

# Schizophrénie médicale

Béatrice Majnoni d'Intignano

*Commentaire, printemps 2002.*

Les grèves de janvier 2002 ont révélé la schizophrénie du monde médical. Alors que depuis vingt ans nos voisins conduisent d'importantes réformes, les Français n'en comprennent ni les justifications ni la logique. On met en avant les généralistes débordés et le montant dérisoire de leur rémunération unitaire. Leur donner 20 euros par consultation quand le premier vétérinaire, plombier ou garagiste dépanneur en demande le double paraît légitime à chacun d'entre nous quand il les appelle au secours. *Ils gagneront entre 2250 et 3750 euros nets de plus par an.* Mais cela ne servira à rien. Le mal est ailleurs. Les généralistes français ont aujourd'hui le choix entre le stakhanovisme et la paupérisation. Entre multiplier le volume de leurs actes, donc leur temps de travail pour atteindre les 60 heures par semaine, et se marginaliser.

Comme dans l'agriculture, les syndicats médicaux français mettent en avant les petits, ces trois soutiers de la médecine que sont les généralistes, les infirmiers et les internes, mais aussi les pénuries locales, pour protéger les gros que sont les spécialistes, les hôpitaux et les laboratoires. Un généraliste français gagne en moyenne *51 000 euros nets de frais contre 67 5000 euros pour un ORL, 82 000 pour un cardiologue et 150 000 pour un radiologue.* Mais ils travaillent beaucoup plus d'heures. Cette hiérarchie est liée à la spécialisation et au maniement des techniques mais surtout au paiement à l'acte qui favorise les spécialistes. Dans quelle mesure devrait-elle être réduite ? Là réside la grande question. Comme pour les internes ou les kinésithérapeutes, les décisions se prennent dans de curieuses conditions.

## **Drôle de démocratie.**

La réforme de 1996 dite réforme Juppé, donc a priori de droite, généralise en fait des mesures déjà introduites dans la Loi Teulade, de gauche, en 1993. Elle instaure d'une part une loi de financement de la sécurité sociale, votée par le Parlement, qui fixe une enveloppe de dépenses remboursables, d'autre part elle délègue la gestion de l'enveloppe des honoraires des médecins aux caisses d'assurance maladies, à charge pour elles de négocier avec les syndicats médicaux les régulations destinées à la répartir et à la respecter. Ces dispositions respectent à la fois les principes du préambule de notre Constitution (contrôle du Parlement sur la dépense financée par des prélèvements obligatoires) et les principes historiques de notre sécurité sociale (gestion paritaire des caisses). Il faut comprendre que cette réforme introduit un conflit potentiel entre la représentation des assurés sociaux par les députés d'une part et par les syndicats professionnels qui gèrent l'assurance maladie d'autre part. En cas d'opposition, quelle représentation faire prévaloir ? Le conflit se déroule sous nos yeux : depuis sa création, l'enveloppe globale se trouve dépassée chaque année et le sera encore plus après les décisions d'augmenter les honoraires. Les médecins refusant la « maîtrise comptable des dépenses » obtiennent la revalorisation de leurs honoraires en défilant dans rue. Le démocrate en reste abasourdi. Le 23 janvier, « Journée sans toubibs », Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, chargé en principe de faire respecter les décisions du Parlement, affirmait : « Je suis le ministre de la dépense »<sup>1</sup>. Il ajoute : « Puisque les Français soutiennent les médecins, ils doivent savoir que cela leur coûtera cher ». Le même jour, le principal syndicat réclamait l'arbitrage du Gouvernement sur la revalorisation des honoraires, qui relève, selon la loi, de l'assurance maladie. Enfin les médias et le ministre tiraient argument de ce que plus de 70% des Français se déclaraient favorables à l'augmentation des prix des médecins, pour la justifier. Quel prix oubliait-on de demander : le prix remboursé ou le prix à la charge du malade ? Les deux semble-t-il, mais jusqu'à quand ? Cette nouvelle démocratie directe au sondage tend à s'imposer dans les conflits partiels. Joyeuse confusion !

---

<sup>1</sup> Voir « Sans commentaire dans ce numéro ».

## Le paritarisme a vécu

Cette fois, le paritarisme à vécu. L'incapacité de l'assurance maladie à négocier des régulations adaptées et acceptées en sonne le glas. Le départ d'une partie du Patronat du conseil d'administration de l'assurance maladie des salariés lui enlève toute justification. Le prochain gouvernement devra trancher comme tous les partenaires le lui demandent. Mais quelle réforme engager ?

