

3. L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS : Comment responsabiliser ?

Par Gérard ARCEGA

Président honoraire de l'Association des anciens élèves de l'EN3S

26 mai 2009

Petits risques et gros risques, et donc bouclier sanitaire ?

La tentation a toujours été grande de dérembourser les petits risques, et de limiter la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire des pathologies les plus graves. On se défausserait ainsi du remboursement de soins considérés comme secondaires sur les assureurs complémentaires qui deviendraient sans doute des « grands assureurs pour des petits risques ».

Mais où commence et où s'arrête la notion de « petit risque ? » Une consultation d'une vingtaine d'euros pour une grippe est-elle un petit risque ? Le reste-t-elle si ladite consultation s'accompagne d'une prescription médicamenteuse d'un montant qui peut être très supérieur ? Faut-il vraiment considérer qu'un implant dentaire est un « soin de confort » ? C'est une première difficulté.

La deuxième tentation dans ce genre de raisonnement est de prendre tout de même en charge au titre de l'Assurance maladie obligatoire les « petits risques » de toute une catégorie de population considérée comme fragiles : les assurés en situation de précarité (Bénéficiaires de la CMU), les grands malades (bénéficiaires de l'ALD), les personnes âgées, les enfants etc. C'est en gros, ce qu'on appelle « le bouclier sanitaire ».

Cette situation peut donner l'impression que les populations les plus fragiles sont des privilégiées, impression surtout ressentie par des salariés qui sont pour leur part protégés par une mutuelle largement payée par leur employeur. Par ailleurs elle comporte le risque grave de voir les populations les plus aisées, ou simplement moyennes, seules frappées par les remboursements, de mettre en cause la solidarité, c'est-à-dire leur participation financière au système, au moins celle identifiée sous l'appellation de « part salariale », surtout si le prélèvement reste affecté et non déductible des revenus imposables, comme la CSG.

Responsabiliser en faisant payer ou grâce au parcours de soin ?

L'autre tentation, au demeurant proche parente de la première, consiste à faire payer aux consommateurs de soins une somme de leur poche, même « symbolique », espérant ainsi les responsabiliser. Les HMO américaines, pourtant peu réputées pour leur altruisme social, ne croient guère à un procédé aussi rustique : elles préfèrent largement l'instauration d'un parcours de soin obligatoire passant la case « gate keeper ». C'est plutôt la liberté absolue de consultation à la Française qui leur pose problème, et qui entraîne effectivement une forte dérive des dépenses, si on l'assortit du remboursement intégral, et pire encore du tiers payant. Mais le fait de ne pas payer de sa poche n'est pas la cause des dérives, ce n'est qu'un facteur d'aggravation de la cause principale : la liberté potentielle de nomadiser.

Parlons clair : le seul moyen un peu efficace de responsabiliser les acteurs et de maîtriser un peu les dépenses qu'on a trouvés, est, vaille que vaille, d'imposer le passage par un médecin (ou une structure) obligée, dite « gate keeper », à l'image de ce que font la majorité des pays évolués, de façon plus ou moins stricte certes, avec des résultats plus ou moins heureux bien sûr, et en allégeant ou renforçant plus ou moins cette contrainte sous les diverses pressions évidemment, mais en tout cas qui le font de toute manière. La France avec le médecin référent, puis le médecin traitant, a bien inauguré tardivement une telle formule,

mais avec des obligations contractuelles assez légères, qui ne permettent pas à ces incitations de donner toute leur mesure.

Pourquoi est-il si difficile de mettre en œuvre chez nous ce qui est naturel ailleurs ? Les réponses sont assez évidentes :

Notre contexte est très différent : nous sommes un pays d'exception, avec 50% de médecins spécialistes libéraux en ville, dont consultations sont prises en charge par l'Assurance maladie, de plus en plus médiocrement certes, mais prises en charge avec toutes les difficultés que posent les dépassements d'honoraires, et la présence des assureurs complémentaires. Dans les pays où règne le médecin gate keeper, les spécialistes et même les professionnels para médicaux exercent souvent exclusivement à l'hôpital.

Côté assuré, quand on est habitué à 60 ans de libre consultation, on ne comprend guère cette contrainte, qui semble de plus, en apparence, multiplier les consultations de généralistes pour accéder aux spécialistes, alors que l'intérêt véritable – qui compense largement cette supposée conséquence – est de limiter la possibilité de nomadiser d'un généraliste à l'autre, pour en exiger les prescriptions consuméristes souhaitées.

Côtés syndicats de salariés, on défend « la liberté » de consultation comme un acquis social.

Mais surtout, côté professionnels de santé, une telle mesure, appliquée aveuglément dans notre pays compte tenu de la structure de son offre de soins, mettrait gravement en péril l'existence d'une bonne partie des 50% de médecins spécialistes libéraux, sans parler des acteurs paramédicaux également installés en ville. Cette obligation est d'autant plus mal ressentie que le maillage des médecins spécialistes en ville n'a pas que des inconvénients, et contribue sans doute en partie à la considération dont jouit le système de santé Français.

