

ESPRIT – février 1997

Auteur : Patrice Muller, médecin généraliste, membre du Syndicat de la médecine générale et de la revue Pratiques, les cahiers de la médecine utopique.

Titre : La profession médicale au tournant

LA « CRISE », est un qualificatif récurrent pour définir l'état de notre protection sociale. L'utilisation d'un terme qui suppose la situation explosive est paradoxale compte tenu de la pérennité de cette crise. Nous sommes ici dans le registre de nos terreurs psychologiques fondamentales, registre favorable pour le décideur politique qui se présenterait comme un « sauveur », dans l'urgence, du système avant la plongée dans le chaos.

Force pourtant est de constater que les quatre dernières décennies - en y incluant la période actuelle depuis la mise en place du « plan Juppé » - ont été au contraire marquées par une évolution lente, de type adaptatif, de notre système de soins selon des axes forts, inchangés durant la période considérée. Citons ici deux tendances lourdes de notre système de soins depuis l'après-guerre: d'une part un hospitalo-centrisme qui pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de soins et d'autre part le nombre croissant des dépenses de soins non remboursées par la Sécurité sociale au fil des ans. Actuellement, seulement 51 % des dépenses de santé dans le secteur ambulatoire sont remboursés par la Sécurité sociale !

Faute d'avoir pris les mesures qui s'imposaient pour l'amélioration ou l'évolution du système de soins tenant compte des avancées des techniques et des connaissances médicales, des modifications de comportement des professionnels de santé, des usagers du système de soins et des contraintes économiques, les divers gouvernements au pouvoir - de droite et de gauche - se sont succédé durant les trente dernières années en laissant se mettre en place dans notre système de soins des dysfonctionnements majeurs de sorte que celui-ci est devenu l'un des moins efficaces parmi les pays occidentalisés. Ces dysfonctionnements sont parfaitement connus, analysés et combattus ou, à l'inverse, tacitement approuvés par les initiés, c'est-à-dire les acteurs du système, les professionnels de santé, les syndicalistes, les gestionnaires, les politiciens, bref tous ceux qui ont à gagner ou à perdre dans le système de soins. Mais, sorti du sérail de ceux qui, sont dans les rouages du système, c'est le degré zéro du débat politique, qu'il s'agisse de celui qui a cours dans les médias ou de celui, plus formalisé, des assemblées d'élus.

Autrement dit, les tendances lourdes façonnant notre système de santé depuis plus de trente ans sont la résultante de choix politiques implicites issus de pouvoirs agissant en dehors du débat politique institutionnalisé, seul digne d'une démocratie et seule procédure garante d'une amélioration possible de notre système de soins.

La notion de crise légitime les décisions politiques prises dans l'urgence et à court terme. Quand il s'agit de boucher un trou dans la coque d'un navire, il n'y a pas de temps pour la réflexion ou le débat : on colmate jusqu'à la prochaine alerte, c'est-à-dire l'année suivante où les commissaires au compte de la Sécurité sociale évalueront le déficit budgétaire à venir, puis le gouvernement en place prendra les mesures budgétaires forcément impopulaires, oscillant entre l'augmentation des prélèvements sociaux et la baisse des prestations.

Apprendre à débattre

On ne débat pas en France de la politique de santé comme on pourrait débattre de l'éducation nationale. Chaque citoyen responsable a une vague idée de l'école dont il a envie pour ses enfants. Mais combien d'entre eux ont-ils seulement réfléchi à la manière dont ils sont soignés, autrement que sous l'angle du rapport individuel de l'utilisation de telle structure de soins ou de la fréquentation de tel ou tel médecin : ai-je été bien ou mal soigné, ai-je payé cher ou non ?

L'éducation nationale et le système de soins, qui ont beaucoup de points communs en tant qu'institutions publiques, piliers de notre société civile et poids lourds dans le budget de la nation, sont pourtant traités de façon radicalement différentes dans le jeu politique. Pourtant, seule l'éducation a trouvé une place dans le débat politique en rapport avec l'importance des enjeux que comporte cette institution pour l'avenir du pays : je discute avec mon voisin de palier des mérites comparés des deux collèges de mon quartier où je suis susceptible d'inscrire mon fils l'année prochaine, je descends dans la rue avec des centaines de milliers de personnes pour défendre les atteintes à la laïcité de l'école, je réfléchis avec les autres membres de mon association de parents d'élève pour proposer des améliorations des rythmes scolaires, etc.