Regardons la réalité : la France consacre à la santé l'un des pourcentages du PIB les plus élevés d'Europe : 9,5%, juste après l'Allemagne unifiée ; contre 8% en Suède, en Belgique ou aux Pays-Bas, 7% en Angleterre et au Japon. Elle compte 1,5 généraliste pour 1000 habitants, contre 0,7 aux Etats-Unis, 0,6 au Royaume-Uni est en Suède, 1,1 en Allemagne. Elle dispose de 8,7 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, contre 4 aux Etats-Unis, 5,6 en Suède, 4,5 au Royaume-Uni ; la norme internationale semble proche de 5. Les moyens sont donc globalement élevés selon les standards internationaux. Mais ils sont mal répartis. La Provence-Cote d'Azur bénéficie de 30% de lits d'aigus en excédent par rapport aux besoins et l'Ile-de-France de 16% ; alors que d'autres régions en manquent. On trouve 1,85 généraliste pour mille habitants dans le Sud ou en Lorraine, moins de 1,5 dans le centre et dans l'Est ou le Nord. Et les inégalités locales sont pires, par exemple entre les centres-ville et la campagne ou la banlieue environnantes. La France manque en revanche de scanners et d'IRM comme d'organisations performantes : les urgences par exemple. Notre système de santé apparaît donc archaïque. Même si la majorité des médecins sont remarquables. Ainsi coexistent des excédents de moyens et des pénuries. Pénuries constituant la partie émergée de l'iceberg et attirant les reportages des médias.

## Les paradoxes du paiement à l'acte

Aujourd'hui ce sont les généralistes, avec juste raison, comme hier les infirmières et les internes, qui sont sur le devant de la scène. On traitera ici plus en détail de leur situation, mais celle des internes, ces travailleurs qualifiés et responsables qui font faire des économies aux hôpitaux en travaillant soixante heures par semaines plus les gardes de nuit pour un smic et demi, mériterait la même attention. Les généralistes occupent en effet une position centrale dans tout système de soins : leurs honoraires ne coûtent pas cher et n'augmentent pas plus vite que le PIB, mais ils font 80 à 85% des prescriptions, qui elles font dépenser de plus en plus d'argent et dérapent. Leur activité détermine en partie les besoins d'hospitalisation : 80% des urgences arrivant dans certains hôpitaux relèveraient en réalité d'un généraliste et beaucoup d'hospitalisations de vieilles dames seraient remplacées, à moindre coût, par une bonne équipe de médecins, d'infirmières et de kinésithérapeutes de base locaux. On mesure cette réalité à l'engorgement actuel des hôpitaux.

Il eut été facile d'augmenter les généralistes depuis longtemps. Un généraliste prescrit en moyenne 400 euros chaque fois qu'il en gagne 100 nets de frais. S'ils avaient accepté de réduire ces prescriptions, à l'évidence en partie superfétatoires, de 10% (soit 40 dans notre exemple) on aurait pu les augmenter de 40 pour cent depuis des années. Pourquoi le microcosme syndical est-il paralytique au point de ne pouvoir négocier cette solution ?

Les généralistes payés à l'acte se marginalisent : aux Etats-Unis comme en France. Les assurances maladies refusent en effet d'augmenter le prix de leurs actes et eux, en réaction, multiplient les volumes pour augmenter leur revenu. Mais comment augmenter les prix tout en résorbant les volumes ? Ainsi la population, devant laquelle ils déroulent le tapis rouge pour augmenter leur clientèle, s'habitue-t-elle à les appeler au secours pour un oui ou pour un non, leur faire prescrire tout et rien, se faire signer des arrêts de travail, avec leur complicité implicite. Ils prescrivent vite et fort. Ils sont concurrencés par les pédiatres, les gynécologues, les ORL et les psychiatres.

Les graphiques ci-contre montrent que ni les honoraires globaux ni le revenu net individuel des généralistes n'augmentent plus vite que la croissance économique ; alors que ceux des spécialistes sont l'objet d'une inflation permanente et que leur revenu s'améliore. Le paiement à l'acte est une rémunération adaptée à l'exercice de la médecine spécialisée ; il sert donc les spécialistes et dessert les généralistes. Cette situation économique justifie donc que des rémunérations, des régulations et

des incitations différentes leur soient appliquées et partant que deux conventions différentes soient signées pour ces deux catégories de médecins.