Le gate keeper ne ferait donc pas que des heureux, loin s'en faut, hormis les médecins généralistes adhérents à MG France, et il provoque même la levée de bouclier de tous les acteurs complémentaires pourtant très divers qui se sont (légitimement) installés dans un marché de la santé avec des règles du jeu qu'on ne peut pas modifier brutalement sans les mettre gravement en péril. C'est donc avec des précautions compréhensibles qu'on a instauré un parcours de soins autour du médecin traitant dans la Loi de 2004.

Assurance maladie obligatoire et complémentaire : les « DDO », dépenses dédiées obligatoires.

S'agissant de la couverture sociale, le maintien du paiement direct et d'un ticket prétendument modérateur a fait des dégâts sociaux considérables. C'est ainsi que le "meilleur système de protection sociale du monde" n'a jamais offert une médecine gratuite et facile d'accès à tous les assurés. Les plus fragiles d'entre eux ont alors pris l'habitude d'encombrer les urgences hospitalières, concourant ainsi aux difficultés actuelles, largement dues à des consultations qui n'ont pas de caractère d'urgence, si ce n'est sociale. Il a donc fallu inventer la CMU, puis une Sur-CMU, pour artificiellement donner un ersatz de mutuelle aux pauvres, avec tous les effets pervers de seuil et de stigmatisation sociale qu'on connaît

Ajoutons à cela que la cohabitation de deux rembourseurs sur une multiplicité de petits actes complique de façon ubuesque l'organisation du système, et a largement contribué à l'échec de toute tentative de régulation en amont, comme celle du médecin référent. Pire encore, l'aide à la mutualisation, qui prend en charge partiellement des cotisations d'assurance complémentaire oblige les plus précaires à payer le solde, ce qui favorise parmi eux les célibataires les moins précaires, faisant ainsi de la sélection du risque parmi les plus démunis.

Tant que les chats assureurs (obligatoires et complémentaires) seront occupés à se chamailler autour du copaiement, les souris du système de santé danseront, et il n'y aura pas de gestion du risque, ni de reconfiguration de l'offre de soin.

Or, la situation qui est faite d'être deux rembourseurs sur un paiement unique est Ubuesque mais exceptionnelle. Elle paraît naturelle à tout le monde (alors qu'elle est rare, si ce n'est unique au monde), au prétexte qu'elle aiderait donc les finances de cette pauvre sécu hypothéquée de déficit. C'est évidemment une apparence trompeuse : les cotisations payées aux mutuelles et autres complémentaires (qui pourraient être tout aussi bien payées à la sécurité sociale) constituent aussi un prélèvement quasi-obligatoire, en tout cas pour les contrats collectifs d'entreprises abondés par celles-ci, bénéficiant en plus pour cela d'exonérations fiscales et sociales (diminuant ainsi les recettes des URSSAF), et que ne choisissent pas individuellement les salariés. Les aides à la CMU complémentaires, l'aide à la mutualisation, les aides qu'on

demande ou qu'on envisage pour que « tout le monde puisse avoir une complémentaire » demain, sont pourtant bien financées avec de l'argent public, issu quelque part de prélèvements obligatoires.

Ces sommes sont de toute façon destinées, comme celles de l'Assurance maladie, à des dépenses obligatoirement affectées à l'entretien du système de soins, et cela au détriment d'investissements dans d'autres secteurs. Ce sont les DDO, dépenses dédiées obligatoires, pendant des prélèvements obligatoires. Elles ont un certain avantage : les cotisations aux caisses complémentaires ne sont pas comptabilisées dans les prélèvements obligatoires au niveau Européen. Mais elles sont bel et bien quasi-obligatoirement prélevées dans la poche des Français.

Ensuite, comme toutes les rentes de situations, cet état de fait est avantageux à court terme, mais périlleux à plus long terme, même et surtout pour ceux qui en bénéficient : les assureurs complémentaires, installés sur un fond de commerce captif, ne font pas plus que les caisses de la gestion du risque et même plutôt moins, et perdent leur agressivité commerciale comme leur créativité. Il suffit de discuter à l'étranger avec des assureurs privés ou mutualistes, qui se battent sur le terrain d'une vraie complémentarité de prestation, et non de paiement, comme dans les pays où les soins publics sont gratuits, pour entendre un discours différent, à propos du marché d'avenir que constituent les soins de confort et de bien-être, pour réaliser combien les acteurs de la complémentarité en France tiennent parfois des discours qui relèvent plus de la revendication catégorielle que de la performance économique.

De plus, les gestionnaires complémentaires s'enfoncent de plus en plus dans une illusion de gestion d'emplois devenus superfétatoires : les Régimes obligatoires, en mesure désormais de calculer, notifier et même rembourser la part complémentaire grâce aux procédures informatiques dites "Noémie", ont rendu le travail des liquidateurs des mutuelles superflu, même si des dispositions complexes ont été prises pour conserver une façade de travail de remboursement, sans grand succès d'ailleurs, peu de mutuelles y ayant adhéré.