À l'opposé, en matière de politique de santé, c'est le degré zéro du débat politique ou presque, si l'on excepte le sempiternel débat autour du « trou de la sécu ». Ce néant de la réflexion politique en matière de politique de santé s'étend de la discussion du café du commerce aux instances politiques les plus hautes : des programmes des partis politiques qui en général « torchent » leur programme santé en quelques lignes, aux débats de l'Assemblée nationale lorsque des mesures importantes (souvent d'ordre budgétaire) sont soumises en fin de session au vote des parlementaires dans un pot-pourri intitulé DMOS (Diverses mesures d'ordre social).

On jette un oeil d'envie sur les débats concernant la politique de l'enseignement : souvent houleux, mais qui ont le mérite d'exister et de permettre de faire des choix politiques dignes de ce nom dans une démocratie : analyses des problèmes, propositions politiques argumentées pour maintenir les choses en place ou au contraire pour les changer. Options formalisées et explicitées dans les partis politiques, débats largement médiatisés, écoutés et discutés au sein de la population, tous les ingrédients dignes d'une démocratie lorsqu'il y a à décider ou à choisir pour l'enseignement de nos enfants.

Pour une représentation de notre système de soins

Dans l'imaginaire collectif savamment entretenu par le politique, la crise de « notre Sécurité sociale » - bien que celle-ci ait aussi en charge l'assurance familiale et la retraite - s'est cristallisée autour d'une crise de notre système de soins et de l'assurance maladie. Le système de l'assurance maladie doit être considéré avec sa spécificité (à la différence des autres régimes de notre protection sociale qui gèrent et redistribuent des prestations en espèces) d'être un producteur de services de soins. Sa production et son efficacité résultent de la somme des comportements des différents acteurs intervenant dans le système.

Il est remarquable que les mouvements sociaux de la fin de l'année 1995 aient été essentiellement une protestation pour la défense des acquis se présentant sous la forme de prestations en espèces fournies par la Sécurité sociale (régimes des retraites en particulier). En revanche, il y eut très peu de slogans concernant la défense ou l'amélioration de notre système de soins.

La « crise » actuelle recouvre en fait quatre crises fondamentales touchant respectivement (du plus manifeste au moins visible) : le financement du système de

soins ; la régulation du système de soins ; les connaissances et les pratiques autour du concept de la santé ; les valeurs éthico-morales qui sous-tendent les actions en matière de santé. Ces quatre crises structurelles sont redoublées par des dysfonctionnements majeurs dans la représentation et les rôles réciproques des différents acteurs de notre système de soins : le citoyen-malade, le citoyen-payeur, les gestionnaires de l'assurance maladie, les professionnels de santé, le Parlement, l'État.

La crise de financement du système de soins

La crise du financement du système de soins a été placée sous le sceau du déficit financier « insupportable » de la Sécurité sociale, déficit qui est le seul aiguillon des décideurs politiques pour proposer des changements. Le plan Juppé en est le énième avatar. Les recettes de l'assurance maladie n'équilibrent pas les dépenses, ce qui met à contribution le budget de l'État et contribue à alourdir la dette publique, dette dont le taux de progression a été beaucoup plus rapide que celui de la richesse collective (PIB).

Le patronat hurle parce que le coût salarial serait devenu insupportable en France en regard des coûts de production d'autres pays : cet élément d'analyse est-il à l'origine du schisme « historique » entre le CNPF et Fo - les deux piliers jusqu'à aujourd'hui, du conservatisme le plus borné en matière de politique de santé ? Nous sommes en train d'assister à la mise en place d'une coalition nouvelle manière, issue de l'alliance de fait entre le CNPF, la CFDT et la Fédération nationale de la Mutualité française au niveau de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Par ailleurs, la contraction de la masse salariale globale due au taux important de chômage représente un manque à gagner pour les recettes de la Sécurité sociale. Aux problèmes macroéconomiques, les énarques juppéens de service ont répondu par des solutions macroéconomiques : on essaie de diminuer globalement les dépenses de santé socialisées (coût salarial et compétitivité internationale obligent) et on augmente les recettes plutôt fiscalisées (la réforme du financement de la Sécurité sociale, entrée en application depuis le 1er janvier 1997, décide l'augmentation de la contribution sociale généralisée et en contrepartie une baisse du taux de cotisation à l'assurance maladie).