### **Tout refuser ?**

Le microcosme constitué par les syndicats professionnels qui gèrent l'assurance maladie et les syndicats médicaux, peu représentatifs, négocie les conventions en France. Il a tout refusé. Refusé de différencier les revenus par région, au nom de l'égalité. Résultat : pénurie dans les zones rurales et dans le Nord et pléthore en ville ou dans le Sud. D'inciter à l'exercice en groupe, au nom de l'individualisme. Résultat : soit les urgences les accablent, soit ils les envoient à SOS médecins ou aux hôpitaux, alors débordés. D'adapter les rémunérations à l'exercice de la médecine générale, au nom de l'unité de la profession. Résultat : une course à l'acte, un temps de travail parfois dément et des revenus stagnants. D'imposer à la population de s'abonner chez un généraliste ou d'inciter financièrement à le faire, au nom de la liberté de choix. Résultat : la moitié des parisiens n'ont pas de médecin de famille et consultent n'importe quel spécialiste ou vont à l'hôpital pour de banales consultations. De faire des expériences de grande ampleur, au nom des principes de la médecine libérale : la commission *ad hoc* donne les autorisations au compte goutte. De diffuser rapidement l'informatique pour les dossiers médicaux et le paiement des actes ou des ordonnances, par crainte du contrôle des caisses de sécurité sociale ? Après tous ces refus et sous la pression de la rue, on a fini par se mettre d'accord en une nuit sur une aide à l'installation et à l'informatisation et des actions de formation.

Seul le syndicat minoritaire de généralistes MG-France a fait des propositions novatrices, mais sans y inclure les mécanismes de régulation pouvant en assurer la cohérence.. Les autres syndicats dominés par les spécialistes bloquent le négociation. Rien n'avance donc depuis vingt ans.

### **Honorer les généralistes ?**

Les pays où la médecine générale est au centre du système de soins imposent à tous les citoyens d'être abonnés auprès d'un généraliste, gratuit pour le *malade et rémunéré par l'assurance maladie ou le système national de soins* grâce à une « capitation » versée par l'assurance maladie. La capitation est mieux adaptée à la médecine de famille. Ce généraliste est en fait un « spécialiste de la médecine de premier recours », il traite 80% des problèmes et oriente les malades dans le réseau des spécialistes et des hôpitaux. La capitation est un forfait, lié à l'âge, et par personne inscrite sur sa liste (60% de son revenu environ) auquel s'ajoutent d'autres forfaits pour l'inciter à s'installer dans des zones difficiles (rurales, industrielles ou ethniques), pour la formation permanente ou pour exercer en groupe, des bonus significatifs pour la prévention ou pour aider les obèses et les fumeurs, enfin des paiements à l'acte pour les activités encouragées telles les urgences, les visites de nuit, la petite chirurgie. Les Pays-Bas, les HMO américains, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne en offrent des exemples divers. L'Allemagne adopte cette formule. Combien de généralistes français la connaissent ?

En Angleterre, la capitation assure aux généralistes un revenu plus élevé, le situe au centre du système de soins, mais ils sont moins nombreux.

### **Toujours plus d'emplois mieux rémunérés ?**

Certains syndicats refusent encore de négocier deux conventions : l'une pour les généralistes et l'autre pour les spécialistes, ce que justifie pourtant une situation économique différente. Ils ont refusé l'enveloppe globale d'honoraires justifiée pour les spécialistes dont les honoraires croissent beaucoup plus vite que le PIB, mais pas pour les généralistes. Refusé le contrôle des prescriptions, justifié, lui, pour les généralistes mais pas pour les spécialistes qui prescrivent peu. Bref, le monde médical souffre de politisation, de corporatisme et de schizophrénie. Augmenter la valeur unitaire de l'acte fera plaisir à court terme et paraît justifié à la population, mais ne fait que repousser l'échéance où les médecins et leurs syndicats devront regarder la vérité en face.