On peut comprendre que des Institutions au demeurant honorables n'entendent pas disparaître. Mais les modalités choisies pour continuer d'exister ne sont pas tenables à long terme, et surtout elles compliquent le travail de tous, et elles embrouillent la compréhension que peuvent en avoir les professionnels de santé.

Ce ne sont évidemment pas les incantations proférées à propos de la nécessité de « gérer le risque en commun », ni les réclamations à propos d'échange de données informatisées, qui vont permettre de gérer vraiment le risque.

Ce système pérennise donc la double gestion d'un panier de soins percé qui sera toujours à l'avantage des gaspilleurs, qu'ils soient des assurés ou des professionnels de santé, et aucune gestion du risque sérieuse ne peut être entreprise avec deux assureurs qui cogèrent la même prestation : copayer n'est pas cogérer. Quand on est parti d'un mauvais pied dans une organisation sociale, comme on l'a fait en France en instaurant le ticket soi-disant modérateur (qui n'a jamais modéré le déficit), et son corollaire le « copaiement » (avec tous les effets délétères qu'il induit), on a deux solutions : soit on supprime la cause du souci, en permettant à l'Assurance maladie de prendre en charge tout ce qui est médicalement nécessaire et suffisant dans une organisation évidemment régulée, soit on essaye désespérément de corriger l'erreur initiale, à coup de CMU, de sur-CMU, et d'aide à « une mutuelle pour tous », et on ne fait qu'aggraver les choses, en s'enfonçant à chaque fois un peu plus dans l'inefficacité, l'absurdité et l'inéquité.

Mise en concurrence des assureurs ou des professionnels de santé ?

La seule mise en concurrence des assureurs n'est pas très intéressante, comme le montrent d'ailleurs les limites des expériences des autres pays, notamment allemandes ou hollandaises : dans la mesure où on ne peut pas admettre que les assureurs proportionnent la cotisation au risque, on doit compenser les disparités démographiques de clientèle, et ces assureurs peuvent donc surtout gagner de l'argent en améliorant la gestion de leur structure et en vendant de la prévention, ce qui est très limité, ou en mettant en concurrence les offreurs de soins, ce qui est infiniment plus profitable. Mais si les assureurs privés, qu'ils soient à but lucratif ou pas, mis en concurrence avec les caisses, ont la liberté de ne conventionner que les professionnels de santé qui leur plaisent, les CPAM seront évidemment fondées à demander la même liberté, sauf à subir une concurrence déloyale insoutenable : c'est tout le problème de l'Allemagne, qui non seulement a donné en héritage aux AOK publiques des populations ayant les plus grands risques sans une compensation suffisante, mais qui a renoncé à remettre en cause le conventionnement universel, qui leur aurait permis d'au moins sélectionner leur offre de soins.

Or, si nos professionnels de santé n'étaient plus autorisés à être conventionnés d'office par un assureur public, ils demanderaient évidemment comme ailleurs qu'on restitue aux assurés leurs cotisations, afin de

pouvoir se faire soigner chez qui bon leur semble, et donc remettraient en cause la solidarité et son corollaire, le prélèvement obligatoire. Ce n'est que dans les pays où le financement du système de santé est noyé dans un impôt global, que la restitution de leur participation aux exclus des systèmes de santé public est pratiquement impossible, en tout cas beaucoup plus difficile à exiger.

On ne peut pas tirer une ficelle de cet enchevêtrement, sans voir venir toute la pelote avec.

Pour l'instant, il n'est pas question en France de remettre en cause le copaiement ; on envisage plutôt d'abandonner aux assurances complémentaires la gestion au premier euro de périmètres de soins limités, voire la totalité des « petits risques », ou de populations déléguées.

Le champ limité que les assureurs privés revendiquent porte alors sur les soins actuellement peu pris en charge par l'Assurance maladie (l'optique et le dentaire). Mais on ne voit pas au nom de quoi des lunettes, une opération chirurgicale permettant d'améliorer la vision, ou un implant dentaire ne relèveraient pas de la solidarité santé, sauf à entériner un renoncement qui consiste à rembourser des médicaments sans service médical rendu réel d'un côté, et à ne pas prendre en charge des soins dentaire ou d'optique médicalement nécessaires et justifiés de l'autre. Ce champ peut s'élargir aussi à des parts d'Assurance maladie universelle concédées au premier euros par délégation, ce qui permettrait aux assureurs privés "d'acheter de l'hôpital", domaine où les gains de productivité attendus sont tels, qu'on en attend de grands bénéfices. Cela obligerait l'Assurance maladie à concéder en gestion complète des portions de population, dont on peut penser qu'elles auraient un profil démographique avantageux pour leur assureur complémentaire devenu primaire.

