérives dont les crises sanitaires ne sont que la face émergée de l'iceberg. Alors que la politique de santé ces dernières années a favorisé cette dérive commerciale, elle a négligé le virage du numérique qu'il est urgent de réussir.

## DES PRIMES POUR DES MÉDECINS DE PLUS EN PLUS MERCENAIRES

---

En 2011, un système de paiement à la performance (ROSP ou rémunération sur objectif de santé publique) est installé et a permis aux médecins généralistes de gagner 6700 euros de primes en moyenne en 2015. Si l'idée d'un lien à la performance semble séduisante, la performance demandée relève simplement du métier de base du médecin. Ainsi, parmi les indicateurs de performance on trouve la prise de la tension artérielle des patients hypertendus, la mesure de l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques, sans oublier évidemment la prime pour l'affichage des horaires d'ouverture. On passe de normes déontologiques à des indicateurs davantage marchands, créant des effets d'aubaine sans améliorer les pratiques.

Face aux déserts médicaux, les pouvoirs publics incitent aussi les médecins à se transformer en chasseurs de primes. Ce phénomène existe depuis plusieurs années à l'hôpital public où plus de 6000 médecins hospitaliers sont devenus de véritables mercenaires gagnant jusqu'à 15 000 euros par mois en exerçant dans de petits hôpitaux de périphérie, désertés par leurs collègues. Ces médecins temporaires imposent leurs conditions en termes de rémunération (500 millions d'euros par an de surcoûts pour l'hôpital public) mais aussi d'organisation des services. Ils ont une faible implication dans le projet médical et dans le suivi au long cours des malades, ce qui se traduit par une baisse de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces mêmes pouvoirs publics semblent vouloir étendre cette situation à la médecine de ville. La convention médicale signée en août 2016 a prévu de « *muscler son dispositif incitatif pour attirer coûte que coûte les médecins dans les déserts médicaux* » avec une aide forfaitaire de 50 000 euros. Si ces médecins mercenaires acceptent des vacations dans les hôpitaux de proximité (eux-mêmes désertés), cette prime sera majorée. Comme tout se paie, cette politique de gribouille conduit inévitablement à une moindre valorisation des consultations, ce qui ne fera qu'accroître la désertification médicale. Quant aux réseaux de soins conventionnés des mutuelles, autorisés par la loi Le Roux de 2013, ils partent du postulat que le soin est un produit de grande consommation dont il

suffit de multiplier les volumes pour maintenir les revenus des offreurs de soins tout en baissant leurs marges.

Outre cette dérive mercantile de la politique de santé, c'est la révolution numérique, qui transforme tous les secteurs d'activité dont la santé, qui est le défi majeur à relever par les professionnels de santé. Sur ce virage numérique, l'Etat a aussi été largement défaillant.

## LA RÉVOLUTION CULTURELLE GÉNÉRÉE PAR LE DIGITAL EN SANTÉ RESTE À FAIRE

---

Du point de vue du numérique, le système de santé français est d'un archaïsme à faire pâlir d'envie les amateurs de paléontologie. Services informatiques hospitaliers, dossier médical personnel, messagerie sécurisée, télémédecine, les pouvoirs publics ont réussi l'exploit de geler l'organisation des soins en France à l'ère pré-internet. Malgré une loi en 2009 et un décret en 2010, la télémédecine n'est toujours pas d'un usage courant ; les actes ne sont pas financés et la nécessaire contractualisation avec les agences régionales de santé complexifie inutilement son usage. La proposition récente de l'assurance maladie de lancer une expérimentation sur moins de 10% du territoire nationale pour mettre en place la télémédecine illustre l'incroyable incompréhension de l'urgence à insérer les technologies numériques dans l'ensemble de nos systèmes de santé. De quoi ont besoin les pouvoirs publics pour se convaincre de favoriser un développement rapide de ces nouvelles technologies ? Notre pays dispose de toutes les ressources pour réussir le virage numérique, seule la décision politique manque.

C'est bien l'absence de vision stratégique sur l'avenir de notre système de santé qui caractérise l'action des gouvernants. Les lois de 2004, 2009 et 2016 n'ont été pensées qu'en réaction aux événements et non en restructuration de notre système de santé face aux mutations de l'environnement du système. Cet immobilisme stratégique met en péril les acteurs sanitaires traditionnels les plus à risque du système face à l'arrivée potentielle de nouveaux acteurs issus de plateformes numériques. Il s'agit en réalité de ceux dont l'activité n'est pas focalisée sur leur réelle valeur ajoutée. C'est le cas du pharmacien par exemple dont le modèle économique repose sur la distribution de boîtes, impliquant des activités de gestion de stocks et de logistique bien éloignées des compétences scientifiques au cours des six années d'études. Un spécialiste de la distribution comme Amazon est déjà capable de transformer tout pharmacien sans officine en livreur de médicaments dans les meilleures conditions de sécurité et de réactivité. Il restera plus qu'au pharmacien livreur à fidéliser ses clients et à valoriser ses services.