Toute difficulté des personnels de la santé se traduit par deux revendications : plus d'emplois, plus rémunérés. A population égale, le Royaume-Uni fournit des généralistes gratuits à ses citoyens et en compte 35 000 alors que la France, qui en compte 58 000, semble souffrir de pénurie. Le mal est

ailleurs. L'éducation, la recherche et l'agriculture, il est vrai, sont dans une situation comparable qui perdure, à l'abri des grands principes : égalité et indépendance ; à l'abri surtout d'une ignorance surprenante des réalités et avec la sympathie des Français ou la complicité de leurs gouvernants.

### Réformes avortées

Le monde médical souffre de réformes récurrentes sans en voir les effets. La France a enlisé son système de santé en tentant de le réguler par deux mécanismes condamnés par la théorie et par l'expérience internationale : augmenter les tickets modérateurs et bloquer les prix des médicaments et des consultations. Elle a ainsi compromis le développement de l'industrie nationale du médicament et fait augmenter plus que de besoin le volume de soins consommés. Puis certaines réformes engagées depuis 1985 se sont inspirées d'expériences étrangères sans toutefois en adopter les régulations ou les incitations financières classiques et éprouvées. Citons les principales<sup>2</sup>. La médicalisation des systèmes d'information des hôpitaux n'a pas été liée à un financement par pathologie comme il eut été logique de le faire pour sortir de la rigidité des budgets globaux. L'ensemble génère travail supplémentaire et inégalités géographiques. Les enveloppes globales d'honoraires des médecins n'ont pas été assorties de lettres-clé flottantes comme il est nécessaire pour en assurer le respect ; le mécanisme régulateur a été remplacé par des réductions de la valeur de certaines lettres-clé à la discrétion du ministre, perçues comme des sanctions. Les décisions du Conseil d'Etat et du Conseil constitutionnel ont sanctionné cet amateurisme. Les cartes d'assuré social et l'informatisation des honoraires ou des dépenses de pharmacie sont utilisés avec tant de lenteur que chacun doute de leur effet simplificateur. Alors que faire ?

### Trois scénarios

Toute réforme dans ce secteur exige au moins cinq à six années pour la concevoir, faire voter les textes et la mettre en application. A cette échéance, le monde médical devra faire face aussi au passage de la population du baby-boom au-delà de 60 ans, et donc à l'alourdissement des dépenses de santé et de retraite. Il s'agira pour les premières d'un choc de demande ; pour les secondes d'un choc financier, qui limiteront encore les marges de manoeuvre. Trois scénarios s'envisagent selon le degré de courage du prochain gouvernement.

1) *Un conflit avec les jeunes actifs.* Le gouvernement répond à la question : qui doit payer le surplus de revenu accordé aux médecins ? par la hausse des cotisations de santé, à laquelle s'ajouteront celles destinées aux retraites. L'ensemble absorberaient à terme alors le tiers du revenu national, limitant la croissance économique : c'est le déclin. Ce scénario débouche sur un conflit de générations : entre les payeurs nets (jeunes et/ou actifs) et les bénéficiaires nets (vieux et/ou malades), les seconds tendant à s'approprier tous les fruits de la croissance et même à emprunter à l'étranger pour financer leurs dépenses sociales. Les plus jeunes remettent alors en cause le financement public des dépenses de santé et leur générosité ou déclenchent une inflation qui dévalorise les retraites attendues pour échapper au piège tendu par la génération nombreuse précédente. Les fondements de la zone euro pourraient s'en trouver sapés.

2) *Un conflit avec les plus âgés.* Le second scénario se déroule en deux temps. Les pouvoirs publics commencent par renforcer les régulations actuelles pour contenir la dépense de soins, suscitant une coalition d'intérêt entre le monde médical, qui sent ses revenus menacés, et qui, au nom du droit aux soins, soutient les revendications des personnes âgées, dont les besoins restent insatisfaits. Fragile, le gouvernement français répond à cette pression par la solution indolore : dissocier la dépense remboursée de la dépense totale. Chaque médecin fixerait ses honoraires qui seraient remboursés au tarif de l'assurance maladie ; le malade payant la différence. *La révolte des médecins qui demandent 20 euros à leurs patients nous a fait entrer dans ce scénario et nous distinguer de l'Europe ; en effet la plupart de nos voisins rendent l'accès au généraliste gratuit d'une part parce qu'il constitue la réponse la moins coûteuse aux besoins de la population et d'autre part par souci d'équité.* Le concept de service public de santé plus ou moins gratuit, dominant en Europe, serait remis en cause dans ses fondements philosophiques. Les pays les plus avancés dans la régulation (Royaume-Uni, Scandinavie, Allemagne) s'en tirant mieux. La population vieillissante aura le sentiment d'un rationnement visible ou invisible et d'une inégalité d'accès aux soins qui peut se

<sup>2</sup> Sur ces régulations voir de l'auteur : *Economie de la santé*, avec Ph. Ulmann, Thémis, 2001 et *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ?, PUF, 2001.

révéler politiquement dangereuse puisque les plus vieux tendent à constituer la majorité du corps électoral. Dans ce scénario la révolte vient des plus âgés.