Or, si on peut considérer que les assureurs complémentaires doivent légitimement pouvoir prendre en charge tout ce qui n'est pas "médicalement nécessaire et suffisant", il semble difficile de réduire le champ de l'Assurance maladie universelle à seulement ce qu'on appelle « le gros risque », à ce qui serait par exemple, protocolisable dans le cadre des ALD, ou majoritairement hospitalier.

Le choix le plus cohérent est d'octroyer aux assureurs complémentaires seulement le "panier de biens et de service de confort", qui, dans une société de consommation et du mieux être, est devenu vraisemblablement assez conséquent pour leur permettre d'exister, et constitue sans doute un secteur d'avenir avec le vieillissement de populations qui veulent rester en relativement bonne santé, surtout si on y ajoute tout ce qui est à la pointe de la recherche. Dans ce cadre, les assureurs complémentaires peuvent mettre en concurrence les professionnels de santé en surnombre qui ne sont donc plus mis à l'écart d'une réorganisation, ce qui relativise les conséquences du parcours de soin sur les médecins spécialistes, notamment ceux qui sont en secteur deux. Car peut-on avoir les délices d'une relative liberté tarifaire sans avoir les rieurs d'une vraie concurrence ?

Quand on parle de redistribuer les champs de légitimité, on butte néanmoins sur l'inévitable et ingérable définition du panier de bien et de service strictement médicalement nécessaire et suffisant. Ce partage est extrêmement difficile à théoriser, comme l'ont montré de nombreux travaux dans d'autres pays (notamment l'expérience, devenue d'école, de l'Etat de l'Oregon aux Etats Unis), et on risque, de rouvrir une polémique inutile sur les "petits et les grands risques", qui ne permet guère de faire avancer le débat.

Mieux vaut sans doute aborder la gestion du périmètre de soins en termes dynamique, en partageant les champs de l'Assurance universelle solidaire, et de l'Assurance complémentaire, à partir des contrats proposés aux assurés : Ceux qui acceptent quelques contraintes sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie universelle en choisissant obligatoirement des structures référentes coordonnées, ceux qui exigent toutes les libertés et tout le confort sont pris en charge très partiellement et forfaitairement par elle, et se payent une assurance complémentaire pour leurs exigences.

Dans cette démarche, ce qui relève du petit et du grand risque se traduit naturellement dans les prétentions des assurés à vouloir conserver la liberté de nomadiser, ou à accepter de contractualiser des contraintes en contrepartie d'une meilleure prise en charge. Mais cela veut dire qu'il y a un conventionnement des professionnels de santé à deux vitesses. C'est un pas qu'il faut sans doute franchir, résolument et en l'encadrant, faute de quoi on risque de céder à la pression de demande tarifaire, dans le désordre et sans contreparties, et c'est de toute façon un progrès par rapport au nombre de « vitesses » effectives actuelles.

Il y a deux méthodes pour déterminer ce qui est médicalement utile : soit on établit des références, comme tente de le faire par exemple la Haute autorité de santé. Mais cela ne peut que concerner la prise en charge de pathologies qui présentent un certain caractère de gravité. Soit on contractualise avec les médecins généralistes prescripteurs, ce qui peut concerner le champ des soins plus ordinaires. Mais pour cela il faut un médecin plus ou moins référent, qui ne pourra donc pas être pris en otage par ses clients pour en exiger des prescriptions plus ou moins complaisantes, et qui aura donc dans les faits un rôle d'orientation et de coordination.

Critique raisonnée des concepts de médecin référent et de médecin traitant

Les médecins ont la liberté de s'installer et de prescrire, garantie par le code de déontologie, et surveillée par l'Ordre. Les assurés bénéficient de la liberté de consulter, défendue par les syndicats de salariés. Les caisses ont un devoir : rembourser, assorti de l'injonction de contrôler les incontrôlables abus de soins. Une telle organisation a été bénéfique à sa création, car il y a soixante ans la conjonction d'un financement socialisé et les progrès de la médecine ont eu effet vertueux. Mais il y avait alors moins de médecin, les assurés allaient rarement voir directement un spécialiste, on était pas encore dans une société de « consommation », et donc on ne « consommait » pas du soin et du médicament comme un autre produit.

La liberté absolue de tout faire dont on se prévaut en France ne peut pas exister réellement dans une communauté, elle est socialement mortifère, et ne génère à terme que des déceptions et des cotisations supplémentaires. De plus, elle sanctionne ceux qui ont un comportement civique en favorisant les abus.

On connaît deux méthodes pour maîtriser les dépenses de santé sans remettre en cause la qualité des soins : La méthode qu'on qualifiera « d'amont », utilisée dans la plupart des systèmes qualifiés de « Beveridgien », ainsi que par les HMO aux Etats-Unis d'une part ; La méthode qu'on peut qualifier « d'aval », plus ou moins en usage dans les pays d'obédience « Bismarckienne », et plutôt plus en France qu'ailleurs, d'autre part. La première consiste à contractualiser avec les assurés et les professionnels de santé des parcours de soins plus ou moins encadrés, et par conséquent plus ou moins bien remboursés ou rémunérés, et de confier la régulation à la source aux médecins eux même. La seconde consiste à tout accepter et à tout rembourser, plutôt mal, et de tenter de maîtriser les dépenses après coup, en multipliant les règlements et les contrôles.