La crise de la régulation du système de soins

Notre système de soins réclame des changements structurels profonds. L'état actuel du système est la résultante de forces contradictoires, inflationnistes en termes de production de services diagnostiques et thérapeutiques.

Des logiques marchandes ou inflationnistes de production de soins minent de l'intérieur les fondations d'un système reposant sur la notion de service public et de solidarité nationale : les bien portants paient pour les malades, avec un accès à des soins de qualité pour tous quelles que soient les conditions socio-économiques des individus (principe du « régime universel » de l'assurance maladie repris - à bon escient - dans le plan Juppé).

Cinq éléments principaux contribuent à la gabegie actuelle. Premièrement, la rémunération à « l'acte » des médecins ou des structures de soins (cliniques privées) pousse à multiplier les gestes diagnostiques et thérapeutiques et à négliger - puisqu'elle n'est pas source de profits - la prévention ou les activités professionnelles situées dans le hors soins, mais pourtant nécessaires pour l'amélioration de l'efficacité du système (la concertation avec les autres professionnels de santé, la formation médicale continue, etc.). Deuxièmement, l'influence de l'industrie

pharmaceutique pèse trop lourd dans la prescription thérapeutique via la presse médicale, la visite médicale, la formation médicale continue du corps médical. Troisièmement, les dépassements d'honoraires avec « tact et mesure » autorisés pour une large part du corps médical conduisent les médecins à des logiques économiques de type commercial: se constituer une clientèle solvable devient l'objectif prioritaire. Avant-dernier élément : les inexorables augmentations du ticket modérateur et autres forfaits hospitaliers, au fil des ans, ouvrent les perspectives d'un marché de plus en plus vaste de la couverture complémentaire individuelle que lorgnent les assureurs (et probablement les mutualistes par la force de la concurrence sur le même marché de la couverture complémentaire). Enfin, la concurrence des professions ou des structures pour prendre en charge les patients. Chacune des principales composantes du système de santé trouve des avantages économiques à s'accaparer le patient, avec une absence d'incitation à ce qu'il soit confié à la structure la moins lourde possible, ce qui aurait pour corollaire d'être une solution moins coûteuse et plus confortable pour le patient (en général, il est souhaitable de pouvoir se soigner seul, plutôt qu'avec l'aide d'un tiers, à la maison plutôt qu'à l'hôpital¹).

L'ensemble de ces tendances lourdes intrinsèques à notre système de soins aboutit à une lutte pour savoir qui s'appropriera de façon sauvage la part du gâteau la plus importante des dépenses de santé financées par la Sécurité sociale.

Les gestionnaires en titre des fonds de l'assurance maladie (les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie) ainsi que les tutelles étatiques (ministères des Finances et de la Santé) ou encore les représentants élus du Parlement n'ont la possibilité que d'un contrôle a posteriori des dépenses déjà dûment ou indûment accomplies. D'où la seule régulation possible, en cas de dépassement des objectifs prévisionnels de dépenses : les menaces réelles ou supposées sur les offreurs de services (pénalités financières pour les médecins qui ont trop augmenté leurs activités) pour les inciter à être plus économes des deniers publics, et du côté des usagers une combinaison entre une diminution du taux de remboursement des dépenses de santé et une augmentation des prélèvements sociaux obligatoires.

De nouvelles règles sont nécessaires pour une meilleure gestion des fonds alloués au système de santé. Une budgétisation prévisionnelle soumise à discussion, un vote puis le contrôle de la mise en application doivent être le principe général de la gestion des dépenses de soins.

Cette budgétisation doit, à chacun des niveaux où elle sera appliquée, considérer dans un budget global l'ensemble des dépenses des trois grands secteurs de notre système de soins que constituent : la médecine préventive (PMI, médecine scolaire, médecine du travail, Comité français pour l'éducation de la santé, réseaux de recueils épidémiologiques, etc.) ; la médecine ambulatoire curative : regroupant les professions médicales et paramédicales affublées du qualificatif fallacieux de libérales puisque le financier essentiel en est l'assurance maladie² ; le secteur hospitalier (public et privé).

