

Olivier Erudel	Fondation Concorde	Petit-déjeuner débat
Aromates	Jérôme Chartier	Juin 2006

Petits-déjeuners débats de la Fondation Concorde – Jeudi 29 juin 2006.

« La nouvelle convention médicale, un exemple de défiance envers les politiques ? »

Michel Chassang, président de la CSMF
(Confédération des Syndicats Médicaux Français)

Michel Chassang est médecin généraliste. À la fois homme de terrain et de structures, il maîtrise notamment les problématiques liées à l'Assurance Maladie.

M. Chassang souligne en préambule que le monde de la santé gravite ces dernières années autour d'un problème majeur : l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie. Certes, d'autres problèmes sont sur le devant de la scène, mais l'aspect financier demeure au cœur du débat.

Réformer l'Assurance Maladie, une thématique très ancienne.

Le financement et l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie sont une problématique très ancienne ; il est faux de penser que ces questions ne se posent que depuis les années 1980. Dès 1963, Georges Pompidou, alors Premier Ministre, crée une commission pour résorber le déficit et maîtriser l'équilibre des comptes. Depuis la création de cette commission, tous les gouvernements qui se sont succédés ne sont parvenus à aucune solution efficace. On peut noter deux expériences récentes :

- 1995 : mise en place d'une maîtrise comptable contre les médecins à travers un mécanisme de régulation collectif qui reposait sur le principe du reversement collectif. Une fois que l'objectif budgétaire était dépassé, les médecins devaient rembourser la différence à l'Assurance Maladie. Cette réforme avait entraîné énormément de conflits.
- 1997 : le changement de gouvernement n'a pas changé l'orientation des politiques : la réforme de l'Assurance Maladie avait été poursuivie dans le même sens avec un nouveau mécanisme pervers. Il s'agissait alors de faire varier la valeur de l'acte médical en fonction de l'évolution des dépenses.

Ces 2 plans ont rencontré une vive opposition de la part des acteurs, aussi bien les médecins que les patients. Aujourd'hui, les déficits n'ont jamais été aussi importants.

2002-2004, un tournant dans les relations entre corps médical et politiques.

A partir de 2002, on note une volonté de renouer le dialogue entre le corps médical et les politiques. 2004 scelle le réchauffement avec la loi Douste-Blazy sur la réforme de l'Assurance

Maladie. Cette réforme n'est bien entendu pas parfaite, mais avec des avancées incontestables elle devient une véritable lueur d'espoir.

Elle marque la fin des dispositifs de maîtrise comptable avec le retour à une maîtrise médicalisée basée sur des objectifs négociés non opposables, dans le respect des règles médicales, sans induire de mécanisme pervers à l'encontre du médecin.

Par ailleurs, cette réforme induit une coresponsabilité des acteurs. Le médecin prescrit une ordonnance *exécutée* par le pharmacien et le patient reste le consommateur.

La loi Douste-Blazy assure également une meilleure organisation du système de soin. C'est là une grande nouveauté, une mesure très importante qui répond à une grande demande de la part des acteurs. Jusque là, le patient, notamment, pouvait faire un peu ce qu'il voulait, comme il le voulait ; il pouvait consulter plusieurs médecins différents plusieurs fois par jour sans que personne ne puisse rien lui dire. Il y avait un trop de libertés dans un système gratuit. Comme dans tout système de gratuité, les mécanismes en pâtissent. L'idée que pose cette réforme est la mise en place de plusieurs freins pour mieux organiser le système global.

3 éléments pour mieux organiser le système de santé.

Le premier élément, et non des moindres, est l'institutionnalisation du médecin traitant. 99,7% des Français ont choisi un médecin généraliste. Le dispositif du médecin traitant accompagne le parcours de soin.

Le parcours de soin est la seconde grande nouveauté mais il se met difficilement en place du fait d'un malentendu entre les différents acteurs. Les patients sont aveuglés par de fausses considérations quant à son fonctionnement réel. Le parcours de soin doit être envisagé comme un réseau de soins, avec un médecin généraliste et un ou plusieurs médecins spécialistes en fonction des cas et des pathologies de tel ou tel patient. Il s'agit bien d'un *réseau*, avec plusieurs entrées possibles, et non d'une *filière* où il n'y a qu'une entrée et qu'une sortie. L'Assurance Maladie envisage davantage l'idée d'une filière et c'est là que réside la difficulté. C'est ce qui suscite l'inquiétude des spécialistes : on a tendance à penser qu'il ne faut plus ou moins les consulter.

Enfin, malgré une mise en place difficile, presque douloureuse, le DMP constitue le dernier élément nécessaire à une meilleure organisation du système de santé. Il complète les 2 premiers dispositifs et les rend à la fois plus efficaces et plus efficaces. Le problème reste de savoir comment partager les informations et quelles informations partager. Les patients voient la transparence induite par le DMP d'un mauvais œil à cause de la fin d'une certaine forme de confidentialité. Les médecins sont également réticents car le DMP peut constituer un élément de contrôle. Ce double malentendu retarde grandement l'avancée du programme.

Une réforme qui prend en compte les attentes des médecins.