Une régulation « en amont » suppose qu'un médecin assure la coordination des soins, et exige qu'il soit un passage plus ou moins obligé. C'est ce qu'on a appelé en France le « médecin référent », puis le « médecin traitant ».

Parmi les arguments avancés pour mettre en cause le médecin traitant (et pire encore le médecin référent), on en relèvera deux habituels qui méritent une attention particulière, car ils sont à l'origine des difficultés de mise en œuvre en France :

Le premier serait que le passage par un généraliste référent ne permettrait pas de modérer les prescriptions, car cela n'aurait jamais été démontré par « des études ». A ce sujet, il faut comprendre d'abord que les économies supposées d'une moindre consultation des spécialistes sont un trompe l'œil : l'économie la plus importante ressort de la restriction de la possibilité de nomadiser d'un généraliste à l'autre, (et non d'un généraliste à un spécialiste) et porte donc sur les prescriptions. Le médecin généraliste n'ayant plus la pression des patients qui peuvent demander ailleurs ce qu'on leur refuserait, peut alors modérer ses prescriptions. C'est d'ailleurs ce que les médecins traitants ont commencé à faire en partenariat avec l'Assurance maladie depuis la Loi de 2004 : la démonstration est en cours. Deuxième inévitable argument qu'on entend immédiatement après, les fameuses HMO américaines démontreraient qu'une filière de soins n'est pas efficace pour maîtriser les dépenses ;

Pour ce qui concerne « les études » qu'elles existent ou pas considérons qu'il est probablement impossible de les conduire de façon démonstrative, car la comparaison de deux cohortes, l'une avec la liberté de consultation, et l'autre avec un médecin référent pur et dur (ce qui n'est pas le cas de celui que nous avons connu) n'est pas des plus simple, sauf peut-être à comparer la cohorte des français avec celle des autres pays évolués. Pour autant, cette dernière comparaison est, quoiqu'on en dise, intéressante à faire, même avec une approche seulement pragmatique, car elle permet de remarquer que les autres pays n'ont pas attendu, pour ce qui les concerne, les démonstrations française pour tirer les conséquences de ce qui relève probablement du simple bon sens, et non d'études statistiques extrêmement sophistiquées. Lors d'une visite aux USA il y a de cela quelques années déjà, les gestionnaires des HMO ont ainsi expliqué à une délégation de directeurs français, que les cotisations des assureurs américains étaient bien évidemment proportionnées aux prétentions de liberté de consultation des assurés. En Europe, les Danois, dont l'organisation de soins constitue une sorte de HMO nationale parapublique, ne permettaient il y quelques années encore, que de choisir un médecin généraliste certes libéral, mais dans les dix kilomètres de son quartier. Là encore, pour qui prétendait à plus de liberté, une sanction prévoyait des remboursements moins importants. Mais l'argument qu'on entend généralement à ce sujet est qu'il s'agit de pays « beaucoup plus petits », comme s'il s'agissait d'une différence de taille et non de nature, quand on ne nous ressort pas l'inévitable argument des « différences de mentalité » qui interdirait toute action raisonnable dans notre beau pays, alors que la « mentalité » est pourtant le produit de l'organisation (ou de l'inorganisation pour ce qui nous concerne), et non l'inverse. Bien sûr, aux Etats-Unis comme ailleurs, les assurés préfèrent la liberté de nomadiser aux HMO, et font pression pour en sortir, ce qui contraint les gestionnaires à proposer des formules plus libérales. Mais cela ne marque nullement un échec du système, mais plutôt sa capacité

d'adaptation, car détail important, les cotisations sont alors proportionnées au risque grandissant de voir les dépenses de prescriptions augmenter. Enfin l'argument selon lequel cela n'aurait pas empêché les dépenses Nord américaines d'être parmi les importantes du monde doit être mesuré avec plus de précision. Dans un pays parmi les plus riches, où on trouve des fournitures médicales dans les drugstores, ce n'est pas seulement la situation actuelle qui compte, mais celle du départ, et celle de l'arrivée : avec une situation très dépensière et très dynamique au commencement du care management, on peut imaginer que la situation actuelle serait bien plus catastrophique si les gestionnaires n'avaient pas réagi. Enfin, le fait qu'une partie de la population n'est pas couverte pose bien sûr un problème éthique, mais ne change rien aux comparaisons dans les comportements des assurés en fonction de l'organisation qui leur est proposée.