¹ Citons quelques couples en concurrence sur le marché des soins (avec en seconde position celui qui l'emporte dans le rapport des forces), professions paramédicales contre professions médicales, médecine de prévention contre médecine de soins, médecins généralistes contre médecins spécialistes, médecine ambulatoire contre médecine hospitalière (hospitalisation publique et cliniques), hospitalisation publique contre hospitalisation privée (cliniques privées).

² Moins de 1 % des médecins peuvent se revendiquer du qualificatif de médecins libéraux : cette ultraminorité qui exerce dans les beaux quartiers de quelques grandes villes, a opté de façon

Cette budgétisation doit être décentralisée selon trois niveaux. Un niveau national : le Parlement, après discussion, doit voter le budget global des dépenses de santé. Plutôt que les lamentations annuelles a posteriori, sur les trous supposés ou avérés de la Sécurité sociale, nous sommes favorables à un débat de type parlementaire et sanctionné par un vote, définissant un budget national pour l'ensemble des dépenses de santé socialisées. La nation pourra trancher sur la question de la répartition de la richesse nationale entre les grandes institutions publiques : l'éducation nationale, la justice, l'armée, l'équipement, etc. C'est à ce niveau que seront appréciées les augmentations budgétaires d'une année sur l'autre et surtout celles entrant dans une loi-cadre définissant les orientations du système de santé sur le moyen et le long terme (planification). Par ailleurs, le niveau national devra définir les enveloppes budgétaires attribuées à chacune des régions compte tenu des choix de la politique de santé définie au Parlement.

Le niveau régional devra favoriser (si besoin par une politique volontariste de vases communicants) et ajuster la distribution des fonds en fonction des spécificités en matière d'offre et de demande de soins de chaque région en ajustant les équilibres entre les différents étages de soins : médecine de première ligne (médecine de prévention et médecine ambulatoire), médecine hospitalière de premier niveau, médecine hospitalière spécialisée.

Au niveau local seront posés les problèmes d'évaluation et de contrôle des pratiques médicales. Il s'agit de trouver l'échelle géographique pertinente (la bonne échelle géographique pourrait être de l'ordre du canton, c'est-à-dire une population comprise entre 50 000 et 200 000 personnes) comprenant les professionnels de santé qui ont affaire, au quotidien de leurs pratiques sur le terrain, à une même population.

Il s'agit de réunir autour d'une même table, régulièrement, les représentants élus des professions de santé, les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et les usagers des structures locales de soins. Ces structures de concertation et de travail sont à créer à partir des instances supposées représentatives déjà en place mais qui sont soit déficientes, soit impuissantes, soit virtuelles : ordre des médecins, commissions paritaires de l'assurance maladie, représentants des usagers, gestionnaires des caisses d'assurance maladie qu'on souhaiterait, à nouveau, élus par les assurés sociaux. C'est au niveau local que s'apprécieront au mieux d'éventuels comportements aberrants ou que se mettront en place des actions de santé efficaces et utiles.

Ce schéma de contrôle et de régulation décentralisé est l'exacte antithèse du contrôle informatisé concocté dans le plan Juppé qui impose un contrôle exhaustif et centralisé du comportement de chaque praticien et de chaque assuré social. Là où on va injecter plus de deux milliards de francs dans la médecine ambulatoire pour équiper les médecins de lecteurs de cartes à puces et d'ordinateurs, l'alternative serait la mise en place de ces structures de gestion tripartite.

Les connaissances et les pratiques autour du concept de la santé

La médecine française est encore largement façonnée par le modèle organo-techniciste, tel qu'il est secrété dans sa forme la plus pure par le Centre hospitalier universitaire qui reste la fabrique des comportements médicaux actuels de l'ensemble des soignants et par conséquent des soignés réels ou en puissance (combien d'individus peuvent-ils se targuer d'avoir durant leur vie, pu échapper aux

délibérée et volontaire pour être en dehors du cadre de la convention médicale qui régit les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les 99 % restant du corps médical.

griffes du système de soins ?). D'un système de soins centré autour du modèle « réparateur de désordres organo-biologiques » qui a montré ses limites, il faut passer à une médecine qui prend en compte l'être humain dans sa dimension biologique, mais aussi psychologique, écologique et sociale.