La réforme de l'Assurance Maladie initiée par P. Douste-Blazy prend en compte la notion de permanence des soins comme étant une mission d'intérêt général. On a tendance à penser que le rôle des médecins ne s'inscrit que dans la continuité des soins. Or, il est important de reconnaître le caractère permanent des activités médicales. 2002 avait été l'année des grèves pour les gardes ; la loi de 2004 prévoit de mieux les organiser en leur reconnaissant le caractère de mission d'intérêt général pour les populations, ce qui permet d'améliorer les conditions de travail dans le cadre des gardes de nuit notamment. Ici, il ne s'agit pas tant d'un problème financier mais de reconnaissance de certaines activités.

Un autre point exploré par la réforme de 2004 réside dans la remise à niveau des honoraires des médecins. Même si il y a des déficits, il faut que le médecin puisse vivre de son métier. La rémunération des médecins libéraux ne peut pas dépendre uniquement du nombre de visites. Il y a des situations dans lesquelles le patient peut mettre la main à la pâte. En ce sens, cette réforme implique l'ouverture d'un nouvel espace de liberté.

Une réforme complète ?

La réforme initiée en 2004 est très encourageante et devrait comporter un certain nombre de résultats positifs. Néanmoins, beaucoup de lacunes demeurent et plusieurs aspects du système de santé français doivent être améliorés. En effet, jusque là, seul le cas des médecins libéraux a été évoqué. La réforme ne concerne pas l'Hôpital alors qu'il constitue la moitié des dépenses de l'Assurance Maladie. Il faudra aussi très vite s'attaquer à la *citadelle hôpital*, les médecins hospitaliers sont très demandeurs de réformes. Globalement, la situation est encourageante mais il faut aller plus loin : respecter les engagements de chacun, corriger les dysfonctions, apaiser les relations entre les médecins et les caisses d'assurance maladie pour que les médecins puissent vivre de leur métier.

Les médecins veulent des honoraires qui évoluent régulièrement. Il faudrait une progression en fonction de l'évolution du coût de leurs charges. Il faut une relecture de la nomenclature avec une décomposition de l'acte en 2 valeurs : le travail médical (lui-même hiérarchisé) et le coût de la pratique qui devrait évoluer. Pour le moment, ce système ne marche pas.

Les médecins voudraient également que leur activité soit plus équitable entre les différents secteurs ; il faudrait aller vers une revalorisation de la consultation « intellectuelle » qui prendrait en compte le temps passé avec le patient, l'écoute, et qui réduirait les écarts entre les actes techniques (imagerie, fibroscopie par exemple) et *intellectuels*. Pour se faire une idée, il faut savoir que 2 actes techniques sont mieux rémunérés qu'une après-midi sur un bloc opératoire. Il faudrait plus d'équité à l'intérieur même de la profession.

Par ailleurs, les médecins veulent conforter le paiement à l'acte, variable déterminante de la médecine libérale. Cette dernière se caractérise par la liberté dans l'exercice, dans la prescription, dans l'installation mais aussi et surtout par le paiement à l'acte. Il y a un manque dans la liberté d'entreprendre. Finalement, on peut moduler la rémunération en fonction de plusieurs critères : le nombre de patients, la notoriété, la capacité d'accueil, ... Or, il y a là aussi des lacunes. Il n'y a pas encore de vision globale du rôle du médecin. Cette vision globale passe par la permanence des soins et sa reconnaissance, le rôle du corps médical dans la prévention, le rôle de coordination du médecin généraliste dans le parcours de soin. Dans l'absolu, il faudrait un paiement à l'acte accompagné d'un paiement forfaitaire qui prendrait en compte toutes les autres variables moins visibles.

Enfin, il faudrait développer des espaces de liberté tarifaire. Ceci suppose une politique volontariste de la part des médecins et des caisses d'assurance maladie. Il faut équilibrer les rapports et développer une dynamique de maîtrise médicalisée via une prescription qui permettra aux caisses d'assurance maladie de faire des économies. Pour un meilleur système de santé, il faut que tous les acteurs soient mis à contribution et pas uniquement les médecins libéraux. Il faut réussir à instaurer les mêmes règles pour tout le monde et ne pas entretenir la population

française dans des idées fausses. A l'heure actuelle, un malentendu subsiste car on laisse croire aux Français qu'il suffirait de diminuer les dépenses pour équilibrer les comptes de l'Assurance Maladie, ce qui est faux : le déficit résulte d'un déséquilibre entre les recettes et les dépenses. Réduire les dépenses ne suffit pas, il faut également envisager d'agir sur les recettes.

Conclusion.

Le système de santé français s'est doté d'un nouveau dispositif à travers la réforme de l'Assurance Maladie, réforme confirmée par la convention médicale de 2005 et qui comporte un certain nombre d'éléments positifs. Les médecins en règle générale sont d'accord pour qu'on respecte un certain nombre de règles. En réalité, avec l'horizon 2007, à l'approche d'échéances très importantes pour l'avenir du secteur santé français. La dynamique qui est déjà en œuvre est à améliorer, à compléter, à amender, avec une réforme de l'hôpital notamment. Il est important de continuer à aller dans ce sens et de ne pas tout casser.

Aujourd'hui, le milieu médical se retrouve face à 3 risques : tomber dans le modèle étatique (comme en Grande Bretagne), aller vers la privatisation du système de santé ou s'orienter vers un retour à la maîtrise comptable.