Quelques visites à l'étranger sont aussi édifiantes. Il suffit d'interviewer des français installés en Suède par exemple, pour les voir s'étonner que les « médecins dans ce pays leur refusent parfois des médicaments », ce que les praticiens nordiques peuvent effectivement se permettre, puisque on est obligé d'en choisir un dans le dispensaire de son quartier. Si ces médecins Scandinaves sont plus ou moins sous la contrainte d'un employeur, ils ne sont pas en contrepartie prisonniers de leurs patients comme les médecins français peuvent l'être à des degrés divers : ces derniers en effet oublient que la liberté absolue n'existe pour personne, on est toujours dépendant de quelqu'un, de l'Institution ou de l'Assureur qui paye, ou du client. Dans ce domaine comme dans bien d'autres, on n'a jamais que la liberté de choisir ses chaînes, et il n'est pas certain que celles du client soient les plus légères.

Pour en revenir au sujet qui nous préoccupe, sans même passer la frontière, il suffit d'interroger un médecin français en tête à tête, pour s'entendre dire qu'il ne peut pas refuser un médicament ou un arrêt de travail, car l'assuré peut aller le demander à un autre médecin. Il ajoute d'ailleurs généralement que c'est à l'Assurance maladie de faire les contrôles nécessaires, contrôles pratiquement impossibles et évidemment contestés dès lors qu'ils concernent celui qui les a demandés, et de toute façon très difficiles à opposer juridiquement aux praticiens.

Ultime argument enfin qui mérite d'être nuancé, celui selon lequel le nomadisme réel serait finalement assez réduit. C'est tout à fait exact, tous les constats de l'Assurance maladie le disent. Non seulement c'est exact, mais de plus c'est logique : C'est justement parce qu'une grande partie des médecins ne peut pas faire autrement que plus ou moins céder aux demandes de prescriptions de leurs patients, que ces derniers n'ont pas besoin de nomadiser. Ce n'est pas le nomadisme réel qui est déterminant, c'est la possibilité de le faire : chacun sait que la menace d'un chantage n'est efficace que tant qu'elle n'est pas effectivement mise en oeuvre. Et cette pression, dans une société de consommation, devient de plus en plus insupportable, aux dires des médecins eux-mêmes.

Petites dérives et grands gaspillages

Nous sommes le plus grand prescripteur du monde de médicaments, d'antibiotiques, de statines, de psychotropes, de somnifères, d'arrêts de travail. Curieusement, personne ne s'inquiète de savoir quelle est la cause réelle de cette spécificité, sauf à arguer de l'inévitable prétexte d'une cause « multi factorielle », ce qui est une façon plus ou moins élégante de renoncer à trouver la raison véritable, car évidemment nul ne sait agir sur des causes prétendument « plurielles », par essence insaisissables, et prétexte d'actions homéopathiques tout azimut plus ou moins stériles. On peut mettre en œuvre des actions de régulation comme l'ont fait les Caisses depuis la Loi de 2004, et avec une grande détermination, on obtient un ralentissement de la consommation, mais qui n'est jamais que provisoire, car structurellement rien n'est changé : les médecins en surnombre dans certaines régions ont-ils le choix, et peuvent-ils se permettre de refuser de prescrire ce que leur client peut aller demander ailleurs, moyennant pour l'instant une sanction financière de quelques Euros ? D'ailleurs ne faudrait-il pas trouver le moyen d'inciter plutôt que de sanctionner ?

Là encore le bon sens doit aider à comprendre : Nous sommes le seul pays au monde qui a laissé, et qui laisse encore dans une large mesure, la liberté absolue nomadiser au patient, c'est-à-dire la liberté de prendre en otage son médecin de famille. Ce dernier n'est pas en situation d'avoir l'autorité, ni d'ailleurs, circonstance aggravante, le temps, de résister aux pressions des patients/clients d'un côté, et des visiteurs médicaux de l'autre. La dérive est d'autant plus grave et massive que prise individuellement, elle ne semble pas si grave, les médecins n'ont évidemment pas le sentiment de tricher en prescrivant un peu plus qu'il ne serait nécessaire, d'autant que la première demande des patients face à une médecine de confort consiste en la disparition rapide des symptômes. Or, dans la majorité des cas, la plupart de ces médicaments sont finalement stockés dans l'armoire à pharmacie, antichambre de la poubelle.

Cette masse de prescriptions « un peu plus importante » que nécessaire, constitue la partie invisible de l'iceberg des dépenses de santé, alors qu'on ne s'attaque généralement qu'à la partie visible : les fraudes,

les gros abus et les grands malades. Or c'est la dérive des micro dépenses « de confort » (qu'on devrait plus justement qualifier « de précaution ») qui constitue le problème franco français, celui d'une augmentation continue de dépenses pas vraiment scandaleuses mais pas vraiment nécessaires, qui pour autant coûtent très cher sans réelle utilité, ruine le pays en prélèvement sociaux stériles, et par-dessus tout finit par créer un véritable problème de santé publique d'accoutumance et de perte d'efficacité. Et après quelques décennies, on se retrouve champion du monde des souches résistantes aux antibiotiques, des maladies nosocomiales, de la pluri médication des personnes âgées, avec des citoyens habitués aux psychotropes et aux tranquillisants, le tout pour le plus grand bien de l'industrie pharmaceutique.