Beaucoup de déterminants de la santé d'une population sont situés à l'extérieur du système de soins (songeons par exemple aux accidents de la route). Cependant, il n'est pas suffisant, pour améliorer la santé d'une population de transférer une partie des dépenses de santé vers d'autres secteurs porteurs à terme d'une amélioration de la santé : éducation, environnement, conditions de travail, etc. « L'amélioration des indicateurs de l'état de santé d'une population n'a pas pour corollaire la réduction proportionnelle des problèmes de santé pour lesquels les personnes qui la composent font appel au système de soins³. »

De ces considérations précédentes, découle l'idée de la mise en place d'une médecine de premier niveau pivot du système de soins et qui inclurait dans ses objectifs de travail ces dimensions élargies de la santé.

Une telle conception de la médecine existe d'ores et déjà à l'état embryonnaire dans certains « réseaux » (réseaux de prises en charge des personnes âgées, de patients sidéens, toxicomanes) ou encore dans le concept de filières de soins en cours d'élaboration pour la prochaine convention médicale. Elle implique un travail pluridisciplinaire (avec les paramédicaux et les travailleurs sociaux) en plus du colloque singulier médecin-patient qui nous est familier. Elle suppose nécessairement de proposer aux médecins « libéraux » de sortir du paiement à l'acte curatif pour aller vers d'autres modes de paiement, seuls susceptibles de rémunérer des actions globales et multiformes dans les domaines tels que la santé publique, la prévention ou la formation médicale continue : capitation, forfaitisation, salariat à temps partiel sont des pistes de travail déjà validées dans de nombreux autres pays occidentalisés. Ces nouvelles modalités de travail doivent pouvoir être proposées sur l'ensemble du territoire à des médecins généralistes volontaires et enthousiastes pour ce type de conception de la médecine de premier niveau.

En corollaire, la formation médicale initiale et continue des médecins est à repenser : c'est l'image du médecin techniciste qui est actuellement valorisée au détriment du médecin qui a une vision horizontale et large de la santé et de la maladie.

Les médecins doivent pouvoir jouir d'une indépendance totale dans le quotidien de leurs pratiques par rapport aux bailleurs de fonds et aux décideurs politiques. Mais ils ont des comptes à rendre collectivement et individuellement devant les instances de concertations aux différents étages national, régional et local évoqués ci-avant. De ce point de vue ils ont à assumer une double responsabilité: tout d'abord individuelle, ils doivent continuer à pouvoir justifier - le cas échéant devant une instance juridique - de leurs pratiques médicales. Par ailleurs dans des budgets alloués pour des tâches de santé définies en concertations avec les payeurs et les représentants des usagers des structures de soins, ils sont susceptibles de devoir rendre des comptes collectivement quant aux résultats des actions de santé entreprises.

Vouloir modifier en profondeur le système de soins suppose une modification des comportements de chacun des acteurs sur le terrain de la santé. Cette modification des comportements ne peut être imposée par le haut et par la contrainte (financière

³ André-Pierre Constandriopoulos, « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », Courrier n° 102, périodique de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones. (255, chaussée de Waterloo, boîte 12, 1060, Bruxelles.)

ou sous l'effet de la fantasmagorie peur du grand loup qui se va se fâcher si on ne lui obéit pas).

Nul ne pense à un changement frontal des us et coutumes dans notre système de soins. Il s'agit d'améliorer le fonctionnement du système de santé à partir des initiatives et de la volonté des acteurs du système. Le progrès ne viendra pas de nouvelles règles du jeu qui une fois adoptées et imposées réglementairement résoudre par le haut les problèmes, mais plutôt passera par l'évolution progressive de nos façons de maintenir ou de recouvrer un bon état de santé, dans le cadre d'un régime d'assurance maladie unique, suffisant pour l'ensemble de la population, et cela du point de vue des usagers de la médecine comme du point de vue des professionnels de santé impliqués.

Il est de la responsabilité des décideurs politiques de faciliter ces nouveaux modes d'exercices et de gestion dans le but d'instiller une émulation au sein du système de soins actuel, complètement sclérosé au bout de quarante ans d'immobilisme structurel. Une telle mise en émulation de l'ensemble du système de soins suppose que sur le terrain, dans les régions, un nombre significatif de professionnels de santé et d'usagers font leurs ces idées et les mettent en application, persuadés qu'ils sont de l'amélioration de la qualité des soins qui en découlera. Fasse qu'une intelligence politique favorise l'émergence d'une telle émulation: tous les ingrédients existent à la base pour une telle régénération de notre système de soins.