Malgré ce risque réel, l'ubérisation en santé révèle aussi certains fantasmes des technobéats et de certains lobbies.

## LES MIRAGES DE LA MÉDECINE ALGORITHMIQUE ET DE L'UBERISATION EN MÉDECINE

---

Il est courant d'entendre que l'expertise informatique va se substituer à l'expertise médicale et que les géants du web américains détiendront les plate-formes de décision diagnostique algorithmique qui vont structurer la médecine des prochaines années. Au mieux les médecins seront des ingénieurs médicaux utiles, au pire des assistantes sociales dotées d'un diplôme inutile. On entrerait même dans l'ère du transhumanisme, courant lancé par des futurologues américains et soutenu par les géants de la High tech.

*« La génétique n'est pas la providence... la thérapie génique est une très élégante riposte thérapeutique mais elle est limitée à un nombre restreint de maladies...moins d'une centaine d'enfants ont été pris en charge par des thérapies géniques dans le monde à ce jour... tout le monde est porteur de 50 à 100 gènes de maladies génétiques sans être malade... des cellules vieillissantes ne peuvent rajeunir. La médecine ne vaincra jamais la mort ».* Ces propos du Professeur Arnold Munich<sup>1</sup>, dont l'expertise en génétique ne peut être mise en doute, illustrent les limites du risque d'ubérisation médicale sur le plan scientifique. Sur le plan économique, ces limites sont aussi présentes.

Les Etats-Unis ont vu ces dernières années fleurir les sociétés de santé à la demande fournissant à travers des plateformes numériques des services de télémédecine, de visites à domicile et de livraison de médicaments<sup>2</sup>. Le modèle économique pour la santé à la demande est bien plus compliqué que dans les autres secteurs. Le nombre de transactions par an par utilisateur du service est très faible (4 visites chez le médecin par an aux USA contre une centaine pour Uber) et le revenu brut par transaction plus élevé (40 à 200USD contre 25 USD) ne compense pas le faible volume. La qualification du personnel est bien plus grande et donc plus rare. Quant au niveau de viralité du service, il est faible sachant que les gens sont peu enclins à discuter publiquement de leur problème de santé ce qui augmente sensiblement le coût d'acquisition des clients. Un autre obstacle est la faible appétence des citoyens pour payer en direct leurs coûts de santé, ce qui est le mode de paiement le mieux adapté à ces services à la demande. Le cycle d'adoption d'un service de santé à la demande va être guidé par la fiabilité du

---

<sup>1</sup> Le Professeur Arnold Munnich est chef du service de génétique de l'hôpital Necker-enfants malades, co-directeur de l'Institut Imagine de recherche sur les maladies génétiques, Il est auteur de « Programmé mais libre, les malentendus de la génétique », Plon, 2016.

<sup>2</sup> Le financement de société de santé à la demande s'est élevé à 700 millions USD depuis 2011 et la croissance est de 300% par an depuis 2014. Exemples de sociétés : American well, Avizia, Carena, Chiron, Doctor on demand, First opinion, Grand opinion, healthspot, heal, pager, Vytalis, firstline, postmedrex.

service et son prix alors que l'aspect nouveauté et pratique dominant dans les autres secteurs. La mise à disposition de médecins à domicile se heurte aussi rapidement à des limites quantitatives (maximum 10 visites par jour en moyenne aux USA) et qualitatives (interventions mineures uniquement). Ces services de médecin à domicile existent en France depuis longtemps avec SOS médecins, sans que la consultation en cabinet n'ait été menacée.

La politique de santé menée ces dernières années a contribué à faire de la santé un bien de consommation comme les autres, au risque de faire disparaître la notion de service public solidaire au cœur du système. Si on y ajoute l'absence de révolution numérique dans l'offre sanitaire alors que toute la société se numérise à marche forcée, on comprend mieux la crise identitaire vécue par des professionnels de santé.

La peur est toujours mauvaise conseillère. C'est aux professionnels de santé de réaffirmer des principes déontologiques forts et de réussir leur révolution culturelle pour que le pouvoir médical soit encore plus efficace et valorisé dans le nouveau monde, au bénéfice des usagers et de la collectivité ! ■

# LA MÉDECINE NE SE RÉDUIT NI À UN COMMERCE NI À UN ALGORITHME !

PAR

**Frédéric BIZARD**

ECONOMISTE

DECEMBRE 2016

**OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE - « GLOBAL HEALTH »**

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER  
ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

*Un observatoire du*

**PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT**

Sous la direction de Michel MAIETTA, directeur de recherche à l'IRIS  
maietta@iris-france.org

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES

2 bis rue Mercoeur

75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org