Tous les pays sont confrontés à l'importance des dépenses de santé et à leur évolution, mais seule la France doit en plus faire face à cette difficulté supplémentaire, qui d'ailleurs hypothèque les financements destinés aux équipements de modernisation, nécessaires à la prise en charge de maladies plus graves.

Il est évidemment plus difficile et moins glorieux de résoudre cette problématique, que de mener de grandes croisades contre les « abus ». C'est pourtant cela qu'il faut faire, et cette dérive ne se traite pas avec des contrôles en aval, elle se résout en amont, en redonnant au prescripteur la main. Et pour cela, il n'y a qu'un seul remède, c'est celui qui est universellement appliqué, celui du « gate keeper ». C'est du moins un préalable à toute autre mesure d'accompagnement, celles qu'on évoque habituellement, comme la formation des médecins, le paiement à la capitation, la substitution des génériques, l'éducation des masses, etc. Cela dit, les modalités de mise en œuvre peuvent être très variables : rien n'oblige à singer le médecin de dispensaire qu'on connaît dans certains pays. Une des solutions qui pourrait être mise en œuvre en France est de transformer nos inconvénients en avantages. Entre deux caricatures, celle de la médecine libérale sans concession, et celle des dispensaires avec des médecins fonctionnarisés, entre le médecin référent obligatoire et la liberté totale de nomadiser, il y a peut-être la place pour des solutions innovantes.

Pour un conventionnement à plusieurs options, avec des structures de coordination, éventuellement régionalisé

Dès lors que le prélèvement a été responsabilisé en le rendant visible et douloureux pour les prestations en espèce et l'hôpital, ou au contraire sécurisé en le noyant dans l'impôt pour la médecine de ville, un conventionnement régionalisé et à plusieurs étages doit être construit, pour donner de la cohérence et de la souplesse au système.

Est-il possible aujourd'hui de laisser le monde des professionnels de santé en ébullition sous le couvercle d'une convention nationale et unique, qui a pour vertu essentielle de sanctionner ceux parmi eux qui ont choisi dans le passé le secteur un, c'est-à-dire le partenariat avec l'Assurance maladie ?

Il faut donner de la souplesse à notre système. Si on veut bien relativiser un peu les invectives doctrinaires réciproques entre syndicats de médecins, il y a de la place pour des médecins référents, des médecins traitants, des médecins spécialistes, même en secteur 2, mais aussi pour des structures de coordination plus adaptées au terrain : l'Assurance maladie pourrait lancer des appels d'offre, pour susciter l'apparition de structures de soins référentes polyvalentes adaptées au terrain : ici un généraliste référent, ailleurs un médecin traitant, ailleurs encore un cabinet de groupe avec des kinés des infirmières ou des médecins spécialistes, dans d'autres endroits un Gie Hôpital local, pharmaciens et médecins. Ces structures, comme les médecins exerçant en solitaire, négocieraient des contrats de bonne pratique et de prescriptions raisonnables avec l'Assurance maladie. Ces structures ont commencé d'ailleurs à apparaître, avec le soutien de certaines URCAM dans les secteurs déficitaires en offre de soins, et s'appellent des maisons médicales polyvalentes. Elles proposent en général les services d'une équipe de soins de première intention, médecin généraliste, infirmière et kinésithérapeute. Rien n'interdit d'y adjoindre des vacations de médecins spécialistes. Certaines sont adossées à un hôpital local. Une réflexion est en cours pour leur proposer des modalités de rémunérations nouvelles. Il ne reste plus qu'à offrir aux assurés qui accepteraient de s'y « abonner » des modalités de remboursement plus favorables pour en faire les premières structures référentes expérimentales.

C'est aux assurés de choisir, et pas seulement aux syndicats médicaux. Au lieu de raconter qu'on est libre de tout obtenir, ce qui est un fantasme irréel, il faut permettre aux assurés de contractualiser en fonction de leur situation, et leur permettre d'arbitrer personnellement entre obligations et avantages, même si ce choix est évidemment un peu dépendant de leur situation matérielle de chacun, mais n'est-ce pas déjà le cas aujourd'hui ? Des populations en situation de précarité, mais d'autres également, peuvent choisir de bénéficier de la gratuité intégrale des soins, à condition de choisir un médecin référent, et de ne bénéficier d'aucun remboursement s'ils consultent ailleurs : le propos n'est pas de stigmatiser, mais de mettre un