3) *Conflit politique*. Volontariste, ce scénario consiste à reconnaître qu'une partie des dépenses de soins deviennent des dépenses de consommation courante, pour lesquelles une demande solvable et informée existe, et à cesser de les financer par les prélèvements obligatoires, quitte à subventionner en partie les plus pauvres. Des produits innovants sont lancés sans remboursement (DHEA contre le vieillissement) ; d'autres vendus dans les supermarchés avec les *alicaments* (fortifiants, laxatifs, vitamines) ; le petit risque (grippe, stress, fatigue) et les médicaments sans efficacité prouvée (veinotoniques) ne sont plus remboursés. Les prélèvements obligatoires pour la santé diminuent fortement. L'assurance complémentaire prend le relais. Un consumérisme de la santé se développe et la dépense augmente à un rythme soutenu, ainsi que l'emploi, satisfaisant à la fois les laboratoires et les médecins spécialistes.

Ce scénario à l'américaine, où la dépense de soins répond à la demande solvable et crée plus d'emplois, ne bride pas la croissance puisque le financement est privatisé. Il préserve l'éthique européenne pour les risques lourds. Il exige une collaboration active des médecins, chargés de respecter un *panier de biens et services publics* défini par le parlement, facile à obtenir de la jeune génération et dans les pays du Nord. Par sa modernité, il pourrait provoquer un conflit politique en Europe par refus. d'une logique en rupture avec la tradition social-démocrate de couverture croissante des dépenses de maladie par l'Etat providence.

### **Quel statut pour l'assurance maladie ?**

Quel que soit le scénario, la question du statut de l'assurance maladie se posera. Son étatisation se justifie à deux égards. D'une part le financement par les assurés reposant aujourd'hui sur l'impôt (CSG), les représentants des cotisants aux conseils d'administration des caisses n'ont plus guère de légitimité. D'autre part le départ du patronat déséquilibre la composition des conseils. Une caisse maladie universelle sous contrôle du Parlement serait donc plus légitime, les représentants uniques des assurés devenant leurs députés. Cette solution comporte le risque de monopole bureaucratique et ne séduirait pas un gouvernement libéral.

Une solution alternative consiste à dissocier le financement de la gestion du risque. Elle permet d'introduire la concurrence et de réaliser des économies d'échelle. Il serait moins coûteux, grâce à l'informatisation, de gérer à la fois le régime au premier franc et l'assurance complémentaire. Le financement incomberait à une caisse publique et unique de péréquation des risques ; la gestion des soins et des risques serait déléguée à d'autres régime, aux assurances, aux mutuelles ou institutions de prévoyance mises en concurrence. Les proposition du patronat vont en ce sens. Les assureurs, plus créatifs et plus souples, pourraient gérer ainsi le régime obligatoire au premier franc par délégation sans étatisation. Cette solution respecterait les aspirations à la diversité et les réflexes professionnels encore vivaces en France ; elle remettrait en cause les situations de monopole et permettrait de tirer parti des progrès de productivité que dégagera l'informatique. Craignons cependant que la France rencontre les plus grandes difficultés à la mettre en œuvre faute de personnels compétents pour gérer des organismes en concurrence et faute de pouvoir en faire comprendre la logique au monde médical et syndical.

Comme Brassens chante : « Il n'y a pas d'amour heureux », il faut s'attendre à ce qu'il n'y ait pas de solution sans conflit. Conflit avec les syndicats que la réforme de l'assurance maladie dépossède d'un territoire juteux ; conflit avec les médecins, les laboratoires ou les hôpitaux, selon le groupe sur lequel portera l'effort de rationalisation et d'économies ; conflit avec la population habituée à raisonner « tout gratuit et tout accessible ». La vraie question est alors : pour mener lequel de ces conflits le prochain gouvernement se sentira-t-il le mieux armé ?