contrepoids à la faculté de consommation de soins, et surtout de consommation de médicaments ou d'arrêts de travail que permet le tiers payant intégral. L'attribution des avantages de l'ALD devrait s'accompagner de la même contrainte si on veut en bénéficier, au moins pour la pathologie en cause. D'autres assurés peuvent préférer choisir l'actuelle formule du médecin traitant, qui laisse plus de liberté de consultation, mais qui est sanctionnée par un déremboursement partiel. Enfin des assurés peuvent choisir de s'assurer au premier euros chez des assureurs complémentaires, et consulter si bon leur semble les médecins qui pratiquent des libertés tarifaires encadrées par un conventionnement avec des assureurs complémentaires, pour toute leur activité ou pour une partie. Ce ne serait pas pire que de déléguer à ces derniers la prise en charge complète des soins dentaires ou d'optiques, et cela relèverait d'une logique volontariste et négociée, et non d'une tendance passive à entériner une dérive. Dès lors que le prélèvement solidaire est noyé dans un impôt comme la TVA, il peut difficilement être remis en cause, à charge donc pour les assurés intéressés par cette option de se « sur-assurer » ailleurs, pour la médecine de ville du moins, l'hospitalisation restant un droit ouvert à tous compte tenu de l'importance des pathologies en cause, puisque financé par ailleurs par un impôt régionalisé. Au demeurant le choix de ces assurés peut alors privilégier les établissements de soins privés.

Ce type d'organisation peut se gérer dans le temps, sans obliger tous les français à une adhésion de masse d'un coup comme on l'a fait pour le médecin traitant, sujette à quelques tracasseries technocratiques et surtout qui inaugure un parcours de soins universel extrêmement difficile pour ne pas dire impossible à contrôler. On peut décider de moduler les remboursements selon qu'on a choisi un médecin référent ou un médecin traitant, et en tout état de cause l'améliorer dès qu'on a choisi d'adhérer à des praticiens ou des structures coordonnées au fur et à mesure qu'elles se créent. Les Cpam peuvent être, même sous la tutelle des ARS, les acteurs qui susciteront les créations de structures référentes, et contractualiseront avec elles, comme elles ont commencé à apprendre un peu à le faire avec les réseaux et filières de soins. Les professionnels de santé, mieux rémunérés et avec une patientèle plus ou moins fidélisée, peuvent alors signer des engagements de modération des prescriptions. C'est ce qui est fait actuellement pour le médecin traitant, c'est ce qui devrait être fait, avec plus de rigueur encore, pour les médecins référents.

On peut imaginer la possibilité pour les plus précaires de contractualiser avec des médecins référents, afin de bénéficier d'une prise en charge intégrale en tiers payant, et pour une famille de classe moyenne le choix d'adhérer au système du médecin traitant, moins contraignant, mais un peu moins bien remboursé et avec paiement direct. On peut imaginer que les médecins en secteur 2 et les assureurs complémentaires signent des conventions pour prendre en charge des assurés qui préfèrent une plus grande liberté de consultation et exigent la prise en charge de soins dits « de confort ».

On a proposé par ailleurs d'oser un conventionnement régional, avec des tarifs de consultation, voire des modalités de paiement des honoraires différents. Répétons que des gestionnaires régionaux responsables aussi du financement aurait une faculté de résistance beaucoup plus grande aux demandes d'allègement des contraintes d'installation et de choix de spécialité, qu'en n'a jamais eue l'Etat. Ils auraient à leur disposition un outil de régulation des installations, et donc de gestion de l'offre efficace à court terme. On peut alors imaginer une région sous dotée en professionnels de santé qui accepte de prendre en charge des dépassements tarifaires pour favoriser l'implantation de professionnels. A l'inverse, les régions qui ont des professionnels en surnombre peuvent refuser de conventionner avec des nouveaux venus, refus devenu possible dans la mesure où les demandeurs peuvent toujours soit s'installer dans une région déficitaire, soit conventionner avec des assureurs complémentaires.

L'Assurance maladie mène depuis l'arrivée du directeur actuel des actions énergiques et déterminées pour maîtriser les dépenses de santé. Mais la tâche relève de celle de Sisyphe : il a fallu rattraper les dérapages constatés entre 2000 et 2002, tout en limitant les dépenses en cours. C'est une difficulté. Mais la plus grande difficulté est celle de devoir négocier avec tout le monde, y compris avec des médecins spécialistes en secteur 2 dans des secteurs où ils sont en surnombre, qui n'ont rien à faire des mesures qu'on veut leur imposer, et qui même seraient condamnés à disparaître s'ils les respectaient. Mieux vaudrait être en situation de travailler avec une partie du corps médical acceptant un secteur de conventionnement privilégié, en contrepartie d'engagements de modération des prescriptions, le reste retrouvant sa liberté de consultation et d'installation, et négociant des conventions privées avec les assureurs complémentaires.

Le préalable à toute chance de réussite pour une réforme structurante, est de trouver les moyens permettant de laisser aux Spécialistes libéraux et aux assureurs complémentaires un secteur qui leur permet de ne pas disparaître.

Gérard ARCEGA

Président honoraire association des anciens élèves de l'EN3S